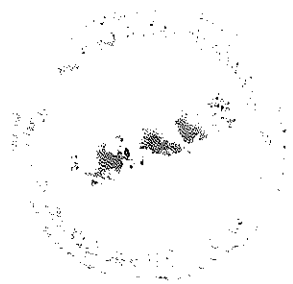




ISPCAN

INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT

**LLIBRE DE RESUMS
LIBRO DE RESUMENES
LIVRE DE RÉSUMÉS
BOOK OF ABSTRACTS**



SESSIONS PLENÀRIES
SESIONES PLENARIAS
SÉANCES PLÉNIÈRES
PLENARY SESSIONS

DATA FECHA DATE DATE	HORARI HORARIO HORAIRE TIMING	SALA SALA SALLE ROOM	TRADUCCIÓ SIMULTÀNIA TRADUCCION SIMULTANEA TRADUCTION SIMULTANÉE SIMULTANEOUS TRANSLATION
OCT 00	00.00/00.00	BARCELONA	TS

OPENING PLENARY
POLÍTIQUES D'INFÀNCIA I SISTEMES DE PROTECCIÓ A LA INFÀNCIA A EUROPA
POLITICAS DE INFANCIA Y SISTEMAS DE PROTECCION A LA INFANCIA EN EUROPA
POLITIQUES POUR L'ENFANCE ET SYSTEMES DE PROTECTION DES ENFANTS EN EUROPE
CHILDHOOD POLICIES AND CHILD PROTECTION SYSTEMS IN EUROPE

OCT 19	18.30/20.00	WINTERTHUR AUDITORIUM	TS
COORD. PART.	Ferran CASAS REP. DE LA UNIÓ EUROPEA REP. DEL CONSELL D'EUROPA REP. DEL CONSELL DE REGIONS I MUNICIPIS D'EUROPA REP. UNICEF EUROPA Helen AGATHONOS	Spain Greece	

PLENARY I
LA SOCIETAT I LA PROTECCIÓ INFANTIL ADMINISTRATIVA I JURIDICA A LA INFÀNCIA: PRESENT I FUTUR A EUROPA
LA SOCIEDAD Y LA PROTECCION INFANTIL ADMINISTRATIVA Y JURIDICA A LA INFANCIA: PRESENTE Y FUTURO EN EUROPA
LA SOCIÉTÉ ET LA PROTECTION ADMINISTRATIVE ET JURIDIQUE DES ENFANTS: PRÉSENT ET FUTUR EN EUROPE
SOCIETY AND ADMINISTRATIVE AND LEGAL PROTECTION FOR CHILDREN: THE PRESENT AND THE FUTURE IN EUROPE

OCT 20	09.00/10.00	CATALUNYA	TS
COORD. PART.	Albert CRIVILLÉ Esther JIMÉNEZ-SALINAS	France Spain	

Albert CRIVILLÉ

MALTRAITANCE INFANTILE ET INTERVENTION JUDICIAIRE

INTRODUCTION
La pédophilie est devenue un sujet d'actualité dans plusieurs pays européens. Elle a suscité une intense émotion publique et des réactions politiques rapides avec l'introduction de modifications dans la législation sur ce sujet, parfois hâtivement adoptées, d'autres fois encore en discussion dans les parlements de différents pays.
Au niveau de la société en générale le dévoilement du problème de la pédophilie, dont l'existence est connue depuis longtemps, a induit une nécessité pressante de trouver et punir les auteurs des faits, de dévoiler les complicités éventuelles dans les différentes institutions publiques: politiques, administrations, enseignement, services éducatifs, etc... En un mot, la nécessité d'être soulagé de cette honte qui acable notre société en demandant que justice soit faite.
Ceci est une démarche logique, juste et, en quelque sorte, nécessaire... Mais, au-delà même des débordements qui menacent toute intervention dans un tel climat, cette image des choses risque de faire écran sur des problèmes de fond comme celui des conditions psychologiques, familiales, institutionnelles, culturelles, sociales,... qui favorisent ou créent les conditions favorables pour que le phénomène de la maltraitance, en générale, et des abus sexuels, en particulier, fasse autant de victimes parmi nos enfants. Nous sommes réunis entre professionnels d'un nombre considérable de pays européens en congrès scientifique. Notre tâche est de préserver la distance nécessaire pour un travail de réflexion rigoureuse et rendre possible des échanges qui nous permettront d'améliorer notre travail quotidien en faveur de l'enfance dans ce domaine.

PRÉALABLES
La sexualité est un des domaines les plus complexes de l'être humain. Ceci est une banalité. Pourtant, cette évidence est trop souvent oubliée dans les actions de prévention et de protection de l'enfance des fois pour cause d'une certaine naïvité, d'autres fois pour des raisons qui ne sont pas toujours des plus louables.
La sexualité humaine naît et se développe en étroite interaction entre parents et enfants. Elle est autant héritée physique (apport bio-génétique) que processus psychique (lié à la sexualité consciente et inconsciente des parents) que transmission culturelle (valeurs et normes sociales). Ajoutons une particularité de première importance: la sexualité de l'être humain ne devient adulte, c'est à dire mûre qu'après les longues années allant de sa conception à la fin de son adolescence, et ceci quoi que l'on pense de l'accélération prise par l'évolution actuelle des mœurs.
Une première constatation: Tous les enfants ne tombent pas dans les pièges du séducteur adulte. Pourquoi? Question strictement réduite à la personne de l'enfant? Problème à poser au niveau de son environnement familial ou social?
Dans certains cas rien pourra nous inquiéter dans son entourage. Nous devons en tenir compte et ne pas déranger injustement une famille qui, de plus, est un point d'appui essentiel pour l'enfant. Pour

d'autres cas, la famille montrera des points faibles dans son fonctionnement relationnel, voire des mécanismes ouvertement pervers. Ceci nous obligera à nous y attarder, quelles que soient les preuves amassées par la justice contre l'agresseur adulte, celui-ci venant de l'extérieur ou faisant partie du cercle familial.

Quelle place, alors, pour la justice?

Deuxième constatation: Un nombre important d'agresseurs adultes ont eux-mêmes un passé d'enfants victimes d'agression. Le fait d'être devenus des agresseurs n'a pas été forcément ni un choix volontaire de leur part, ni un destin gratuit pour eux. Les agressions entre enfants et entre adolescents nous parlent avec clarté à cet égard.

Comment et à qui, donc, rendre justice?

Une réalité à rappeler: ni toutes les victimes d'agressions sexuelles deviennent des agresseurs, ni tous les agresseurs peuvent justifier d'un passé de victimes. Des statistiques, qui semblent fiables, confirment ce que la clinique quotidienne apporte sur ce sujet... Où se forme-t-elle alors cette personnalité de l'agresseur sinon au sein d'une famille ou auprès de ceux qui en ont pris la place sinon au décours de son histoire personnelle?

Ainsi, que nous prenions le problème du côté des agresseurs adultes ou du côté des enfants objet d'agression, nous arrivons toujours au même point de départ: l'histoire de l'enfant, ou mieux encore l'histoire de sa sexualité infantile qui a forgé la sexualité de l'adulte. Mais, cette histoire, l'enfant la vit et la construit essentiellement dans et avec sa famille.

L'INTERVENTION DE LA JUSTICE

La justice a un rôle certain à jouer dans ce domaine, surtout sous l'angle des valeurs et des normes sociales mais aussi dans le domaine de la relation parents/enfants, à l'intérieur de la famille, lors que dans leur fonctionnement les droits de chacun de ses membres ne sont pas respectés "Rappeler la loi" est un acte qui vise à restaurer un ordre dont le brouillage crée la confusion non seulement au niveau de l'ordre social mais aussi pour l'individu en son monde interne. Cependant si le premier, le social, semble relativement simple à rétablir, il est difficile de penser qu'il en soit ainsi pour le deuxième, celui de l'individu.

Nous avons la LOI, en grandes lettres, et les Codes des Lois des différentes sociétés dans lesquelles les hommes se sont organisés. La première est constitutionnelle de l'être humain en tant que socius et de la société en tant que groupement humain organisé, elle est universelle. La deuxième est la sanction concrète des actes par rapport aux règles de la vie en société, elle est particulière à chaque groupe humain. La première est intouchable par définition, la deuxième est adaptable par nécessité et elle évolue avec les connaissances que l'homme a de lui-même et selon la vie commune qu'il organise.

Cependant, entre les connaissances sur le psychisme humain, l'évolution de la société et l'adaptation des lois il y a parfois un écart considérable, dont on mesure avec étonnement l'importance seulement dans l'après-coup. A peine il y a vingt cinq ans, un bon nombre de questions que nous pouvons aborder à présent sur la maltraitance aux enfants n'étaient pas encore formulées. Aujourd'hui nous sommes étonnés du temps qu'il a fallu pour simplement faire reconnaître leur pertinence.

Ce n'est pas impensable que dans vingt cinq ans, peut-être bien avant, nous nous étonnions que les problèmes pour lesquels nous nous réunissons aujourd'hui soient posés aussi tard et aussi timidement. La dialectique entre évolution de la pensée, évolution de la société, évolution du droit, évolution de la justice... ne fonctionne pas toujours sur un modèle continu ou linéaire. Mais il est sûrement souhaitable qu'elle ne reste pas figée.

Punition de l'agresseur, restauration de l'ordre social, réparation de la victime... On donne souvent par acquis que les effets bienfaisants de la justice suivent son application à partir du moment où elle est appliquée en respectant ses règles. La justice ne peut, en elle-même, qu'être juste et bénéfique. Mais peut-elle être considérée juste si elle n'est pas bénéfique?

La problématique de l'inceste pose de façon paradigmatique la question des bénéfices ou des dommages que l'intervention de la justice entraîne pour la victime, surtout lorsque celle-ci est encore mineure.

Trois vecteurs s'intriquent dans les situations incestueuses, dont nous allons parler aujourd'hui: l'âge de l'enfant, le lien de filiation entre victime et agresseur et la nature sexuelle de la relation. Nous verrons, dans les travaux de ce congrès, combien ces trois composantes de l'agression incestueuse imprègnent sans discontinuité le parcours de l'enfant d'abord sous la pression de l'agresseur, son parent, ensuite sous les exigences de la justice.

Logique incestueuse face à logique judiciaire. Le lien de filiation sur lequel l'inceste se construit ne peut pas être oublié par la justice qui, souvent, sera obligée de l'atteindre et même de le blesser; que cela convienne ou non à l'état de l'enfant ne changera pas forcément la démarche. Les rapports sexuels matérialisent l'inceste; pour que la justice puisse se prononcer, elle demandera constats et expertises du corps sexuel de l'enfant, sans que tout risque d'un nouveau traumatisme soit écarté. La victime, elle, est encore un enfant. Après son expérience sexuelle incompréhensible parce qu'imposée par un être autrement investi, la justice lui exigera un parcours tout autant incompréhensible pour pouvoir la déculpabiliser, lui porter réparation, lui rendre justice... Ceci sans parler des situations dramatiques qui terminent par un classement sans suite par le procureur, un non lieu du juge d'instruction ou encore une relaxe au tribunal...

Nos connaissances actuelles sur le psychisme de l'enfant sont assez bien établies pour que les effets prévisibles de la collusion entre ces deux logiques questionnent le bien-fondé d'attendre de l'une la réparation des dommages causés par l'autre.

L'inceste, regardé du côté de l'enfant, n'est pas un crime comme les autres. Ceci n'est peut-être pas un point de vue de juriste. Mais c'est les juristes que nous aimerions questionner à ce propos.

La révélation d'une relation incestueuse s'inscrit dans un processus de maturation intérieure de l'enfant et inaugure une situation nouvelle à laquelle il devra pouvoir s'adapter sans s'y perdre. Le dévoilement de l'inceste est plus un processus qu'un acte ponctuel. Cependant, dévoiler l'inceste, tout comme témoigner des actes le concrétisant, n'est pas en soi une preuve des capacités de l'enfant à faire face aux difficultés qui vont surgir. Or, avec une formule en raccourci, je dirais que la justice "le prend au mot", et lui ôte toute maîtrise sur ce qui va suivre.

Sous cet angle, la logique de la procédure pénale, de par les contraintes qui sont propres à son fonctionnement et à ses objectifs, risque de s'écarter des intérêts de l'enfant. Par ailleurs et pour des raisons fort différentes, elle reprendra le travail d'abrasion des temps différents sur lesquels l'évolution de l'enfant se construit.

Ceci ne doit pas faire oublier les aspects positifs de l'intervention de la justice. De sa fonction de protection et de déculpabilisation de la victime à son rôle de clarification des responsabilités reposant sur la différence des générations entre agresseur et victime, la justice apporte une contribution parfois majeure à la réparation des dommages infligés à cette dernière. Si j'insiste moins sur ces aspects positifs, ce n'est que parce qu'ils sont reconnus par tous et que l'intervention de la justice est acquise de par l'inscription, d'une façon ou d'une autre, de l'inceste avec un enfant comme un crime à punir dans le code pénal de nos pays.

Si l'on regarde le problème du côté de l'agresseur, dont la personnalité organisée souvent dans la perversion pose des problèmes évidents pour le respect des lois nécessaires à la société, on voit les inconvénients de l'absence de toute intervention pénale. Pourtant, les liens de parenté, la nature sexuelle de la relation incestueuse et le jeune âge de la victime posent la question des répercussions inévitables sur elle de toute mesure atteignant la personne de l'agresseur: incarcération du parent, éclatement de la famille, déchéance parentale, etc.

Opposition, alors, entre des intérêts irréconciliables? Priorité à donner aux uns par rapport aux autres? Compromis à trouver pour respecter à minima les uns et les autres? Alternatives à inventer, ou à trouver ailleurs, pour résoudre ce qui se présente comme un dilemme irréductible?

N'oublions pas, toutefois, que dans nos pays la justice ne se réduit pas à justice pénale. Il y a aussi la justice civile et tout particulièrement, dans certains de nos systèmes judiciaires, les Juges des Enfants. Leur place dans le dispositif judiciaire est particulière, comme peut être particulier leur rôle dans les cas d'inceste. Je ne m'étendrai pas sur les points communs et les différences entre la justice pénale et la justice civile. Nous verrons au cours de ces journées comment au niveau de la pratique ces deux branches peuvent fonctionner en intervenant dans le même cas ou en prenant en charge le cas que l'autre ne peut pas traiter. Leur articulation n'est pas toujours facile. Mais leurs différences au niveau de l'application de la loi ouvrent des possibilités qui ne semblent pas avoir été suffisamment explorées. Je ne citerai comme argument que les logiques différentes qui guident leur fonctionnement autant par rapport à la preuve que par rapport à la place donnée à l'agresseur et à la victime. Si nous acceptons que la justice civile représente la loi et la société autant que la justice pénale, le traitement de l'inceste pourrait peut-être y trouver des issues pour un certain nombre de cas où les poursuites pénales s'avèrent inutiles pour l'agresseur et/ou trop dommageables pour l'enfant victime.

Le problème de l'inceste est porteur de malaise. Malaise à cause de ce qu'il représente, malaise par les difficultés qu'il soulève lorsque l'on veut le traiter. La justice occupe une place centrale dans le positionnement de la société face à un phénomène que nous sommes en train de découvrir. Le but que nous nous proposons est simple: un dialogue entre les professionnels concernés sur l'approche que notre société dépare à ce problème pour que notre expérience de terrain, nos sensibilités humaines, nos réflexions théoriques puissent être mises en commun.

Nous savons combien il est délicat un échange rigoureux entre des approches aussi différentes que celles de la justice et de la psychodynamique, entre professionnels du droit et professionnels de la santé mentale, entre le point de vue éducatif et le point de vue pénal. Au-delà des tendances plus ou moins définies des uns ou des autres, notre seul a priori est que la réflexion tourne autour de l'intérêt de l'enfant victime, même si cela soulève quelques difficultés de par les contradictions éventuelles avec les intérêts de l'adulte, qu'il faudra aussi relever.

LES TRAVAUX DU CONGRÈS

Voici, donc, ce qui peut être la toile de fond du travail que le Comité Scientifique de ce Congrès Européen propose aux participants actifs que nous espérons vous serez.

Pour nourrir la réflexion et animer les échanges, nous avons invité des praticiens de disciplines différentes, en provenance de divers pays européens, connus par leur compétence et leur implication dans le domaine de la maltraitance infantile et que nous remercions d'avance. Ils sont distribués dans les symposiums 10 et 11, les forums 4 et 10, qui fonctionneront sous forme de table ronde pour favoriser les échanges entre eux et avec le public, contribuant ainsi à poser et élaborer de façon progressive les questions posées. Deux ateliers supplémentaires, le 2 et le 8, proposeront des pratiques innovantes sur l'accompagnement de l'enfant victime pendant la procédure judiciaire et des techniques nouvellement introduites au moment de l'intervention de la police auprès des victimes.

L'ensemble a été programmé pour que les personnes intéressées par ce thème puisse suivre cette réflexion sans pour autant perdre les travaux du congrès sur d'autres thèmes. C'est à nous tous maintenant de mener à terme cette tâche.

PLENARY II

LA MILLORA DE LES ACTUACIONS PER A LA INFÀNCIA: PREVENCIÓ I ATENCIÓ DEL MALTRACTAMENT INFANTIL
 LA MEJORA DE LAS ACTUACIONES PARA LA INFANCIA: PREVENCION Y ATENCION DEL MALTRATO INFANTIL
 AMÉLIORATION DES ACTIONS POUR L'ENFANCE: PRÉVENTION DES MAUVAIS TRAITEMENTS AUX ENFANTS
 IMPROVING ACTIONS TARGETING CHILDREN: PREVENTION AND CARE IN CHILD ABUSE

OCT 21 09.00/10.00 CATALUNYA TS

COORD. Luis MARTÍN Spain
 PART. Michael LITTLE United Kingdom

PLENARY III

EL FUTUR DE LES POLÍTIQUES DE PROTECCIÓ DE LA INFÀNCIA A EUROPA
 EL FUTURO DE LAS POLITICAS DE PROTECCION DE LA INFANCIA EN EUROPA
 PRÉSENT ET PROCHE AVENIR DU BIEN-ÊTRE DES ENFANTS EN Europe
 THE FUTURE FOR CHILD PROTECTION POLICIES IN EUROPE

OCT 22 09.00/10.00 CATALUNYA TS

COORD. Jacquie ROBERTS United Kingdom

CLASSES MAGISTRALS
 CLASES MAGISTRALES
 COURS MAGISTRAUX
 MASTERCLASSES

DATA
 FECHA
 DATE
 DATE

HORARI
 HORARIO
 HORAIRE
 TIMING

SALA
 SALA
 SALLE
 ROOM

TRADUCCIÓ SIMULTÀNIA
 TRADUCCION SIMULTANEA
 TRADUCTION SIMULTANÉE
 SIMULTANEOUS TRANSLATION

OCT 00

00.00/00.00

BARCELONA TS

MASTERCLASS 1			
DEFINICIONS I TIPOLOGIES DELS MALTRACTAMENTS			
DEFINICIONES Y TIPOLOGIAS DE LOS MALOS TRATOS			
DÉFINITIONS ET TYPOLOGIES DES MAUVAIS TRAITEMENTS			
DEFINITIONS AND TYPOLOGIES IN CHILD ABUSE AND NEGLECT			

OCT 20	10.45/12.15	COLONIA	TS
PROF.	Richard D. KRUGMAN	USA	

Richard D. KRUGMAN
M.D. Dean, University of Colorado School of Medicine. President of University Physicians, Inc.

His presentation will review medical diagnosis and public health approaches to prevention of the common forms of child abuse and neglect.

MASTERCLASS 2			
LA PREVENCIÓ EN L'ÀMBIT DELS MALTRACTAMENTS A LA INFÀNCIA			
LA PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO DE LOS MALOS TRATOS A LA INFANCIA			
LA PRÉVENTION DES MAUVAIS TRAITEMENTS AUX ENFANTS			
THE PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT			

OCT 20	16.00/17.30	COLONIA	TS
PROF.	Margaret A. LYNCH and Kevin BROWNE	United Kingdom United Kingdom	

Kevin BROWNE
Chair of the Research Committee of ISPCAN. Senior Lecturer in Clinical Criminology and Research Co-ordinator for the Glenthorne Youth Treatment Centre, Birmingham.

Margaret A. LYNCH
MD FRCP FRCPCH DCH. Reader in Community Paediatrics at Guy's Hospital Medical School University of London. Medical Director of the local Community Health Services. Past President of ISPCAN.

Kevin BROWNE			
THE PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT			

Introduction.
The second presentation on 'Prevention' will look at three levels; Primary, Secondary and Tertiary Prevention in detail, giving examples of Interventions at each level.
Simple interventions highlight the problem of child abuse and neglect in society but sometimes fall short of promoting child protection. The findings from western countries suggest the majority of abused children cannot be expected to be proactive in preventing their abuse. In reality, four out of five child victims are unlikely to be able to use the phone or adopt other recommended protective strategies. Helplines, while excellent for teenagers, cannot be expected to prevent most of the abuse and neglect for younger children, and many children will be abused before they have the opportunity of being exposed to a school-based prevention programme. Therefore, professionals in 'Child Protection' must be proactive rather than reactive on the behalf of children..
Primary Prevention:
Primary prevention techniques, attempt a fundamental change across society. For example, public awareness campaigns that challenge misconceptions, and aim to increase people's understanding of the extent and nature of physical and sexual violence against women and girls. Such approaches to Primary prevention are far from easy. The campaigners have to balance the need for a clear message against over simplifying the problem. For example, the claim that one in every two children will be sexually assaulted by the time they reach adulthood is based on a broad definition of maltreatment, which includes non contact abuse. Thus, individuals who think in terms of contact abuse will regard the message as exaggerated. In addition, for messages to appear clear sometimes they need to be very specific. Hence, some campaigns do not consider the sexual abuse of prepubertal boys who are often equally at risk. An equally controversial approach to the primary prevention of sexual abuse promotes change through school education programmes for children. A New Zealand programme (Briggs and Hawkins, 1994) was

effective because of teacher commitment, parental support and age appropriate material. One important ingredient of the programme describes was the development of children's self esteem. Research has shown that sex offenders target children with a low sense of self worth who appear vulnerable and unsure of themselves, with a need to be cared for (Elliott, Browne and Kilcoyne, 1995). Thus, assertion training needs to go hand in hand with the development of self esteem.

Children who have experienced family breakdown and separation are more likely to develop the emotional problems described above and therefore, could be considered to be a high risk group. Secondary prevention involves professionals in interventions aimed at giving special attention to such groups before maltreatment occurs within or outside the family.

Secondary Prevention:

Single parent families and those with step-parents have been identified as 'at risk' for child abuse by a number of studies and some researchers have advocated these 'risk factors' be included for use in the screening out of high risk populations (Browne, 1995). This approach to secondary prevention can be seen as controversial. However, as long as the intervention following screening is positive and empowering, the effects of any 'false positive' will be minimal. Another approach is to provide a service that allows parents to identify themselves as in need of parenting advice.

In the short term, intervention techniques aimed at the early prediction and identification of potential or actual abusing parents are more realistic than instigating changes in child care practice for all parents (Primary Prevention). This secondary prevention can involve professionals in counselling, home visits and clinic, health centre or hospital care. Such professionals can be instructed routinely to screen for predictive characteristics in all families who come in contact with the service they are providing. However, Browne (1995) demonstrated the danger of predictive claims by evaluating a typical checklist completed by community nurses around the time of birth. The concept of the checklist was that, when applied to all families with a new-born child in a given locality, exceptional families with a high number of adverse risk factors were identified and visited more often. It was assumed that the higher the number of factors present, the greater the intervention required and the more 'at risk' the child. Evidence for the predominance of factors used for screening in abusing families had been already established (Browne and Saqi 1988a).

A prospective evaluation has now been carried out (see Browne & Herbert, 1997). Community nurses completed the twelve-item checklist on all children born in 1985 and 1986 in three health districts of Surrey, England. In total, 14,252 births were screened for the potential of child abuse and neglect and 7 % (964) were identified as 'high risk'. This population cohort was then followed up for 5 years and in 1991, 106 families had attended a case conference for suspected or actual maltreatment of their new-born child, giving an incidence rate of 7 children in every 1,000. This figure is slightly higher than the national estimate of 5 per 1,000 for children under 5 years. Table 1 presents the percentage of abusing and non-abusing families that possessed the checklist characteristics (risk factors), in order of relative importance for prediction. In addition, it shows the percentage of families with a particular characteristic that go on to abuse and/or neglect their newborn in the first five years of life (conditional probability).

It was found that fully completed checklists, with the relative weighting for each factor taken into account, could correctly classify 86% of cases. The screening procedure was sensitive to 68% of abusing families and correctly specified 94% of the non-abusing families. Surprisingly, nearly a third of the abusing families had few risk-factor characteristics of any weight and were incorrectly identified as 'low-risk' around the time of birth. The most worrying aspect of the checklist is that 6% of the non-abusing families were incorrectly identified as high risk for potential child abuse as they were found to have a number of heavy weighted risk factors.

Table 1:

Relative predictive value of risk factors for child abuse (ranked in order of importance with percentage prevalence). (Reproduced from Browne, K. And Herbert, M. 'Preventing Family Violence' Chichester, Wiley, 1997).
Checklist characteristics

	Abusing families (n = 106)
n= Parents with a child under five (baseline)	
1. History of family violence	30.2
2. Parent indifferent, intolerant or over-anxious towards child	31.1
3. Single or separated parent	48.1
4. Socioeconomic problems such as unemployment	70.8
5. History of mental illness, drug or alcohol addiction	34.9
6. Parent abused or neglected as a child	19.8
7. Infant premature, low birth weight	21.7
8. Infant separated from mother for more than 24 hours post delivery	12.3
9. Mother less than 21 years old at time of birth	29.2
10. Stepparent or cohabites present	27.4
11. Less than 18 months between birth of children	16.0
12. Infant mentally or physically handicapped	2.8

Conditional probability refers to the percentage of families with a particular characteristic that go on to abuse and/or neglect their newborn in the first five years of life.

The low prevalence of child abuse combined with even the most optimistic estimates of screening effectiveness implies that screening a population would yield large numbers of false positives. For

example, on follow-up, only one of 13 of 'high risk' families went on to abuse their children within 5 years of birth. On the basis that approximately half of all abused children are under 5 years of age (Creighton, 1992), this figure should have been considerably higher in order to prevent the majority of child maltreatment. However, it must be recognised that risk factors, which are thought to predispose families to child abuse, are not a sufficient to cause violence in the vast majority (ie: 92%) of families under stress (Browne, 1989b).

A more lengthy assessment could be used on these high-risk families, based on the significant differences between abusing and non-abusing families found in parent-child interaction studies (eg Browne and Saqi 1987; 1988b). Thus, a second screening could possibly distinguish the true potential of abusing families from the false positives by the use of behavioural indicators.

The chances of situational stressors (risk factors) resulting in child abuse and other forms of family violence are mediated by, and depend on, the interactive relationships within the family (Browne, 1988; 1989a). A secure relationship between family members will 'buffer' any effects of stress and facilitate coping strategies on behalf of the family. In contrast, insecure, or anxious relationships will not 'buffer' the family under stress and any overload, such as an argument or a child misbehaving, may result in a physical or emotional attack. Overall, this will have a negative effect on the existing interpersonal relationships and reduce any 'buffering' effects still further, making it easier for stressors to overload the family system once again. This may lead to a situation where stress results in repeated physical assaults on the child.

Leventhal (1988) provides evidence from longitudinal cohort studies that suggests prediction is feasible. However, he concludes that improvements in the assessment of high risk families are necessary, including the further development and use of a standardised clinical assessment of the parent-child relationship.

Tertiary Prevention.

The treatment of parents who abuse and neglect their children from a cognitive behavioural perspective involves interventions on self control, anger management, counter conditioning, relaxation, life skills training (social problems solving), assertiveness training, social skills training, and parent training/coaching. All these techniques together with family therapy and psychodynamic approaches have been recently reviewed by Browne and Herbert (1997).

Child maltreatment is a complex problem with no quick fix solutions. The majority of facets appear to respond better to prevention better than treatment and the research of Olds et al. (1986) in the USA provides a good example of effective interventions in promoting parental confidence and self-confidence in the management and care of the child. These interventions have been shown to improve mother child play and reduce physical punishment and the incidence of child abuse and neglect.

Conclusion.

In the past twenty years there has been much debate on what services can be delivered to minimize the maltreatment of children. This debate has been limited by a poor understanding of intervention strategies for child abuse and neglect and of what constitutes a desirable outcome. Reviews on the causes of maltreatment (eg Browne 1988) have emphasized a growing recognition that child abuse and neglect is a product of a poor parent/child relationship, which often occurs in the context of other forms of family breakdown. Therefore, child maltreatment is often associated with other forms of family violence which also need to be addressed (Stanley & Goddard 1993; Browne 1993; Carroll, 1994).

Wolfe (1993) observes that there have been promising developments in early interventions which address parental competency and family support to promote more positive parental knowledge, attitudes, skills and behaviour. Given that the prediction of child abuse and neglect in families has met with limited success and a high number of false alarms, such positively orientated interventions are preferable with the child remaining in the family. Nevertheless, it should be recognised that some children are in danger if they remain in a violent family. Despite the costs to these children of being taken into care, their immediate safety must take precedence over intervention strategies. Hence, the careful and accurate assessment of the potential for change in family interactions and relationships is essential. Health and social service resources must be adequately provided to meet this need.

References.

- Briggs, F. and Hawkins, R. (1994). 'Choosing Between Child Protection Programmes', Child Abuse Review, Vol.3 (4): 272-283.
- Browne, K.D. (1988) 'The nature of child abuse and neglect: an overview', In K. Browne, C. Davies, and P. Stratton (eds) Early Prediction and Prevention of Child Abuse, Chichester: Wiley, 57-86.
- Browne, K.D. (1989a) 'The naturalistic context of family violence and child abuse', in J. Archer and K. Browne (eds) Human Aggression: Naturalistic A1212roaches, London: Routledge.
- Browne, K.D. (1989b) 'The health visitor's role in screening for child abuse', Health Visitor, 62, 275-7.
- Browne, K.D. (1993) 'Violence in the family and its links to child abuse', Balliere's Clinical Paediatrics, 1 (1), 149-64.
- Browne, K.D. (1995) 'Preventing child maltreatment through community nursing', Journal of Advanced Nursing, 21:57-63.
- Browne, K. D. & Herbert, M. (1997) 'Preventing Family Violence', Chichester: Wiley pp 1 382.
- Browne, K.D. and Saqi, S. (1987) 'Parent-child interaction in abusing families: possible causes and consequences', in P. Maher (ed.) Child Abuse: An Educational Perspective, Oxford: Blackwell.
- Browne, K.D. and Saqi, S. (1988a) 'Approaches to screening families high risk for child abuse', in K.D.

- Browne, C. Davies, and P. Stratton (eds), Early Prediction and Prevention of Child Abuse, Chichester: Wiley.
- Browne, K.D. and Saqi, S. (1988b) 'Mother-infant interactions and attachment in physically abusing families', Journal of Reproduction and Infant Psychology, 6, 163-182.
- Carroll, J. (1994) 'The protection of children exposed to marital violence', Child Abuse Review, 3, 6-14.
- Elliott, M., Browne, K.D. and Kilcoyne, J. (1995). Child Sexual Abuse Prevention: What Offenders tell us. Child Abuse and Neglect, 19 (5): 579-594.
- Leventhal, J. (1988) 'Can child maltreatment be predicted during the perinatal period: evidence from longitudinal cohort studies', Journal of Reproductive and Infant Psychology, 6, 139-61.
- Olds, D., Henderson, C., Chamberlin, R. and Tatelbaum, R. (1986) 'Preventing child abuse and neglect: randomized trial of nurse home visiting, Pediatrics, 78, 65-78.
- Stanley, J. and Goddard, C. (1993) 'The association between child abuse and other family violence', Australian Social Work, 46, 2, 3-8.
- Wolfe, D.A. (93) 'Child abuse prevention: blending research and practice', Child Abuse Review, 2, 153-65.

Margaret A. LYNCH

THE PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT

A Definition for Abuse and its Prevention.

Few are likely to dispute the need to find effective ways of preventing the abuse and neglect of children. However there has been long term confusion over precisely what it is we are trying to prevent and how to do it and how to evaluate effectiveness.

This confusion must in part be related to the difficulty of reaching a consensus on the definitions of the different forms of abuse and neglect. The use of technical definitions focusing only on demonstrable evidence of abuse, such as physical injury, do not necessarily encourage understanding of the processes or interactions that can result in abuse. Nor do they acclimate consideration of the emotional consequences which in the long term are likely to be the most damaging. Thus such definitions ignore factors that are essential to a prevention strategy.

While the use of wider definitions have been criticised they are certainly far more relevant to those wishing to develop a preventative approach to child protection. Such definitions include: Child Abuse consists of anything which individuals, institutions, or processes do or fail to do which directly or indirectly harms children or damages their prospects of safe and healthy development into adulthood (National Commission. UK. 1996).

and perhaps more simply.

Failure to provide the child with the care the circumstances demand (Deaney 1976).

Definitions like these can be related to the traditionally accepted three main levels of prevention;

Primary, Secondary and Tertiary:

- * Primary - Promoting the well being of all.
- * Secondary - identifying and supporting high risk groups.
- * Tertiary - Preventing recurrence.

Approaches to Prevention.

A number of varying approaches to prevention have been advocated and deserve consideration. They include a number of Models:

- * Socio-Political.
- * Medical.
- * Children's Rights.
- * Parent - child Relationships..

The multifaceted nature of child maltreatment means that while all these models are relevant to prevention no one model applied in isolation is likely to be successful.

A Changing Focus.

Looking back over the history of modern child protection we see changes in the focus of fashionable activities intended to be preventative:

- * Enhancing the Positive (1960s).
- * Preventing the Harmful (1970s).
- * Personal Safety Programmes (1980s).
- * Family Support with Partnership (1990s).
- * Child Participation (2000s).

Valuable lessons have been learnt from these initiatives which can be led into the development of an overall strategy aimed at reventing of all forms of child abuse, neglect and exploitation.

Using the Convention on the Rights of the Child.

The Convention on the Rights of the Child (1989) has been more widely ratified than any other international instrument. It is therefore worth reflecting that if a State or society were able to meet all the provisions, the prevention of abuse would begin to become a reality. The convention provides for the protection of children and for their treatment and rehabilitation when abuse, neglect or exploitation has already occurred. The convention also gives every child rights which include access to health care and education, an adequate standard of living together with the right to express their opinions on all matters

that affect them. Furthermore the state should support the child's right where ever possible to be reared within his/her family and States are required to provide assistance and guidance to parents to help them fulfil their responsibilities.

Many countries have or are developing legislation that incorporates the principles of the convention. However experience shows that the guidance issued (nationally, locally or to professional groups) to accompany "Child Protection" legislation can easily become dominated by the need to identify and investigate cases of suspected abuse and neglect leading to an "over investment in investigation" with attention and resources focused on the investigation of the deeds of the parents rather than assessing and providing for the needs of children and families. Many of these needs are shared by all families and meeting them effectively shold form the foundation upon which more specific strategies to prevent abuse and neglect are built.

A Frame Work for Prevention.

By using our knowledge of the antecedents of abuse and neglect and by combining approaches to prevention it is possible to draw up a frame work that could be applied to all forms of abuse, neglect and exploitation. While the main focus of this paper has been intrafamilial maltreatment the same frame work could be applied to extrafamilial abuse including institutional abuse and child labour.

Primary Prevention: Universal access to effective health, education, social and leisure services provided in ways that educate, empower and support, and the promotion of true participation of community, family and children which will enable:

Secondary Prevention: The identification of the needs of vulnerable groups followed by ensuring the use of existing resources and when necessary supplying additional services aimed at supporting families and preventing abuse.

Abuse will still happen so there will be a continuing need for:

Tertiary Prevention: Preventing recurrence, ameliorating the effects of abuse and neglect and ensuring that the child's interests are considered to be paramount at all times.

MASTERCLASS 3

RECONeixEMENT DELS PROCESSOS DE MALTRACTAMENT A LA INFANCIA
RECONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS DE LOS MALTRATO A LA INFANCIA
LE TRAITEMENT AUX MAUVAIS TRAITEMENTS AUX ENFANTS
UNDERSTANDING ABUSIVE AND NEGLECTFUL PROCESSES

OCT 20

18.00/19.30

COLONIA

TS

PROF.

Kari KILLÉN

Norway

Kari KILLÉN

First Researcher, NOVA, Norwegian Institute of Social Research. Consultant on child abuse and neglect at Nic Waals Institute, Child psychiatric clinic for treatment, training and research, Oslo.

Kari KILLÉN

We have been busy documenting and proving abuse and neglect and much has been achieved. We have focused on abusive actions. This has not helped us much in developing prevention and treatment skills.

Much has been invested in understanding the interactional aspects and the processes of abuse and neglect –emotional and cognitive- of the child, the parents and the professionals in interaction with each other.

To quote a patient; "It was a way of life you know. It was not what happened yesterday, but the way we lived together. In the middle of the luxury I could feel the chill – the distance and how they hated me".

The legal processes in dealing with abuse are demanding and have for many practitioners overshadowed the processes of the children, the parents and the practitioners, their mechanisms and patterns of interaction.

We cannot base treatment on proof of who has done it and how it happened. Treatment must be based on understanding the processes and the interaction.

We do know that abuse and neglect are the result of an interaction between political, cultural, socio-economic, network, marital and personality factors in parents as well as in children. Most studies have looked at either the parents or the children or socio-economic factors. This has of course also been mirrored in the different approaches to treatment. There is a considerable amount of knowledge available about risk factors and protectrive factors, that might increase or modify abuse. We need to move on to look at mechanisms, interaction patterns and processes.

To be able to "see and hear" the processes that the child, the parents and the workers are living through in their interaction with each other, we need to systematise our clinical experience, draw on relevant research and monitor our own reactions and fine-tune our empathy.

Understanding these processes is of decisive importance for developing therapeutic strategies. Being able to make predictions is of utmost importance for our work with families.

The focus of the workshop will mainly be on the dynamics of abuse and neglect and the processes that parents, children and workers cope with and the mechanisms they use for survival. The workshop will present an interaction model. The model is based on systematised clinical practice, case analyses, follow-up studies and relevant research. Research on parent-child interaction is of central importance. Attachment theory and research play an integral part in the model.

References to the most important sources will be given.

The most central parental functions will be discussed:

Three interwoven elements in abusing and neglectful parent behaviour affecting the interaction will be described and related to the child's contribution to the interaction.

- 1- Parents' lack of ability to engage themselves positively emotionally in the child.
- 2- Parents' strong irrational negative involvement with the child.
- 3- Parents' personality/life style creating for the child a situation where the child lives with anxiety and worry about the predictable unpredictable.

How can we document the ways in which abusing and neglectful parents show their lack of ability to engage themselves positively emotionally in the child and their strong irrational negative involvement with the child ?

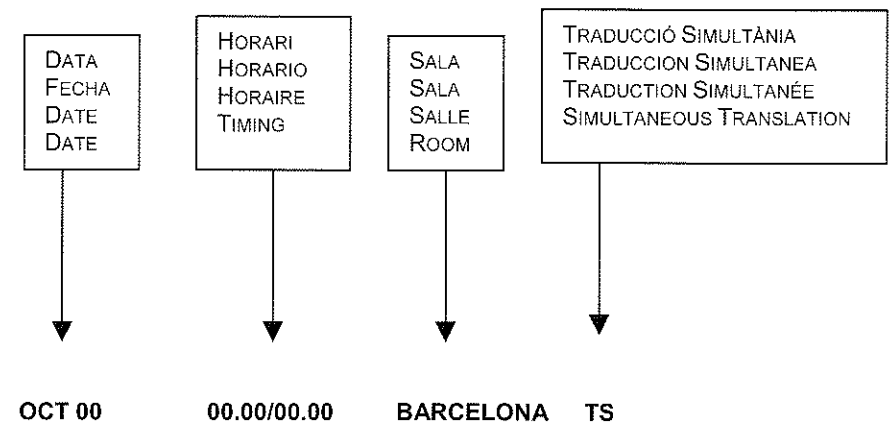
The child's perceptions, responses and contribution to the interaction will be described. A syntheses of what different researchers and clinicians have found will be presented.

A deeper understanding of the child will no doubt assist us in better helping. We are slowly seeing a greater focus on the needs of the child.

Different interaction patterns parent-child will be presented. Interaction in abusive and neglectful families will be discussed in relation to interaction in caring and marginal families.

The professionals also play an important role in the interaction with parents and children. Hobbs (1996) has argued that it is the professional's own emotional reaction that has prevented us from dealing better with child abuse and neglect. Several studies from different frames of references confirm this view.

Survival strategies of the workers will be described and how these prevent us from "seeing and hearing" will be discussed: the necessity of monitoring the professional's own feelings in order to see and hear will be discussed.



SYMPOSIUM 1			
LA INTERVENCIÓ JUDICIAL O PENAL DES DEL PUNT DE VISTA JURÍDIC, EN ELS CASOS DE MALTRACTAMENTS INFANTILS O D'INCEST			
LA INTERVENCION JUDICIAL O PENAL DESDE EL PUNTO DE VISTA JURIDICO, EN LOS CASOS DE MALOS TRATOS INFANTILES O DE INCESTO			
L'INTERVENTION JUDICIAIRE OU PÉNALE DU POINT DE VUE JURIDIQUE, DANS LES CAS DE MAUVAIS TRAITEMENTS OU D'INCESTE			
CIVIL OR CRIMINAL INTERVENTION FROM THE LEGAL STANDPOINT IN CASES OF CHILD ABUSE OR INCEST			

OCT 20	10.45/12.15	GIRONA	TS
COORD.	Françoise HOCHART	France	
PART.	Piero FORNO	Italy	
	Olayo GONZÁLEZ	Spain	
	Christine HALLETT	United Kingdom	

Françoise HOCHART
 Pédiatre. Practicien hospitalier à Lille. Responsable Équipe Spécialisée pour l'Enfance en Danger. Secrétaire Générale de l'AFIREM.

Piero FORNO
 Licencié en Droit. Magistrat. Juge du Parquet de Milan.

Olayo GONZÁLEZ
 Licenciado en Derecho, Universidad de Granada. Fiscal Jefe de la Fiscalía de Ciudad Real. Profesor Colaborador, Centro de Estudios Jurídico-Empresariales, Universidad de Castilla-La Mancha.

Christine HALLETT
 Professor of Social Policy, Director of the Social Work Research Centre and Head of Department of Applied Social Science, University of Stirling, Scotland.

Piero FORNO
LA "VALIDATION JUDICIAIRE" DANS LES PROCÈS POUR L'ABUS SEXUEL D'UN PARENT ENVERS DES MINEURS EN ÂGE DE PRÉSCOLAIRE

Au Parquet de Tribunal de Milan, à partir de l'entrée en vigueur du nouveau code de procédure pénale (24.10.1997), on a constitué un "pool" de magistrats pour la poursuite de crimes contre les "sujets faibles". A l'intérieur de cette matière les cas de "child abuse" ont eu une importance particulière.

L'introduction d'un Ministère Public expert et la spécialisation des membres de la police judiciaire, l'engagement de certains centres spécialisés pour traiter la matière d'un point de vue clinique et l'adoption d'une méthodologie interdisciplinaire basée sur le maintien de rapports forts étroits entre le Parquet et le Tribunal pour Enfants ont déterminé ces dernières années une croissance exponentielle des dénonciations qui sont passées de peu d'unités à beaucoup plus qu'une centaine chaque année.

À l'intérieur de cette matière, qui présente de grosses différences par rapport à la gravité de l'abus et aux sujets abusants (de l'abus incestueux entre père et fille à l'abus du pédophile à travers toute une série de situations intermédiaires) un élément très important du point de vue du procès est l'âge de la victime au moment de l'enquête.

Il est tout à fait évident que dans des procès où la seule preuve directe est constituée, dans la plus grande partie des cas, par la déclaration de la victime l'âge de celle-ci influence fortement sa capacité de raconter les événements et en est un élément prioritaire pour juger sa crédibilité, c'est-à-dire, l'absence de circonstances qui peuvent déterminer des fausses accusations.

On sait bien que, à cause des problèmes, les déclarations des mineurs en âge de préscolaire ont représenté, depuis toujours, le champ de bataille entre les défenseurs de leur crédibilité fondamentale et ceux qui pensent que les déclarations des mineurs ne sont pas tellement crédibles à l'intérieur d'un procès pénal.

À travers cet article on ne veut pas prendre position sur ce thème d'un point de vue psychologique dont la compétence n'est pas celle d'un juge, mais on voudrait donner une contribution empirique à partir de l'expérience judiciaire du Tribunal de Milan de dizaines de procès qui, du 1993, ont vu des mineurs en âge de préscolaire comme victime.

Comme cette expérience est très récente, on a considéré seulement les procès donnant lieu à un jugement au 1° degré, même non encore définitif, alors que n'ont pas été considérés les cas dans lesquels les enquêtes ou les débats ne sont pas encore définitifs.

Sur la base de notre expérience il faut préciser que, même si les données statistiques sur ce thème manquent, une série de dénonciations qui arrivent au Parquet est mise aux archives avant

même que le procès pénal ne commence, cela arrive soit dans les cas où la dénonciation est fautive ou sans fondement, soit quand les accusations sont contradictoires ou incertaines et donc insuffisantes pour intenter un procès. Le deuxième groupe est bien plus nombreux que le premier.

Quand la victime est un mineur en âge de préscolaire et donc un sujet incapable de présenter une dénonce, il est très utile de savoir par qui la dénonce est présentée, surtout si l'auteur de l'abus est une personne de la famille, à ce niveau on peut faire une distinction entre les cas où la dénonce provient d'un tuteur ou parent ou si elle provient de personnes étrangères à la famille (services sociaux, médecins, enseignants, etc.).

Dans le premier groupe, la dénonce s'insère dans un contexte familial très conflictuel et l'accusé se défend en disant que le mineur a été poussé par quelqu'un d'autre de la famille (en général l'époux séparé) à présenter sa dénonce calomnieuse pour résoudre le conflit concernant la garde de l'enfant même.

Dans tous les cas qui ont eu pour effet la condamnation de l'accusé, l'enquête a mis en évidence certaines caractéristiques communes qui peuvent être résumées comme suit:

- les événements se sont produits dans un milieu social moyen ou élevé et on pourrait définir les auteurs "insoupçonnables";
- les événements sont caractérisés par un comportement séduisant plutôt que violent, alors que les rapports entre les adultes sont quand même très conflictuels et violents, surtout de la part de l'accusé;
- la personne qui dénonce (d'habitude la mère de l'enfant) ne perçoit pas les premiers signes de l'abus, ne croit pas l'enfant et entretient avec lui un mauvais rapport; elle n'a pas une forte capacité maternelle à cause parfois d'expériences d'abus subis et d'un manque d'affection;
- l'accusé, au contraire, en repoussant avec force toute responsabilité, se présente comme et est en réalité le sujet qui s'occupe le mieux de l'enfant avec une forte disposition à avoir un rôle maternel; presque toutes ces personnes vivent en conflit avec leur identité sexuelle et dans certains cas on atteint l'homosexualité déclarée.

Dans le deuxième groupe on trouve tous les procès dans lesquels la dénonce a été faite par des personnes étrangères à la famille et la mère de l'enfant était impliquée dans l'abus ou avait une attitude collusive avec son partenaire.

Dans tous les procès qui se sont terminés avec la condamnation de l'accusé, l'enquête a remarqué ces caractéristiques:

- les événements se sont produits à l'intérieur d'un contexte social dégradé, où, assez souvent, on trouve aussi des problèmes d'alcoolisme. Les familles impliquées sont déjà connues par les services sociaux pour des raisons différentes de l'abus; en général l'enfant est abusé aussi par d'autres membres de la famille de l'accusé (beaux-frères, oncles, cousins, etc.) ou par ses amis;
- la révélation de l'abus a lieu, en général, quand l'enfant se trouve déjà dans une situation protégée;
- l'accusé a les caractéristiques typiques du père autoritaire, avec des attitudes violentes envers les autres membres de la famille, y compris sa femme, qui, à cause de cela, ne peut pas réagir devant l'abus;

- la dénonce découverte, toute la famille essaie de convaincre l'enfant à rétracter ses aveux, ce qui est une attitude semblable à celle de la mafia et renvoie les accusations envers les services sociaux et les éducateurs qui ont poussé l'enfant à avouer le faux.

Bien que les procès du premier groupe soient plus complexes, le Tribunal a employé pour les deux groupes le même type de preuves.

- les déclarations du mineur. On donne une importance particulière aux circonstances dans lesquelles les déclarations se produisent par rapport à l'âge et au témoignage du mineur. Et cela tant pour les déclarations faites pendant une audition protégée que pour les précédentes rendues à la police ou à une autre personne à laquelle l'enfant s'est confié (hearsay witness).

- La crédibilité du mineur relève de la seule compétence du Tribunal; les contrôles psychologiques sont ordonnés par le juge des enfants et sont employés seulement pour évaluer la compatibilité entre les caractéristiques de la personnalité de l'enfant et l'hypothèse de l'abus.

- On peut dire la même chose pour les contrôles psychologiques des parents, en particulier dans les cas de conflit. Pour l'accusé on peut trouver des conditions pathologiques qui peuvent constituer des "pré-conditions" de l'abus, alors que pour le parent qui dénonce on peut trouver la "validation" psychologique pour l'hypothèse d'induction.

- Dans tous les cas examinés les contrôles médicaux-gynécologiques ont eu une importance particulière. Ils ont mis en évidence des indicateurs spécifiques et non spécifiques de l'abus sexuel.

- On a aussi trouvé parmi les documents confisqués à l'accusé des preuves des événements racontés par le mineur: des photographies obscènes de la victime, du matériel à caractère pédophile, des cassettes-vidéo pornographiques que la victime avait décrit précédemment.

Le juge pénal évite deux excès lorsqu'il évalue les preuves: le jugement diagnostique et le formalisme en évitant d'une part de transformer chaque analyse de fait en une sentence et d'autre part en cherchant de tenir compte des particularités de la matière et de la personnalité du mineur.

Aussi important que puisse l'être les apports que les psychologues, neuropsychologues pour enfants et psychiatres fournissent au procès pénal, ceux-ci ne peuvent se substituer à la preuve historique des faits qui constitue la base incontournable de l'accusation.

Si la "validation" psychologique est importante au fin d'arriver à un parcours clinique correct la "validation" judiciaire permet une approche globale puisqu'elle a les instruments pour objectiver les vérités subjectives du monde intrapsychique de la victime.

Une telle approche ne peut être que multidisciplinaire. Tout en respectant leurs compétences respectives, la collaboration entre le juge de l'enfant, le juge du divorce et le juge pénal est la donnée de base pour atteindre pleinement les objectifs de recherche de la vérité et de la tutelle de la victime.

Dans les cas que nous avons examinés ces objectifs ont été atteints grâce à l'introduction du procès pénal des actes de la procédure civile, tout en évitant dans la mesure du possible, le dédoublement des enquêtes et en privilégeant le point de vue du mineur en ce qui concerne les contrôles psychologiques et sociaux.

Par contre la transmission de la dénonciation pénale et, par la suite, des autres actes d'enquête au juge des enfants, a permis à ce dernier une connaissance plus approfondie des dynamiques familiales et a donc permis l'adoption de mesures plus incisives à l'égard du mineur ainsi que la création d'une procédure d'adoption dans les cas les plus graves.

Olayo GONZÁLEZ

"SISTEMAS LEGALES Y ABUSOS INFANTILES"¹

I.-JUSTIFICACION DE LA INTERVENCION DEL SISTEMA JUDICIAL ANTE EL FENOMENO DEL ABUSO INFANTIL.

En los últimos quince años la protección infantil² ha merecido la atención de los legisladores de muchos países europeos, como lo ponen de manifiesto las modificaciones introducidas en 1983 en Italia, en 1989 en Austria y Francia, en 1987 y 1996 en España y en 1991 en Portugal, Alemania y Bélgica, país este último en el que, como consecuencia de los cambios que se han producido en su organización territorial, es de observar un fenómeno semejante al que ocurre en España, esto es, el estado central se reserva las competencias en materia de justicia, mientras que las de protección de la infancia, tanto de naturaleza social como judicial, son ejercidas por las Comunidades que, sobre las más distintas bases, han ido apareciendo.

Una primera característica de ese conjunto de disposiciones sobre protección infantil es la consolidación de la diferencia entre el ámbito de la protección y el ámbito de la delincuencia, tendencia que se refuerza, además de por las repercusiones de los fenómenos políticos ocurridos en España y en Bélgica (la delincuencia juvenil es materia propia de la administración central mientras que la protección es materia propia de la administración autonómica), por la intensificación del carácter represivo del derecho penal juvenil, de una parte, y, de otra, por el arraigo que va adquiriendo la idea de desjudicializar los primeros escalones de la protección infantil.

Por lo que respecta a la delimitación de los supuestos de actuación en el ámbito de la protección, es de observar la desaparición de las connotaciones moralizadoras y la matización de las situaciones de riesgo, bien estableciendo supuestos concretos de actuación (malos tratos y abusos sexuales en la legislación francesa, belga o portuguesa) o bien delimitando la situación de riesgo en sus consecuencias (compromiso grave de la integridad física o psíquica de la víctima exige la legislación de la comunidad francófona belga) o en sus causas (abuso en el ejercicio de la patria potestad o imposibilidad de los padres de cumplir con las obligaciones derivadas de la misma exige la legislación alemana).

Por lo que se refiere a las medidas, en algunos casos se llega a establecer su duración, como ocurre en la legislación flamenca o en la francesa, en la que se limita a seis meses la duración de las medidas provisionales y a dos años la de las definitivas. En otros casos la posibilidad de imposición de medidas se condiciona a la concurrencia de un supuesto de hecho y de un requisito cronológico, como ocurre con la legislación portuguesa, en la que los malos tratos o el abandono justifican la imposición de medidas cuando los mismos son sufridos por niños con edades comprendidas entre los 0 y los 18 años; la desadaptación social, la mendicidad o el vagabundeo y el consumo de drogas o bebidas alcohólicas justifican la imposición de medidas entre los 12 y los 16 años y entre los 16 y los 18 cuando tales actividades no constituyan infracción penal; el rechazo de la disciplina familiar o del centro de internamiento justifican la imposición de medidas entre los 14 y los 18 años.

En todos los casos la finalidad de la intervención se orienta a poner fin a la situación de riesgo y a favorecer el desarrollo e inserción social de quienes se encuentren en la misma, siendo de destacar a este respecto la profunda evolución sufrida por la legislación alemana, que, de pretender el restablecimiento del orden y la prevención del daño, ha pasado a proclamar que la finalidad de las

¹ Con dicho título se desarrolló, durante el XI International Congress on Child Abuse and Neglect organizado por ISPCAN (International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect) en Dublín entre el 18 y el 21 de agosto de 1996, una "masterclass" a cargo de A. Crivillé (Francia), de C. Chomienne (Francia) y del autor, que presentó este trabajo.

² Las referencias, tanto a la legislación como a su contenido, se han obtenido de "Jóvenes delincuentes y de riesgo en medio abierto. Marcos legales y nuevas prácticas. Aproximación comparativa", obra colectiva de la que su principal ponente es Annina Lahalle, que ha sido editada por la Asociación Internacional de Magistrados de la Juventud y de la Familia y reproducida en España, con autorización y en traducción de Edgardo L. Oviedo Licardi, por la Dirección General del Menor y la Familia del Ministerio de Asuntos Sociales en 1995.

medidas es asegurar el bienestar del menor, para cuya consecución existe también coincidencia en considerar esencial el mantenimiento del niño en su propio medio y su integración social mediante actuaciones de naturaleza educativa, social y psicológica, tanto con él como con su familia.

Igualmente existe coincidencia en atribuir a la intervención estatal naturaleza subsidiaria en un doble sentido. En primer lugar, la intervención estatal únicamente está legitimada en defecto de la intervención familiar. En segundo lugar, legitimada la intervención estatal, la misma debe de producirse de entrada desde los servicios sociales básicos, recurriendo a los especializados cuando la actuación de aquellos sea insuficiente.

En este punto, y ante la progresiva consolidación de la idea de la desjudicialización en los sistemas de protección infantil, conviene hacer algunas reflexiones:

1ª) ¿Ha resultado efectiva la desjudicialización de la protección infantil en su primera instancia en aquellos lugares en donde la misma se ha instaurado? ¿Cuál era el problema de la situación anterior: la negligencia de la actuación judicial en su conjunto; el procedimiento que se seguía para la suspensión del ejercicio del derecho a la guarda y educación; la carencia de personal suficiente y especializado para ejercer la protección?

2ª) ¿Se ha constatado si, como consecuencia de la desjudicialización, la efectividad de las Entidades competentes en materia de protección ha sido la misma cuando la situación de desamparo era consentida por la familia que cuando se formulaba oposición? ¿Se han dejado de dictar resoluciones declarando situaciones de desamparo o se han dejado de ejecutar las mismas cuando los padres anunciaban su oposición, incluso recurriendo a la violencia?

3ª) ¿Es previsible que pueda producirse alguna actitud de inhibición si se generalizan las actitudes querulantes que se observan en otros sectores demandando la responsabilidad de los trabajadores sociales?

4ª) ¿Se vislumbra, aunque solamente sea de manera teórica, la existencia de criterios claros para resolver el conflicto entre trabajo social y control social?

5ª) ¿La naturaleza de algunos conflictos, como el maltrato físico grave o el abuso sexual, no requiere la intervención de una instancia de control que se perciba revestida de poder, como pueda ser la judicial?

La respuesta a esta última cuestión, desde la perspectiva de los principios generales, tiene que ser, en mi opinión, afirmativa porque, además de las consecuencias que dicho fenómeno suele producir³ (parece que puede establecerse una relación entre los abusos sexuales y la delincuencia, la drogadicción, la psicosis y la prostitución), la propia naturaleza de los derechos en conflicto (como el derecho del menor al armónico desarrollo de su personalidad o el derecho a su propia libertad o su integridad y dignidad personales) exige en un estado de derecho la intervención del sistema judicial.

En efecto, la doctrina⁴ coincide en señalar en el campo del abuso sexual que, con independencia de divergencias en la definición del fenómeno, las notas que lo caracterizan son las siguientes:

1ª) Presencia de una actividad que, implique o no contacto físico, tenga inequívoco significado sexual, condición que cumplen, por ejemplo, los actos de exhibicionismo o las propuestas verbales.

2ª) Existencia de una relación de superioridad entre el agresor y la víctima, que puede dimanar de la diferencia de edad o de cualquier otra situación: empleo de fuerza, amenazas o engaños.

La solución de tales conflictos exige un sistema cuya decisión pueda imponerse por la fuerza, característica ésta de la coercibilidad que es atributo exclusivo de la norma jurídica, y cuya actuación en el caso (coactividad) implica necesariamente la intervención del Estado en cuanto ostenta el monopolio del ejercicio de la violencia, si bien será inevitable la posibilidad de actuar del Poder Judicial, que es en los estados de derecho el encargado, de manera exclusiva y excluyente, de resolver las controversias que se susciten con ocasión de la aplicación de las normas.

A la exposición de un modelo de actuación judicial y bajo la inspiración directa de la legislación española se contraerá nuestra aportación, que se estructura atendiendo tanto a la naturaleza de la intervención como a su procedimiento de actuación.

II.-NATURALEZA DE LA INTERVENCIÓN DEL SISTEMA JUDICIAL.

La respuesta judicial ante el fenómeno del maltrato infantil puede limitarse a la preservación y, en su caso, al restablecimiento de los derechos que resulten violados como consecuencia del abuso (que es el ámbito propio de la actuación jurisdiccional civil) o puede alcanzar a la imposición de sanciones que afecten a otros derechos, las cuales tienen por finalidad, además del restablecimiento del orden jurídico violado, prevenir su aparición por la gravedad de los castigos con los que se conmina su ejecución y, al mismo tiempo, conseguir la reinserción social del infractor mediante la interiorización de los valores que ha transgredido con su comportamiento (que es el ámbito propio de la actuación jurisdiccional penal).

Las sanciones que pueden imponerse en el ámbito de la actuación jurisdiccional civil son la privación de la patria potestad, de la tutela o de la custodia sobre los hijos cuando el abusador sea titular de tales

³ Una exposición de las mismas puede verse en las ponencias presentadas al II Congreso Estatal sobre infancia maltratada por Jorge Barudy, bajo el título "Dictaduras familiares, abusos sexuales, incesto, estrategias terapéuticas" y por Félix López Sánchez, bajo el título "Efectos de los abusos sexuales de menores", que fueron publicadas en Noviembre de 1993, junto con toda la documentación del Congreso, por el Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco en su colección Documentos de Bienestar Social.

⁴ Cfr. la ponencia citada de Félix López Sánchez así como la presentada por David Finkelhor en el mismo Congreso bajo el título "El abuso sexual" y publicada en la misma obra antes citada.

derechos, y, en todo caso, la constitución de alguna medida de protección de las víctimas, de entre las que destaca en el sistema legal español la que se denomina tutela automática por la forma en que la misma se constituye.

La privación de la patria potestad o tutela o de los derechos de guarda o custodia es una medida permanente o, al menos, con vocación de permanecer de manera indefinida (aunque pueda ponerse fin a la misma cuando se constate la desaparición de las causas que justificaron su adopción), que entraña la prohibición de ejercer las facultades que integran el derecho, sin que ello suponga que, al mismo tiempo, el titular se vea dispensado del cumplimiento de los deberes que también componen su contenido, como el deber de alimentos, ya que la moderna concepción de la patria potestad, y de las instituciones asimilables a la misma, impiden que se las pueda considerar de otra manera que de la de estar al servicio de los hijos o tutelados, por lo que el defectuoso ejercicio de las facultades o el incumplimiento, o cumplimiento defectuoso, de los deberes que la integran, únicamente debe de determinar la privación de ellos y no la de los demás, especialmente cuando su ejercicio resulte compatible con la suspensión de los que se incumplan.

Por ello, sería aconsejable que la regulación de tales instituciones contemplase, junto a la privación total, la privación parcial y/o la suspensión temporal.

La tutela automática es esencialmente una medida de protección que permite, por una parte, apartar al menor de la situación de riesgo en la que se encuentra y, por otra, estudiar su situación para tomar una decisión sobre su futuro, que no puede ser otra que la de restituirlo a su medio, con la adopción de las medidas que resulten necesarias para hacer desaparecer la situación de riesgo que motivó la separación, o la de colocarlo bajo la custodia de una familia sustituta.

En consecuencia, mediante la tutela automática se instrumenta el ingreso en un centro de acogida del niño que se encuentra en situación de desamparo, cuya permanencia en el mismo debe de estar legalmente limitada, única forma de que se proscriba de una vez la institucionalización, ya que condicionar la duración de la estancia en el centro de acogida a la del tiempo que se invierta en encontrar la familia acogedora es una forma de encubirla.

Si las circunstancias de la persona desamparada determinan la imposibilidad de encontrar familia sustituta, se deberá de declarar así e instaurar la medida de protección que corresponda, pero tal pronunciamiento debe de ser susceptible de un control que permita confirmar o modificar el diagnóstico.

En el ámbito jurisdiccional penal las sanciones que pueden imponerse son, además de la privación de la patria potestad, las penas señaladas a cada uno de los delitos que pueden integrar los abusos que se cometan, que, usualmente, consistirán en la privación de libertad del abusador, aunque es de observar la aparición de nuevas sanciones penales distintas de la privación de libertad o, al menos, que impliquen privación de libertad en forma ininterrumpida, como pueden ser la realización de trabajos en beneficio de la comunidad, la pena de arresto de fines de semana o la de multa mediante el establecimiento de la misma por cuotas temporales, que servirán para computar la duración de la privación de libertad que el reo deba de sufrir en el caso de que no abonare la cantidad a cuyo pago fue condenado.

Pero junto a tales penas, cabe la posibilidad de imponer al abusador el cumplimiento de medidas de seguridad cuando el abuso, siendo constitutivo de infracción penal, revele peligrosidad, debiendo, en todo caso, de orientarse dichas medidas a la reeducación del sujeto a su cumplimiento.

III.-PROCEDIMIENTO DE LA ACTUACIÓN JUDICIAL.

A) Jurisdicción civil.

1) La privación de la patria potestad, tutela o guarda.

Está sometida a los principios generales de la actuación jurisdiccional civil, que son los siguientes:

a) Principio dispositivo: La actuación judicial no se puede producir de oficio, sino que es preciso que sea requerida por quienes tengan legitimación para hacerlo, condición que se atribuye a los que sean titulares de los derechos que se supongan violados o a sus representantes legales.

Como consecuencia de la vigencia de dicho principio hay que reconocer a la parte legitimada poder de disposición sobre la controversia sometida a decisión judicial, por lo que podrá desistir de la continuación del proceso determinando su finalización sin imposición de la sanción que se pidió.

La instrumentación de este principio requiere dar respuesta a las cuestiones que derivan del grado de desarrollo de los niños tanto para iniciar el proceso como para instar su finalización anticipada y sin resolución sobre el fondo, que puede consistir en reconocer legitimación a sus representantes legales o a algún órgano del Estado, que debe de velar tanto para instar el proceso cuando los representantes legales no existan o no lo insten siendo procedente hacerlo, como para evitar que su finalización se produzca de forma fraudulenta.

b) Principio de contradicción o de igualdad de armas: El proceso tiene que organizarse de manera que las partes que en el mismo intervengan se encuentren en igualdad de condiciones a la hora de hacer valer sus pretensiones, lo que, en mi opinión, requiere reconocer que una parte (la víctima), si se le otorga la posibilidad de intervenir directamente, puede estar en desventaja con relación al abusador, la otra parte en el proceso, por lo que, para evitar las consecuencias que dicha desigualdad real pueda producir, hay que configurar la intervención de un "amicus curiae" que asegure la contradicción sin merma alguna de la igualdad. Tal cometido es uno de los que en el sistema español se atribuye al Ministerio Fiscal.

c) Principio de audiencia o de defensa: Nadie puede ser condenado sin que se le reconozca la posibilidad de alegar y de probar sus alegaciones, por lo que el proceso tiene que organizarse de

manera que tenga una fase de alegaciones y otra de prueba, de manera que ésta pueda articularse una vez que cada parte conozca las alegaciones de su contraria.

d) Principio de aportación de parte: Si en cualquier proceso de naturaleza civil, los hechos que constituyen su objeto tienen que ser aportados por las partes, sin que el Juez pueda introducirlos porque se convertiría entonces en Juez y parte al mismo tiempo, en los procesos que afectan a la patria potestad habrá que modular convenientemente dicho principio, especialmente cuando se reconozca al menor la posibilidad de intervención directa, por exigirlo así la protección del interés de éste, que debe de sobreponerse, con las convenientes limitaciones, al de la apariencia de la imparcialidad judicial.

e) Principio de oralidad, con las consecuencias que del mismo se derivan, como son la celeridad, concentración e inmediación. Si las actuaciones del proceso se desarrollan en forma oral, deben de concentrarse, lo que permite, por una parte, que su desarrollo tenga lugar bajo el control inmediato del juez, y, por otra, que se reduzca su duración.

En cambio, a la hora de regular el proceso se deben de adoptar las medidas necesarias para evitar que la publicidad, que es inherente a la oralidad, despliegue sus efectos en estos procesos, ya que a ello se opone la especial trascendencia que sobre la regulación del derecho a la intimidad debe de reconocerse a la condición de su titular cuando se trata de personas que no han alcanzado la plenitud de su desarrollo.

2) La tutela automática. Constituyéndose la tutela automática, como su propio nombre indica, por ministerio de la ley, los aspectos procesales de la medida van referidos a la declaración de la situación que justifica su adopción, que en el ordenamiento jurídico español recibe el nombre de situación de desamparo y, más concretamente, a la competencia y al procedimiento para declararla, ya que, constatada dicha situación, la víctima es colocada por la ley bajo la tutela de la entidad estatal con competencia en materia de protección de menores.

Por lo que respecta a la competencia no debe de establecerse una regla única en favor de la jurisdicción o de la administración de la que dependan los servicios sociales, porque, aún reconociendo que la actuación administrativa inicial agiliza el proceso de intervención frente a las situaciones de riesgo, no hay que olvidar que en muchos casos la oposición de los padres o familiares de las víctimas o la propia naturaleza del conflicto determinarán la necesidad de una instancia que, como la judicial, es percibida con mayor poder de coerción. De ahí que sea partidario de establecer un catálogo de supuestos en los que la intervención inicial corresponda a una u otra instancia o, lo que tal vez resulte más operativo, establecer como regla que la actuación de la administración se producirá siempre, salvo que medie oposición, en cuyo caso la competencia es judicial y, en todo caso, sin perjuicio, de la competencia de la administración para las actuaciones de urgencia.

En cuanto al procedimiento debe de distinguirse un procedimiento ordinario y otro de urgencia. El primero, que será el que deba seguirse cuando se llega a la situación de desamparo por el agravamiento de una situación de riesgo que era conocida de los servicios sociales, requerirá una intervención multidisciplinar con carácter previo a la adopción de la resolución mientras que el segundo, que es el que debe seguirse para dar respuestas a situaciones que no admiten demora sin que se produzca un grave peligro para la integridad del niño, tal investigación debe de realizarse después de apartar al niño de tal situación y su finalidad será la de confirmar la necesidad de mantener o no tal situación de separación.

En uno y otro caso la medida, como ya se dijo, no es mas que el instrumento que permite, además de apartar al niño de la situación de peligro, organizar el sistema de protección adecuado del mismo, por cuyo motivo, y dado que éste puede consistir en el retorno a su medio o en colocarlo bajo la custodia de una familia sustituta y que dicha decisión se debe de adoptar en un breve plazo de tiempo, parece que lo adecuado es que el control judicial se produzca, no contra la declaración de la situación de desamparo, sino contra la decisión que, con base en dicha declaración, organiza la protección del niño mediante la separación indefinida del mismo de su entorno familiar, aún cuando sea conveniente establecer la previsión de dicho control para los casos en que, cualquiera que sea la causa, la única medida de protección que se adopta es la tutela automática y ésta tiene carácter indefinido.

3) Las medidas cautelares.

Las medidas cautelares, consideradas por la doctrina⁵ como una limitación externa al ejercicio de la patria potestad, pueden ser utilizadas, por una parte, como instrumento que ponga remedio urgente a situaciones de maltrato infantil, y, por otra, como una medida de protección frente a tales situaciones maltratantes, ya que entre los supuestos que pueden dar lugar a su aplicación en la legislación española se contempla el "sufrimiento de peligros o perjuicios por parte del menor, cualquiera que sea su causa y quien los produzca".

La legitimación para solicitar su aplicación debe de reconocerse a cualquiera: al propio menor, a cualquier pariente, a un tercero o a cualquier órgano del Estado que no sea el Juez encargado de imponerlas.

Por lo que respecta a la competencia, aunque están previstas en la legislación española como de exclusiva imposición judicial, nada obstaría a que se regulase que también puedan ser acordadas por la administración de los servicios sociales, siempre que se prevea algún tipo de control judicial de

⁵ Cfr. "Sistema de Derecho Civil", Vol. IV, de L. DIEZ-PICAZO y A. GULLON, pág. 368, Madrid 1982.

manera semejante al que se proponía al desarrollar el procedimiento de urgencia para la imposición de medidas de protección.

En cuanto al procedimiento, es obvio que, si se quiere que las medidas cumplan su finalidad, debe de descargarse de cualquier formalismo y reducir su tramitación a una sumaria investigación que corrobore la existencia de los datos que se expresen en la solicitud.

B) Jurisdicción Penal.

Las medidas que se pueden imponer en el orden jurisdiccional civil no son, sin embargo, suficientes para ofrecer una solución al fenómeno de los abusos sobre niños, porque las mismas solamente pueden imponerse cuando el abuso se produce entre personas que están ligadas por la relación de patria potestad o análoga; de esa manera, cuando el abuso fuese perpetrado por un extraño quedaría sin sanción.

Para evitar semejante situación de vacío en el sistema de protección es por lo que se hace necesario prever la imposición de sanciones penales. Pero por muy completo que sea el catálogo de infracciones penales y de penas para hacer frente a las situaciones de abuso sobre menores, su efectividad va a depender esencialmente del instrumento, o instrumentos, de que tales órganos dispongan para su aplicación⁶, del que exponremos las líneas esenciales para su organización, si bien resulta necesario advertir que, para evitar repeticiones, se dan aquí por reproducidas las consideraciones hechas al hablar de los principios que deben de regir la actuación jurisdiccional civil en lo que no se modifique y, especialmente, en lo que se refiere a los principios de contradicción, audiencia y oralidad.

1) Persecución de oficio o a instancia de parte.

En primer lugar, y en cuanto al régimen de persecución de las infracciones penales que pueden integrar los abusos sexuales infantiles, se puede organizar de manera que sean perseguibles de oficio o a instancia de parte.

La diferencia existente entre una y otra forma de persecución radica, no en la forma de llegar a "notitia criminis" al Juez, sino en las posibilidades de actuación del mismo; cuando las infracciones son perseguibles de oficio, la Autoridad Judicial puede actuar cualquiera que sea la forma en la que tenga conocimiento de la infracción, pero cuando son perseguibles a instancia de parte el Juez no podrá iniciar el procedimiento, aunque tenga noticia del hecho delictivo, si no se ejercita la acción penal mediante la presentación de la correspondiente denuncia⁷ por parte de las personas legitimadas para hacerlo, que deben de ser los ofendidos por la infracción o sus ascendientes, representantes legales, debiendo de hacerlo el Ministerio Fiscal si las víctimas son menores o incapaces⁸.

Tiene cierta tradición reservar la persecución a instancia de parte para los abusos que integran infracciones contra la libertad sexual, tal vez porque el legislador haya tenido en cuenta, de manera inconsciente, que, como pone de manifiesto Jorge Barudy⁹, los abusos sexuales en el ámbito familiar están dominados en una primera fase por "la ley del silencio"¹⁰, por lo que, pese a reservar su persecución a las víctimas, instauró la persecución de oficio, ya que, como la actuación del Ministerio Fiscal, como órgano del Estado que es, se debe de regir por el principio de legalidad, tiene que formular denuncia en todos los casos.

Y, sin embargo, tal vez sea razonable configurar algunas excepciones a la vigencia del principio de legalidad en la actuación del Ministerio Fiscal para controlar el sistema de represión de los abusos sexuales infantiles, ya que, en los últimos tiempos el mismo queda substraído a la libre disposición del que la inició, sean los particulares o sea el Ministerio Fiscal.

En efecto, originariamente el poder de disposición de los particulares legitimados para iniciar la persecución de esta clase de infracciones era pleno: desde su iniciación hasta su finalización, incluyendo la pena impuesta, el particular legitimado podía otorgar el perdón correspondiente, que producía los efectos propios de una causa de extinción de la responsabilidad criminal, salvo que fuesen cometidos contra menores o incapacitados, en cuyo caso la eficacia del perdón quedaba sometida a la aprobación del Tribunal, que tenía que oír sobre tal extremo al Ministerio Fiscal.

Posteriormente se introdujo una importante modificación en el régimen del perdón, al que se privó de eficacia en el delito de violación respecto al ejercicio de la acción penal, pero no respecto de la

⁶ Sobre estos temas, y desde una perspectiva no estrictamente jurídica, pueden consultarse, los trabajos de J.L. PEDREIRA MASSA titulados "Infancia, salud mental y ley. Encuentros y desencuentros", presentado en las II Jornadas Asturianas sobre Salud Mental y Ley, que se celebraron en Oviedo en el mes de noviembre de 1992, y "Aportaciones actualizadas a la relación entre salud mental y ley. Confidencialidad y peritaje en la infancia", que fue presentado en el Curso sobre Derecho de Familia organizado por el Consejo General del Poder Judicial y celebrado en Madrid en abril de 1993.

⁷ La otra forma de ejercitar en el sistema español la acción penal, en la iniciación o para la continuación del procedimiento, es mediante la presentación de querrela, que, a diferencia de la denuncia, exige la intervención de abogado y de procurador, así como la prestación de fianza, en el caso de que el querellante no sea el ofendido o perjudicado por el delito (o su heredero o representante legal), para evitar el ejercicio infundado de acciones penales.

⁸ Pudiera también pensarse que en tales casos podía consagrarse el sistema de la "actio popularis", en cuya virtud cualquier ciudadano, sea o no ofendido por la infracción, está legitimado para instar la persecución, si bien, para prevenir el ejercicio infundado de acciones, se condiciona tal posibilidad a la prestación de una fianza que garantice el resarcimiento de los daños que se puedan derivar por acusaciones desprovistas de fundamento.

⁹ Cfr. op. cit., págs. 166 y ss.

¹⁰ La praxis judicial enseña que la misma ley impone su vigor en los abusos sexuales de menores perpetrados por personas ajenas al círculo familiar.

responsabilidad penal ya impuesta, condicionándose su eficacia en los demás delitos en los que es operativo (que son los de agresión sexual¹¹, abusos sexuales¹² y acoso sexual¹³) a que se otorgase antes de la sentencia.

Dicha modificación en el régimen del perdón se ha profundizado en los últimos tiempos ya que, aún manteniendo la necesidad de la denuncia para iniciar la persecución, al perdón se le priva de toda eficacia en las infracciones contra la libertad sexual. La justificación de tales reformas hay que buscarlas en el deseo de evitar situaciones de chantaje sobre las víctimas que impiden muchas veces la persecución de estas infracciones. No cabe duda que son suscribibles tales argumentaciones y que, por lo que se refiere a los abusos sexuales infantiles, garantizar su persecución en todos los casos parece que se acomoda al proceso de intervención que debe de ponerse en marcha desde los servicios sociales¹⁴. Sin embargo, a lo largo del proceso de intervención tal vez resulte necesario, al menos en aquellos casos en los que, como dice el autor citado¹⁵, se haya producido la reparación a la víctima y se comience la "renegociación de la relación conyugal y las interacciones parentales", poder exonerar de medidas punitivas al progenitor o progenitores abusadores.

En este sentido la legislación más reciente en el ámbito del llamado Derecho Penal Juvenil permite la conclusión del procedimiento sin imposición de sanción en atención a la poca gravedad de los hechos, a las condiciones o circunstancias del menor, a que no se hubiese empleado violencia o intimidación o a que el menor haya reparado o se comprometa a reparar el daño causado a la víctima.

Tal posibilidad se contempla también en el ámbito de los procesos penales seguidos contra mayores de dieciséis años por agresiones o abusos sexuales, pero solamente respecto a la iniciación del procedimiento, ya que, mediante la consagración legal del principio de oportunidad reglada en la actuación de los órganos del Estado, permite que el Ministerio Fiscal pueda dejar de instar su persecución en atención a la protección de los intereses de la víctima.

De esta manera, si se generalizase la vigencia de este principio, se podría establecer un sistema de persecución "a la carta" de la víctima cuando esta fuese menor, de manera que la judicialización del conflicto permaneciese mientras lo exigiera la protección de los intereses de aquélla, bien porque el proceso no se iniciara o porque, una vez iniciado, se le pudiese poner fin al mismo. Pero, en todo caso, el ejercicio de dichas posibilidades debe de rodearse de las garantías necesarias para impedir situaciones fraudulentas.

2) Principio de aportación de oficio.

Iniciado el proceso, la aportación de los hechos que constituyen su objeto se rige por el principio de oficialidad, lo que no excluye que también las partes puedan introducirlos proponiendo la práctica de las pruebas que sean pertinentes. Pero, a diferencia de lo que ocurre en el ámbito de la actuación jurisdiccional civil, el Juez no adopta una postura pasiva, sino que puede intervenir activamente acordando la práctica de las diligencias de prueba conducentes al esclarecimiento de los hechos, ya que, tratándose de infracciones penales, el Estado debe de tener interés (en principio, tanto o más que la víctima) en que no se quede ninguna infracción sin castigo, por lo que, bien los jueces o bien los fiscales, deberán de velar para que se incorpore al proceso todo el material probatorio que pueda acreditar los hechos determinantes del abuso infantil en cada caso.

La violación que la vigencia de tal principio puede representar de aquél otro que obliga a que nadie en un proceso puede ser al mismo tiempo juez y parte, se impide organizando el proceso de manera que el Juez que recoge las pruebas no es el que las ve y enjuicia, o bien atribuyendo dicha función al Ministerio Fiscal encomendándole la dirección de la investigación, en cuyo caso la intervención judicial quedaría reducida a autorizar aquellas diligencias de investigación cuya práctica pueda vulnerar derechos fundamentales tales como la inviolabilidad del domicilio o de la correspondencia o la intimidad y a controlar las privaciones de libertad ambulatoria que resulten necesarias.

3) Organización de la fase de prueba.

En el proceso penal, con mayor intensidad si cabe que en cualquier otro tipo de procesos, resulta necesario referirse al tema de la prueba¹⁶, ya que, por exigencias derivadas de los derechos a la tutela

¹¹ La agresión sexual es el ataque contra la libertad sexual con violencia o intimidación que no consista en acceso carnal o introducción de objetos o penetración por vía bucal o anal.

¹² Por abusos sexuales se entiende el ataque a la libertad sexual de otra persona sin violencia ni intimidación y sin su consentimiento, bien porque la persona carezca de capacidad para consentir, bien porque dicho consentimiento esté viciado por error o por otra causa semejante, como puede ser el prevalimiento de la situación de inferioridad en que se encuentre la víctima por razón de la dependencia laboral o del parentesco que tenga con el sujeto activo.

¹³ El acoso sexual es la solicitud de favores de naturaleza sexual prevaleciendo de una situación de superioridad y con el anuncio a la víctima de males relacionados con las legítimas expectativas que pueda tener en el ámbito de la relación de la que surge la situación de superioridad.

¹⁴ Cfr. sobre este punto Jorge Barudy, op. cit., pág. 183 y ss., quien sostiene que "las posibilidades terapéuticas de una familia abusiva comienzan y deben mantenerse a través del desarrollo de una situación de crisis que les impida reestructurarse alrededor de la descalificación de la víctima o la minimización o negación de los hechos abusivos".

¹⁵ Cfr. op. cit., pág. 185.

¹⁶ Sobre el tema de la prueba en el proceso penal la bibliografía es tan abundante que la cita resultaría abrumadora, por lo que, por todas las obras, se pueden consultar las tituladas "La prueba en el proceso penal", editadas una por el Consejo General del Poder Judicial en el año 1992 en su colección "Cuadernos de Derecho Judicial", en la que se recogen las ponencias y comunicaciones de un curso que, con el mismo título y dentro del Programa de Formación de Jueces, fue organizado por el Consejo General del Poder Judicial, y otra por el Centro de Estudios Judiciales, en

judicial efectiva y a la presunción de inocencia, únicamente se reconoce virtualidad suficiente para destruir la presunción de inocencia a aquellos medios de prueba que, habiendo sido legalmente obtenidos, se practiquen como regla general en presencia del Juez que tenga que resolver sobre el fondo del asunto y, en todo caso, con posibilidad de intervención de las partes en el proceso (contradicción).

Si se prevé que la prueba no podrá practicarse en la fase del proceso que se celebre ante el Juez que tiene que fallar (como ocurre en los casos en los que los testigos, por su avanzada edad o por la enfermedad que padezcan o por estar domiciliados en el extranjero), tendrá que anticiparse a la fase del proceso en la que se tenga conocimiento de la circunstancia que, previsiblemente, va a impedir su práctica en el momento de la celebración del juicio y, aunque no se practique en presencia del Juez del fallo, goza de la virtualidad necesaria para destruir la presunción de inocencia, siempre que exista intervención judicial y posibilidad de contradicción.

A tales casos, en mi opinión, deben de equipararse las declaraciones de las víctimas infantiles de infracciones penales, especialmente si se trata de abusos sexuales, tanto porque su protección exige evitar la reiteración de la vivencia de la situación maltratante, como porque es necesario preservar el contenido de la prueba, dado que la natural tendencia a olvidar tales situaciones puede determinar que la víctima no se acuerde de lo que ocurrió o que lo relate con tan poca precisión o coherencia que, razonablemente, se pueda dudar del contenido de sus manifestaciones¹⁷, sin contar con los casos en los que tal situación aparezca provocada por las propias presiones del medio en que el menor vive.

En nuestro ordenamiento vigente, sin embargo, no se contiene previsión alguna al respecto. Si el menor tiene que declarar como testigo, la única prevención en la legislación que regula el proceso ordinario, es que no se le puede recibir juramento o promesa de decir verdad, sino que basta con la instrucción que el Juez le haga de la obligación de ser veraz en sus manifestaciones. Por su parte, en el ámbito del Derecho penal Juvenil tampoco existe previsión alguna respecto a la forma en la que deben de prestar declaración los menores a quienes se les impute haber participado en la ejecución de infracciones penales o los testigos de las mismas, pero la activa intervención de un Equipo Técnico multiprofesional durante la tramitación de los expedientes puede contribuir a resolver el problema que siempre plantea la actuación de menores en procedimientos judiciales.

Entiendo, sin embargo, que en el procedimiento que se sigue para depurar las responsabilidades penales de los mayores de dieciséis años también permite la ley la posibilidad de utilizar los servicios de profesionales especializados para oír en declaración a los testigos menores, ya que se puede considerar que tales personas necesitan de un intérprete para poder emitir correctamente su declaración y, en consecuencia, aplicar analógicamente las reglas que regulan las declaraciones de quienes no entendieren o no hablaren el idioma español o de los sordomudos, procediendo al nombramiento del profesional correspondiente para establecer, a su través, el diálogo con el menor en condiciones que garanticen la aportación de los conocimientos que tenga del hecho.

4) Medidas cautelares.

Para concluir hay que referirse a una cuestión capital, que está relacionada con el tiempo que puede tardar en obtenerse una resolución judicial sobre el fondo en una situación de abuso sexual infantil. Cualquiera que sea el tiempo que se invierta en ello, la resolución judicial va a ser siempre tardía. Tal vez por ello se contempla en la regulación del proceso penal la posibilidad de adoptar medidas cautelares en relación con el presunto delincuente y con las víctimas, que, en el caso de las infracciones que se integren por algún tipo de abuso infantil y por lo que se refiere a las víctimas, se traducirán en el apartamiento del menor de la situación maltratante.

Para conseguir dicha finalidad, y con relación al presunto agresor, se puede acordar su prisión preventiva, en los casos y con los requisitos establecidos con carácter general por las leyes reguladoras del proceso penal, sin que sea necesario prever especialidad alguna por razón del sujeto pasivo o de la naturaleza de estas infracciones; con relación a la víctima, se puede acordar como medida de protección su apartamiento de la situación maltratante, que se podrá llevar a cabo en cualquier forma y que se podrá alzar en cualquier momento, dada su naturaleza cautelar y su carácter temporal.

Christine HALLETT

This paper explores criminal and civil interventions in cases of child abuse in the UK, with particular reference to Scotland and England. It draws on theoretical considerations and empirical evidence. There are three main types of response to child abuse based on statute: the first is criminal proceedings against those alleged to have perpetrated the abuse; the second is civil proceedings undertaken to protect the child and the third comprises 'voluntary' intervention in families to protect children.

la que se recogen las ponencias presentadas durante el "Curso sobre la prueba en el proceso penal" celebrado en dicho Centro en el mes de junio de 1992.

¹⁷ Sobre este tema puede consultarse, además del trabajo ya citado "Aportaciones actualizadas a la relación entre salud mental y ley: confidencialidad y peritaje en la infancia", de J.L. PEDREIRA MASSA, el de Margarita Diges Junco y María L. Alonso-Quecuty titulado "El psicólogo forense experimental y la evaluación de credibilidad de las declaraciones en los casos de abuso sexual a menores", que fue publicado en el núm. 35 de la revista Poder Judicial, págs. 43-66.

Legal frameworks for responding to child abuse depend, in part, upon conceptualisations of the relationship between the state, the family and the child. Fox-Harding (1991) has identified four different value positions in child welfare, namely: laissez faire and patriarch; state paternalism and child protection; defense of the birth family and parents' rights; and children's rights and child liberation. While these are 'ideal-types' they can be used to identify some of the key contours of difference in European child protection systems.

The responses of the legal system are also shaped by fundamental conceptions of the nature of child abuse, in particular whether it is seen principally as a crime or as a symptom of individual or family malfunctioning. Lampo and Marneffe (1993) propose a dichotomous model, as follows:
Models of child protection services (from Lampo and Marneffe, 1993)

Judicial model	Medico-social model
Child abuse and neglect are criminal offences	Child abuse and neglect are the result of family dysfunction
The initial response is investigation	The initial response is diagnosis
Protection of the child is sought through penalising or punishing parents	Protection of the child is sought through therapy and family support.
Therapy or guidance is mandatory	Parental consent is given to follow therapy or accept guidance

In practice, in the UK there is some conflation between the two positions.
Definitions.

Within the UK, the official categories of child abuse used in government circulars of guidance for entering children's names on child protection registers (that is cases where there is or is a likelihood of significant harm where there is a need for an interagency child protection) are broadly similar in England and Scotland. The main categories are physical injury, sexual abuse, neglect and emotional abuse. Other, more radical definitions of child abuse exist, for example, the definition adopted by the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse (1996 Vol 1:2) namely: 'child abuse consists of anything which individuals, institutions or processes do or fail to do which directly or indirectly harms children or damages their prospects of a safe and healthy development into adulthood.' This follows closely Gil's (1981) definition. This paper, however, focuses on the responses of the legal system to the officially recognised categories of child abuse.

Notification.

In contrast to many states in Australia, the USA and to many countries in Europe (for example Denmark, Norway, Sweden, Finland, Italy and France), the UK does not have a system of mandatory reporting for child abuse. It has relied on the voluntary participation of professionals and the public in reporting cases to the main notification agencies, which are principally the social services or social work departments which exist at local government (county or municipality level) and the police. Gibbons et al's (1995) study of the operation of child protection registers found that of some 2000 referrals in seven local government areas in England, only about 15% were substantiated and entered on child protection registers. The proportion in Scotland in 1994-95 was 22% (Statistical Bulletin (1996:5)). The investigation of child abuse referrals.

High priority is given in British child protection services to the initial investigation of child abuse allegations. Reflecting the importance attached to a multi-disciplinary approach, there is extensive involvement of staff such as teachers and health visitors (community nurses) in contributing information alongside the central role of the police, paediatricians and social workers in investigation. From the pioneering work of Henry Kempe onwards, paediatricians have played a significant role at the investigative stage. There has, however, been a profound change in the role of the police. In the circular of guidance issued in 1974 by the then Department of Health and Social Security after the Maria Colwell Inquiry, the government listed those who should be invited to case conferences (which were recommended for each case of child abuse). The list is dominated by health and social welfare personnel. The police are in a category at the bottom of the page of those 'who may be invited as appropriate'. By the 1990's the police were at the core of investigative activity. This is partly as a result of the rise in child sexual abuse in which there is a greater propensity to prosecute and partly in response to the difficulties of medical identification in such cases, which is both contested and in some cases (e.g. of non-contact abuse) limited since no physical signs would be expected. Recent research has emphasised the forensic character of these investigations which focus upon an attempt to establish whether this is a case of child abuse and who did what to whom. Parton has identified a rise in a socio-legal discourse in contrast to the socio-medical which predominated earlier.

The criminal prosecution of alleged offenders.

One aim of police involvement in the investigation of child abuse is to determine whether there is sufficient evidence to prosecute an alleged offender. Decisions to prosecute are made by agencies

independent of the police (the Crown Prosecution Service in England and Procurators Fiscal in Scotland).

The standard of proof in criminal cases is 'beyond reasonable doubt'. There are many obstacles to successful prosecution of alleged offenders which include, inter alia, long delays in the criminal justice system; the difficulty of securing good enough evidence or corroboration particularly where child witnesses are involved; intimidating cross-examination of child witnesses in court; and balancing the interests and welfare of an individual child against the public interests of protecting other children from future harm. Attempts have been made to improve the position, for example, through video-recording interviews with children for use as evidence-in-chief in court. Nonetheless, prosecution rates remain low (Hallett, 1995). Despite the extensive involvement of the police, the contribution of the criminal justice system to the protection of children through the prosecution of alleged abusers is very limited although substantial time and resources are devoted to the process.

Civil Proceedings.

There are significant differences between England and Scotland in handling civil proceedings in respect of abused children. The legislative grounds for intervention are similar in the Children Act 1989 (which applies principally to England and Wales) and the Children (Scotland) Act, 1995. Both specify the criterion of significant harm and both express a preference for minimum intervention. However the institutional arrangements differ when compulsory intervention is deemed necessary. The paper contrasts the position in England (where cases are heard in the Family Proceedings Court on an adversarial basis) with the Scottish Children's Hearings System. In Scotland, children who are deemed to be in need of compulsory measures of supervision may be referred to an official, known as the reporter.

The child protection grounds for referring such children, specified in Section 52(2) of the Children (Scotland) Act, 1995, include that the child is beyond control, is falling into bad associations or exposed to moral danger; is likely to suffer unnecessarily or be seriously impaired in health or development due to a lack of parental care; is a child, or is likely to become a member of the same household, as a child in respect of whom specified offences have been committed or to become a member of the same household as a person who has committed specified offences against children. It is the reporters initial task to determine whether there is evidence to support the ground of referral and whether there is a need for compulsory measures of supervision. If this is adjudged to be so, the case is referred to a Children's Hearing. Of the 18,272 cases notified to Reporters on non offence (i.e. 'care and protection' grounds) in 1995, some 8352 (46%) were referred to a Children's Hearing. The Children's Hearing is a lay panel, of three persons, one of whom acts as the chairperson. The reasons (or grounds of referral) are put to the child and parent(s). If they are accepted, the Children's Hearing proceeds to discuss the case, and reach a decision as to disposal. If the grounds of referral are not accepted or if the child is deemed to be too young to understand them (which occurs in approximately half of cases referred on 'care and protection grounds' and rises to 81% of cases referred on lack of parental care grounds (Statistical Bulletin, 1997:11)) the case may be discharged by the hearing. Much more commonly, however, the case is referred for adjudication of the facts in the Sheriff Court. This is an adversarial process. If the grounds are upheld, the case is returned to a Children's Hearing for disposal. If the grounds are not upheld, the case is dismissed. The proceedings of the Children Hearing are intended to be relatively informal, with no legal representatives present to act as agents (although lawyers may accompany children and parents to the hearing).
Voluntary social work support.

A considerable proportion of cases of child abuse are dealt with in the UK on a voluntary basis without criminal proceedings against an alleged perpetrator or civil proceedings for the protection of the child. In Scotland in 1994-95, 24% of registered cases received voluntary social work support while 34% were referred to the Reporter for consideration of the need for compulsory measures of care (as it was then known).

In England at 31.1.1996 75% of all children on child protection registers were under no legal order (22% were 'looked after' (formerly 'in care') 3% under a supervision order and 1% under an emergency protection order) DOH (1997). These patterns reflect a policy emphasis on working in partnership with parents where possible, a legislative presumption against court based intervention and the adoption of policies of family support, stressing the need to work with children in need and help families rather than focussing too narrowly on particular incidents of harm or neglect. It should be, acknowledged, however that such interventions are based upon statute and that coercive measures may be adopted if the 'voluntary' cooperation of parents or other carers is not forthcoming.

References.

- Department of Health (1997) Children & Young People in Child Protection Registers Year Ending 31.3.1996, London: Government Statistical Service AF96/13.
- Fox-Harding (1991) Perspectives in Child Care Policy, London: Longmans.
- Gibbons, J. Conroy, S. & Bell, C. (1995) Operating the Child Protection System, London: HMSO.
- Gil, D. (1981) The United States versus Child Abuse in L. Perton (Ed) The Social Context of Child Abuse and Neglect, New York: Free Press.
- Hallett, C. (1995) Interagency coordination in Child Protection, London: HMSO
- Lampo, A. & Marneffe, C. (1993) Prevention of Child Abuse and Neglect: Child Protection or mere registration, 4th European Conference on Child Abuse and Neglect, Padua.

Statistical Bulletin (1996) Social Work Series SWK/CP 1996/2 Child Protection Management Information 1994-5, Scottish Office.
Statistical Bulletin (1997) Referrals of Children to Reporters and Children's Hearings, Scottish Office.

SYMPOSIUM 2

LA TRANSMISSIÓ GENERACIONAL DEL MALTRACTAMENT
LA TRANSMISION GENERACIONAL DEL MALTRATO
LA TRANSMISSION GÉNÉRATIONNELLE DES MAUVAIS TRAITEMENTS
THE GENERATIONAL TRANSMISSION OF ABUSE

OCT 20 10.45/12.15 TARRAGONA TS

COORD.
PART.

Dominique GIRODET
Ann BUCHANAN
Sietske DIJKSTRA
Juan MANZANO

France
United Kingdom
The Netherlands
Switzerland

Dominique GIRODET

Vice-Président de l'Association Française d'Information et Recherche sur l'Enfance maltraitée.

Ann BUCHANAN

Ph.D., M.A. (Oxon), CQSW. Lecturer in Applied Social Studies and Dean of St Hilda's College, Oxford.

Sietske DIJKSTRA

Department of Women's Studies Social Sciences, University of Utrecht.

Juan MANZANO

Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Faculté de Médecine de l'Université de Genève
Directeur du Service Médico-Pédagogique de Genève.

Ann BUCHANAN

This paper is about patterns of intergenerational child maltreatment and the mechanisms involved in perpetuating these patterns. It is based on an international review of the literature. The full findings were published in a book by the author called 'Cycles of Child Maltreatment - facts, fallacies and interventions' (Buchanan, 1996).

It is now more than 30 years since Henry Kempe 'rediscovered' child abuse. Since then there has been a sustained international effort - in which ISPCAN has played a key role - to afford effective protection to children. Yet despite these efforts, large numbers of children continue to suffer. What is worse, when children themselves become parents, they are often unable to protect their offspring or may actually inflict the sort of suffering they themselves endured. This pattern has become known as the 'Cycle of Abuse'.

This paper demonstrates, however, that there is not just one cycle, but at least four separate cycles that operate both within and outside the family. The four cycles are Cultural, Socio-political, Psychological and Biological. The central message of this paper is that if we want to reduce the overall levels of child maltreatment, we need to unwind the separate cycles and focus interventions at the different mechanisms operating in each cycle. The 'Cycle of Abuse'.

Since the first studies by Steele & Pollock in 1968, the 'Cycle of Abuse' has been one of the most enduring, yet controversial theories in the study of family violence. Numerous researchers have tried to quantify the extent of this intergenerational transmission. Rates range from 100% in a retrospective study of severely abusing families (Oliver & Taylor, 1971); to 70% in a prospective study of high-risk parents (Egeland & Jacobvitz, 1984); to 47% in a retrospective self-report clinical study with comparison subjects (Herrenkohl et al, 1983); to 18% for a prospective controlled study of a nationally representative sample (Straus, 1979); to 1% in a controlled agency records study for validated child abuse (Widom, 1989). The wide ranging estimates are not as contradictory as they might appear. Definitions of abuse, type of sample - retrospective or prospective, controlled or uncontrolled, source of sample - nation - wide or high risk group, govern the rates seen.

Despite the controversies, there is now some consensus amongst researchers studying family violence in the USA and UK, that around 30% of those who have been abused will go on to abuse their own children (Gelles & Loseke, 1993; Kaufman & Zigler, 1989, Oliver, 1993). This figure constitutes a significant risk factor, being approximately six times the base rate for abuse found in the general population (5%) (Kaufman & Zigler, 1989).

Kaufman & Zigler (1989) suggest that the time has come for researchers to cease arguing over the precise percentages. Instead we need to focus our efforts on the conditions under which the transmission of abuse is likely to occur. This paper is part of this process.

Cultural factors in intergenerational child maltreatment.

Cross-cultural studies demonstrate that parents the world over are faced with a similar task when rearing children. In all societies, the helpless infant must be protected from the risks that threaten survival and turned into a responsible adult obeying the rules of their community. Whiting and Edwards (1988), however, have shown that although children share panhuman characteristics that equip them for survival, cultural forces modulate social development and lead to increasing differences in the kinds of behaviour that adults expect. The needs and environment of different societies play an important role in developing different parenting styles. These styles are largely passed from generation to generation.

Although no society condones child maltreatment, what is, and is not defined as abusive is culturally constructed (Finkelhor & Korbin, 1988). Children around the world are at risk from a wide range of violence that is generally carried out by their parents or with their parents' tacit approval (Levinson, 1989). Most types of culturally condoned violence only occur in a few societies. The major exception is the use of physical punishment in child rearing. The problem is that there is a relationship between severe chastisement and serious injury to children.

Finkelhor & Korbin (1988) have also shown that cross-culturally particular categories of children are vulnerable to maltreatment. These children may be those of inferior health status, malnourished children, handicapped children, excess or unwanted children and stigmatised children, such as the illegitimate.

Korbin (1987) suggests that interventions in the cultural cycle of child maltreatment need to be aware of both the EMIC (insider) perspective and the ETIC (outsider) perspective. Central to the EMIC perspective is working alongside local communities. Communities around the world have to come to their own decisions in defining what parental behaviour is abusive; have to decide on priorities and targets for intervention, and have to develop effective strategies for limiting child maltreatment.

Alongside the EMIC perspective, is the role of international associations such as this society in establishing definitions of specific types of child maltreatment that are internationally unacceptable; in raising awareness about child maltreatment; in disseminating knowledge, and in setting targets to combat child abuse. Progress on achieving targets will require an international data base of key indicators.

The Socio-political cycle of child maltreatment.

Most families, even in extreme conditions, do not maltreat their young, but small changes in social conditions have important effects in lowering the thresholds where many parents can parent effectively. Although child abuse cuts across social and economic groups, it does so unevenly. The poor are always most at risk (Gil, 1970, Gelles, 1973, Straus et al., 1988).

State policies have an important role in increasing or decreasing the threshold where parents can parent effectively. Directly or indirectly, for example, state policies can lead to a lack of human security. Human security (UNDP, 1994) refers to cataclysmic events such as war and national disasters, as well as to job, income, health access to education, environmental security, security from crime and violence and social integration.

In countries undergoing rapid socio-economic change, traditional family support systems can be disrupted. State policies have an important role in managing socio-economic change in such a way that it maintains effective family functioning. The lack of human security has intergenerational continuities, and there is a growing realisation that even after the original threat has diminished there can be emotional costs that affect parenting abilities of future generations.

Policies to promote the welfare of women are particularly important. Children's well-being and women's well-being are inextricably linked. Women cannot effectively rear healthy babies if they themselves are ill, malnourished, overworked, insecure within their families and treated by society as a disadvantaged group. These patterns are particularly strong in developing countries, although in advanced economies a similar pattern can be seen amongst inner-city dwellers.

With the increasing diversity of family life, the rise in divorce and lone parent families, social policies also have an important role in ensuring that children are not disadvantaged by the type of family in which they are brought up. Family disruption in childhood is particularly damaging for children's life prospects when this is linked to other problems such as poverty and parenting problems (Buchanan & Ten Brinke, 1997). There some evidence that reliable day care in the early years can mitigate these disadvantages.

The advances in family planning bring the hope that every child born will be a wanted child. In Western democracies, dramatic falls in the birth rate have been seen. In other parts of the world overpopulation remains a concern. Pronatalist or family limitation policies need to tread with caution. Professor Radulian of the Romanian National Committee of UNICEF in speaking of the forced birth-rate legislated by the previous totalitarian regime in his country noted that the policies lead to an increasing number of abandoned, handicapped, orphaned and vagrant children. Dytrych (1992) in the Czech Republic has shown that where women were denied abortion, 'unwanted' children had considerably more difficulties and there were intergenerational continuities. On a recent visit to China, where there is the one-child policy, the author noted large numbers of overindulged, overweight children.

Social policies also have a role in ensuring that there are effective policies to protect children. Specific groups of children live in what the United Nations describe as particularly 'difficult circumstances'. Amongst these are street children, child prostitutes, child refugees and children with AIDS. Child prostitution exists because it answers a demand. Sex tours are advertised in Western travel guides. Child refugees are the result of conflicts, but 90% of all arms exported are provided by industrialised countries. These difficult problems suggest both an international responsibility and the need for global strategies.

Psychological research supporting the 'Cycle of abuse'.

Theories to support the cycle of abuse have come from different psychological traditions. The early studies were largely based on the psychodynamic tradition and related child abuse to the damaged 'ego' of parents who had themselves been abused as children. Social learning theorists rejected this idea. They argued that aggression was both learned and that it took place within a social context. Developments from social learning theory include the cognitive behaviour approaches. Among these are Newberger & White's (1989) work on parental cognitions. Parents with troubled relationships with their children were frequently unable to perceive their children as having needs of their own. Attachment theorists such as Crittenden & Ainsworth (1989), has shown that maternal style of child-rearing begins to influence the child at a very young age. Zeanah & Anders (1987) add that these early working models compel an individual to re-create the relationship experiences in their own lives. Violence was not passed on per se but the ongoing theme of the caregiving relationship.

Work from Straus (1979), Garbarino (1977), Bronfenbrenner (1977) and Belsky (1980) have demonstrated the limitation of single linear models. Intergenerational child maltreatment can be understood better if it is seen as a product of the interaction of risk and protective factors operating at individual, family, community and societal levels. Life history research by Rutter (1989) and others have expanded on these ideas and demonstrated through longitudinal studies that there are a range of risk and protective factors that interact throughout the life course.

This offers the hope that individual families at risk may be identified and supported before the child is harmed. Browne & Saqi (1988) have demonstrated that identifying those at risk is still an inexact science. However, studies such as Olds & Henderson (1989) have demonstrated that where young mothers are identified as at risk, and supported through the early years, such interventions can reduce rates of child maltreatment.

In the long-term further work is needed on identifying protective factors and/or strengths in individual abusing families, and developing carefully controlled trials on programmes to promote their strengths.

Biological factors in intergenerational child maltreatment.

The biological cycle of child maltreatment relates to two realities. Some parents are biologically more vulnerable to the risk of abusing their children, and some children are biologically more vulnerable to being abused (Rutter, 1989). First biological factors may relate to intergenerational patterns of disease and poor health care. The infant death rate is a good indicator not only to children who die, but also the numbers of children who may be born damaged, and as a result, more difficult to rear. Similarly maternal death rates will predict not only mothers who die, but mothers who may find rearing their children more difficult because they are in poor health. Programmes that improve the health of parents and children and limit disease will have the secondary effect of improving parenting.

Inherited disorders and characteristics may also affect parenting. For many practitioners heredity was simply something that you could not do anything about. Rutter et al. (1990) suggest that these views are no longer tenable. As knowledge increases, genetic disorder may increasingly be treatable by environmental manipulation. There is also growing evidence of synergistic interactions between biological predisposition and subsequent environmental stress. A person born with a biological vulnerability to schizophrenia, for example, may avoid developing the disease by living in a less stressful environment (Tiernari et al., 1990).

The current interest in behavioural genetics has given rise to the idea that genetics will unlock the secrets of behaviour. The situation is infinitely more complex. Genes, however, play a part in the inheritance of broad temperamental traits (Loehlin, 1992). These traits may make parenting more or less difficult (Caspi et al., 1990). Some character traits, such as high reactivity in the parent, or difficult temperamental character traits in the child, may be associated with abuse. However, these traits may be offset in positive environmental conditions.

The challenge in breaking the biological cycle of risk, is first by improving health care and second by identifying those at risk. Early identification of biologically high risk children and parents may facilitate targeting protective or 'buffer' programmes at those who need them.

Conclusions.
Research has repeatedly demonstrated, that by breaking down the large problem into its constituent parts, we are better able to understand the processes and better able to focus our interventions. This review indicates that in the four cycles of child maltreatment, there are opportunities for intervention at different levels. International organisations such as ISCPAN and UNICEF have an important role in creating a climate where child maltreatment should be recognised for the crime against humanity that it is. To do this, there is a need to expand our knowledge, disseminate what is known and provide statistical indicators to monitor our progress. National policies also have a role in developing policies that are more or less child-and-family-friendly. Child-and-family-friendly societies are likely to see

reducing rates of intergenerational child abuse. Communities can also bring together their expertise on the needs and priorities of their areas. Such communities may need the support of outside organisations who are prepared to work in 'partnership' with them. Professionals working with individual families who have a history of abuse need to develop carefully controlled studies on programmes that 'work' to break the cycle of child maltreatment. If we bring together our knowledge, energy, expertise and understanding, there is a good chance that many children who are abused today will not go on to abuse their children.

References.

Full references will be given on the day. They are also available in the book by the author:

Buchanan, A. (1996) *Cycles of Child Maltreatment. Facts, Fallacies and Interventions*. Chichester: John Wiley & Sons.

Sietske DIJKSTRA

ADULTS GIVING MEANING TO CHILD ABUSE. A FOCUS ON GENDER AND TRANSMISSION

Introduction to biographical study.

What is the relationship between the sequelae of child abuse and giving meaning to these past experiences during lifespan? In what ways do these traumatic experiences in childhood affect relationships with partners, offspring and the family of origin? Are there indications that these meanings are 'gendered'? And what can be remarked about the various links and breaks in issues of transmission?

These questions, particularly those focussing on gender and generational transmission, will be explored in my paper. The thoughts are based on my biographical and psychological research on the (long term) consequences of physical and/or sexual abuse in childhood. I interviewed 28 adults, 20 males and eight females, parents and non-parents, who as children were sexually and/or physically abused. The abuse started before the age of sixteen. The in-depth interviews dealt with how the respondents experienced and coped with these violations and the question of how as parents they managed to raise their children. The theoretical framework consists of trauma-theory, systemic notions and feminist ideas on gender, power and violence. Gender is conceptualised as the contextualised, cultural and individual meanings given to sex and identity, in multiple masculinities and femininities. Both gender and transmission are considered multi-layered phenomena and essential in describing family relationships. One of my final aims is to contribute refining traumathory - the alternation of avoidance, repetition and irritability as attempts to master the trauma - in such a way as to allow more examination of the genderedness of long term consequences and transmission.

Conceptualisation of transmission.

Firstly, in the past transmission in the child abuse field has been studied from a global perspective, being unable to disentangle the complex relationships that affect transmission. Criteria for transmission have varied greatly and added to the controversy surrounding the intergenerational hypothesis that maltreated children are likely to become abusive parents. The mixed support shows that violence does not necessarily breed violence and that transmission can take different forms, both within and between generations. Intergenerational transmission of violence is just one option. Revictimisation, offending the same generation and breaking the cycle are other possibilities. I consider transmission a continuum: continuities as well as discontinuities can be found. Furthermore, transmission of violence is viewed as a dynamic and reciprocal process between sender and receiver. Transmission can change with development and time. Adults abused as children take different positions (morals) in the raising of their offspring. Awareness on parenting, being critical about their own upbringing and realistic expectations on childrearing are seen as to be helpful in taking a psychological distance and overcoming the abusive pattern in the current family (Trickett and Susman, 1989).

Secondly, we need to differentiate and be more precise when we speak about transmission of violence. Buchanan (1996) for example has shown that the so-called cycle of abuse consists at least of four different interdependent cycles working on a socio-political, cultural, psychological and biological level. Buchanan concludes that the challenge is to integrate these often separated strategies such as awarenessprogrammes on parenting and health care, special attention for girls and working together with international organisations like UNICEF and local authorities. Related to this, it is important to distinct between transmission of violence and the larger body of knowledge of transmission. Transmission mechanisms incorporate certain attitudes, behaviors and lifestyles which can be harmful to the next generations. The concepts of intergenerational traumatisation and chronic post-traumatic complaints have been explored more in-depth in research on the effects of the Holocaust for the subsequent generations. Danieli (1981) classified four differing copingstyles in traumatised families where the first generation survived the second world war. She distinguished: victimised-families; fighter-families; numbing-families and determined families who achieved and testified and probably were the most resilient ones. It is important to keep in mind that child-abuse never takes place in a vacuum but is always part of a social context. Abuse can be interwoven with other crucial and negative life-events like traumatic war-experiences, (psychiatric) illness and abuse in the previous generations. Furthermore the context of family-backgrounds and -relationships is vital (poverty, the death or disappearance of a parent at young age, abusive relationships within the family, but also support from a family-member or within the community, therapy, a high social intelligence and good results in school). Especially the ways in traumas are dealt with

cause further and intergenerational harm. Intergenerational mechanisms are the conspiracy of silence and keeping family secrets; the disqualification of suffering and feelings; isolation and lack of connectedness with others; problems with regulation of aggression and handling of authorities, and deeply rooted insecurity about one's identity and self-esteem.

Description of method.

Potential respondents were informed in appeals in different magazines on child abuse and neglect and were recruited through explanatory letters with the assistance of (ex)therapists and colleagues in the CAN-field. Twice as many mothers as fathers offered an interview. During the interviews, questions were asked about family-background, bonds with parents and siblings and ideas of themselves as children. Furthermore, characteristics of the abuse were explored (onset, duration, relationship with the offender, type of abuse, survival and consequences). The second interview with the parents took place within a week and focussed on the current family, relationship with the partner(s), pregnancy, bonds with the children, values and practices of childcare and the ways respondents dealt with childraising conflicts and problems. The interviews with the 28 subjects were taped and transcribed. Besides unique components in every life-history, there were common features as well as pluriformity within the group. Analysis therefore took place in two additional ways. The first step was making an overview of themes and characteristics of the group and relating them to the questions asked. The second step was analysing and comparing different and similar individual cases. Verbal short cuts were made about what the cases represented, what kind of psychological key-issues and assumptions were at work and how these lifestories were connected to coping with trauma and related to issues of gender and transmission.

Results: some background characteristics.

The age of the twenty males and eight females varied between 22 and 52 (mean 36.15 years). Seventeen were parents of children between the age of one and 25 (mean 2.2 children). Further biographical backgrounds: Thirteen were married and ten were in cohabitation. Ten respondents divorced; three females were still single parents and three males had visiting rights. Six interviewees were single. All subjects but two received professional help. Half of them had a higher vocational or university education; three did not finish highschool. Five respondents did not work due to psychological and physical complaints, varying from physical pain and headaches to phobic responses and fears, returned reminders of the trauma, sleeping-problems, insecurity and depression.

In more than half the cases, different types of abuse, neglect and sexual abuse occurred. Eight subjects were (sexually) abused by non-family members only. Twelve respondents were victimised by more than one offender. The interviewees mentioned 47 perpetrators, more than half of them (27) were family members. One fifth (9) were female. Perpetrators within the family were: Brothers (11), fathers (9), mothers (4), sisters (2), grandfather (1). Perpetrators outside the family: male acquaintances of the local male (4), parents (3), priest (1), male neighbour (1), male babysit (1), nurse (1), owner of a camping (1), male sports-coach (1), female caretaker (1), female friend of sister (1), a homosexual and his boyfriend (2), male peers (2), waiter (1). Male offenders in the family often made more than one victim, especially fathers. Most common pattern was the same sex perpetrator for boys and an opposite sex perpetrator for girls. The physical abuse was sometimes sadistic: serious corporal punishment using objects, threats, psychological humiliation and other severe punishments like locking in cellars, standing outdoors in the freezing cold or the heat. There were strong indications that undiscovered abuse continued. Strong denial and attempts to limit talking about the traumatic past and its meanings, explained lasting difficulties in improving contacts with family-members.

Long term consequences, gender and transmission.

The means of expressing pain and victimisation indicated gendered differences in this group of subjects. Part of the males compensated by keeping up appearances as a boy who had control, who became rebellious and was doing all-right, while females showed more overt depressive behavior and tried to find support and comfort from others. As a consequence of splitting off their vulnerability boys kept their mouths shut, creating a genderdichotomy. They gave themselves agency by being responsible and active instead of overwhelmed and victimised. This also caused in some cases prolonged genderrole-confusion (Lisak, 1995). A crisis situation was usually a trigger and a serious warning-sign. The memories came back in bits and pieces, slowly unwinding their stories with pain and hesitation. The males showed the strained relationship between masculinity and victimisation (Dijkstra, 1996).

Despite taking a stand against violence against children - communicating helps, hitting doesn't - the group of parents was confronted with specific problems. The genderedness of parenting referred to three dimensions: same sex-identifications; distance-closeness and permissiveness-authority. It should be taken into consideration that mothers in this group were mostly the primary care-takers and the majority of fathers only saw their children a few hours a day or during visiting hours only. Fathers therefore were confronted less with everyday problems.

Most parents who brought forward problems in the relationship with their children, tended to have the most difficulty with the child(ren) of the same sex. They often considered this child as exactly like themselves as children. This strong identification prevented them from stepping back once in a while and made them more critical of the particular behavior and the 'bad' habits of the child. As a parent they entangled and blurred their own childhood with their image of this child. Psychologically speaking specific strengths and difficulties in relationships with the same sex are at stake. Mothers and daughters are sometimes too close for comfort, while sons can be disappointed in the lack of affection and closeness with their father: he was too distant to be intimate with.

As for intimacy, particularly fathers, pinpointed difficulties in touching their children and vice versa. They kept a distance and avoided intimacy with their (older) children. Some fathers had a temporary tendency to copy elements of the harsh behavioral style of their fathers in the treatment of their sons. Some mothers on the other hand interpreted growing independency and temporary disconnection as a loss of intimacy. They saw it as proof that they were an unfit mother and reflected idealistic views on mothering. There were also parents of both sexes who delegated issues of body-contact, body-talk and sexual education to the other parent or met these conversations with feelings of discomfort. A few mothers who had been sexually abused felt very awkward when their daughters asked questions about menstruation, their appearance or wanted to talk about liking boys.

More mothers than fathers mentioned problems with setting reasonable boundaries. The awareness that they had spoiled their children, materially and psychologically, grew when they developed into rebellious adolescents. Mothers realised that they had sacrificed too much of their own space and personal well-being for the benefit of the children, which triggered (fear of) aggression, moments of despair and conflict-avoidance. Mothers feared that conflicts and setting boundaries would destroy the bond with their children. Fathers on the other hand tended to be more tough with their children and mentioned less difficulties with setting boundaries. In some cases they regretted that sharing intimacy with their children was lacking or absent for a long period of time.

Juan MANZANO

L'ENFANCE DES PATIENTS ADULTES DIAGNOSTIQUES DE "PARAPHILIE" UNE ÉTUDE PROSPECTIVE ET RÉTROSPECTIVE

Depuis plusieurs années, nous poursuivons des recherches sur la continuité et la discontinuité de la psychopathologie en étudiant des patients examinés comme enfants et comme adultes.

Nous présentons ici une étude concernant des groupes de patients adultes avec diagnostics spécifiques (DSM.III-R).

Méthodologie

Population

Critères d'inclusion

1) Patients adultes consultant les Services universitaires

➤ Diagnostic (DSM.III) spécifique

avec

➤ Dossiers cliniques descriptifs complets permettant un diagnostic rétrospectif (DSM.III-R)

2) Patients ayant consulté en tant qu'enfant les Services de Psychiatrie Infantile pendant une période choisie (1963).

avec dossier clinique infantile également complet.

417 sujets remplissaient ces conditions préliminaires. Par un choix effectué au hasard, un nouveau diagnostic a été reposé sur dossier par deux psychiatres expérimentés qui ne connaissaient ni le diagnostic adulte ni celui posé à l'enfance et qui travaillaient en aveugle d'une façon indépendante, après des tests de fiabilité.

Seuls les diagnostics sûrs ont été retenus et des groupes suffisants pour permettre une comparaison ont été obtenus.

Tableau 1

Population, Diagnostic adulte (DSM.III-R)	Nb de sujets
Schizophrénie	25
Troubles anxieux	25
Toxicomanie	25
Dysthymie	19
Troubles de la personnalité (diagnostic principal)	32
Paraphilie	17
TOTAL	143

Les dossiers infantiles de ces sujets ont également été étudiés par deux psychiatres expérimentés, travaillant en aveugle après tests de fiabilité. Un questionnaire standardisé et informatisé qui comportait plus de 500 variables a été rempli. Il comprenait trois grandes parties:

Tableau 2

A. Données historiques: fiche d'identification du patient, histoire familiale, antécédents personnels.

B. Bilan clinique au moment de l'évaluation: motif de la consultation, anamnèse et symptomatologie.

C. Diagnostic au moment de la consultation infantile (classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent et DSM.III-R).

Les données ont été traitées informatiquement, nous donnant le nombre et le pourcentage de chaque variable pour chacun des groupes d'enfants correspondant au même diagnostic adulte.

Appliquant le programme informatique, notamment le S.P.A.D, cluster-analyse, nous avons obtenu les résultats suivants:

Tableau 3

le profil différentiel:

les sous-groupes éventuels:
"clusters":

et/ou

signes différenciant un groupe enfant de l'ensemble
des autres groupes;
à l'intérieur de chaque groupe d'enfants;
spécifiques et différentiels d'un groupe d'enfants

Résultats

communs à d'autres groupes d'enfants.

Tableau 4

Profil différentiel d'enfants ayant évolué vers une "paraphilie"

	%*	P**
Sexe masculin	94.12	.039
Agressivité désinhibée	41.18	.045
Comportement destructif	29.41	.019
Pas de contrôle	82.35	.029
Pas d'internalisation des normes	52.94	.043
Déficit intellectuel	35.29	.041
Diagnostic: Tr. envahissants du développement	35.29	.050

* Pourcentage d'enfants qui ont ce signe

** Signification statistique du signe différentiel du groupe contrôle

Deux sous-groupes ont pu être identifiés, l'un actif et destructeur et l'autre inhibé, avec troubles de l'apprentissage et intellectuels, liés au diagnostic de troubles envahissants du développement.

Conclusions.

En dépit de ses limites, nous pensons que cette recherche éclaire une nouvelle fois l'importance qu'il y a à pouvoir mettre en évidence, dans la consultation pédo-psychiatrique, des "clusters" caractéristiques permettant de développer des traitements préventifs de l'enfant et de l'adolescent.

SYMPOSIUM 3

L'AVUACIÓ DE L'EFICIÈNCIA A MIG I LLARG TERMINI DE LA PREVENCIÓ DEL MALTRACTAMENT INFANTIL
LA EVALUACION DE LA EFICIENCIA A MEDIO Y LARGO PLAZO DE LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL
L'ÉVALUATION DE L'EFFICIENCE À MOYEN ET LONG TERME DE LA PRÉVENTION DES MAUVAIS TRAITEMENTS
THE ASSESSMENT OF LONG AND MEDIUM-TERM EFFICACY OF CHILD ABUSE PREVENTION PROGRAMMES

OCT 20

10.45/12.15

LLEIDA

TS

COORD.
PART.

Jesús PALACIOS
M^a Angeles CEREZO
& Laura DOLZ
& M^a José CANTERO
Anne COHN DONNELLY
Fatos ERKMAN

Spain
Spain
Spain
Spain
U.S.A.
Turkey

Jesús PALACIOS

Catedrático de Psicología Evolutiva de la Universidad de Sevilla.

M^a Angeles CEREZO

Dra en Psicología. Profesora Titular de Psicología Básica en la Universidad de Valencia, Unidad de Investigación "Agresión y Familia".

Anne COHN DONNELLY

Executive Director, NCPA Chicago.

Fatos ERKMAN

Associate Professor Department of Educational Sciences, Faculty of Education Bogaziçi University, Istanbul.

M^a Angeles CEREZO, Laura DOLZ & M^a José CANTERO

PREVENCIÓN PRIMARIA DE MALTRATO DE INFANTES IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA PREVENTIVA SOBRE EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS

El trabajo realizado algunos de cuyos resultados se avanzan en este VI Congreso Europeo de Infancia Maltratada puede resumirse en sus líneas principales en los siguientes aspectos: por una parte las coordenadas teóricas, por otra el método y diseño seguidos y por último, algunos de sus resultados.

Introducción

La prevención primaria, que tiene por objetivo reducir en una población dada la incidencia de un problema (Mann, 1978), utiliza como una de sus estrategias, la aplicación de medidas específicas a sectores de la población que son más vulnerables al problema que se pretende prevenir (Bloom, 1968). Precisamente, el primer año de vida del bebé está considerado como el de mayor riesgo de muerte por abuso o negligencia (ver p.e. Browne y Lynch, 1995). Por otro lado, ser padres supone para algunos autores una situación clasificable como evento transicional estresante de suficiente entidad como para requerir apoyo psicológico (Auerbach, 1986; Felner, Rowlinson y Terre, 1986). Así pues, los dos primeros años de vida del niño se convierten en un periodo muy relevante para la prevención del maltrato infantil.

El programa denominado "Apoyo psicológico materno-infantil" (Cerezo, 1989) tiene por objetivo la promoción en los padres de adecuadas habilidades de crianza y sensibilidad a las necesidades y características de sus niños, con especial énfasis en la figura primaria, generalmente la madre. Se trata de un conjunto de actuaciones que se centran en mejorar la competencia parental en el contexto de la relación padres-niño en el periodo de 0 a 18 meses. La lógica de base que guía el programa sostiene que la promoción de una relación más sensible y sintonizada con el niño, disminuye la probabilidad de relaciones disfuncionales y de conductas parentales abusivas o negligentes.

La evaluación de un programa de prevención entraña importantes dificultades a la hora de traducir los objetivos del programa, que implican una educación de padres adaptada a cada caso, a términos y cuestiones de investigación (Medway, 1989; Owen y Mulvihill, 1994). No obstante, cuando el programa comienza, se produce, una oportunidad única de diseñar un estudio que cumpla los requisitos metodológicos a la hora de lograr grupos de comparación o control, ya que existe un calendario preestablecido de visitas que operacionaliza la participación. El presente estudio forma parte de una investigación más amplia sobre el impacto del programa (Cerezo, Cantero y Alhambra, en prensa; Dolz, Pons-Salvador, Ortega, 1996; Dolz, Pons-Salvador, Cerezo, 1996) y tiene por objetivo someter a contrastación este impacto en una de las facetas del mismo: el efecto de las instrucciones a las madres y/o padres acerca de las tareas evolutivas de los niños y el asesoramiento específico en áreas concretas sobre el desarrollo evolutivo de sus niños. Las mejoras en el desarrollo evolutivo constituyen un indicador indirecto de la mayor implicación que se logra en las madres y/o padres en el desarrollo de sus bebés.

De acuerdo con la revisión de la literatura y las consideraciones anteriores se diseñó un estudio en el que se hipotetizó, con carácter exploratorio, que a mayor nivel de participación de las diadas, mayor probabilidad para los niños de presentar un cociente de desarrollo, global y de áreas específicas, significativamente superior al de los niños que no participaban.

Método.

Participantes:

240 diadas participaron en este estudio. La mitad de los niños, formaron los diferentes grupos experimentales, distribuidos en 6 grupos, según el grado de participación en el programa: 1, 2, 3, 4, 5 o 6 de las sesiones. Para cada uno de estos grupos se estableció su correspondiente grupo de comparación a partir de los otros 120 niños. Cada grupo contó con 20 sujetos, de los cuales 10 eran niños y 10 eran niñas.

La media de la edad de las madres fue de 28.88 (SD = 4,66). Un alto porcentaje de madres, el 87.91%, contaba con estudios primarios o EGB; el 8.75% había concluido el Bachiller o FP-II; el 2.08% tenía una diplomatura y el resto, 1.25%, poseía titulación universitaria. Respecto a la ocupación de las madres, una gran mayoría, el 88%, eran amas de casa y sólo el 22% restante desempeñaba un trabajo fuera de casa.

Instrumento:

El nivel de desarrollo de los sujetos se evaluó mediante las pruebas diagnósticas de desarrollo originarias de Gesell y Amatruda revisadas y actualizadas por Knobloch y Pasamanick (1977). Las pruebas de desarrollo permiten evaluar cinco áreas representativas: conducta adaptativa, conducta motriz, gruesa y fina, lenguaje y conducta personal-social. De esta evaluación se obtiene un cociente de desarrollo global y los correspondientes cocientes de desarrollo de las distintas áreas.

En nuestro estudio hemos considerado sólo las áreas adaptativa, motriz fina y motriz gruesa dado que su medición se realiza objetivamente en la situación de examen, no siendo así en las áreas de lenguaje y personal-social, en las que para la valoración, es necesaria la información aportada por la madre. Por la imposibilidad de obviar la subjetividad de las madres en sus respuestas, en el estudio se utilizaron aquellas conductas observables por el examinador.

Procedimiento:

Las madres acudían al programa el día convenido con sus bebés, se procedía de acuerdo con las instrucciones del examen y cuando concluía, se valoraba y se comentaban los resultados con la madre. Las examinadoras desconocían, en el momento del examen, si el niño pertenecía a grupo experimental o de comparación.

Los comentarios estaban dirigidos a informar a la madre de los avances y necesidades de su bebé, además de valorar los conocimientos y expectativas de ésta sobre los cuidados y capacidades de sus hijos. De este modo, se trabajaba en el incremento de la sensibilidad materna ante los comportamientos de los niños. Además, se realizaron sugerencias específicas que consistían en "tareas" en las cuales la madre interactuaba con el niño, cara a cara, afianzando así la sincronía de la diada y el vínculo afectivo existente entre ambos. En estas tareas se acentuaba el interés de poner cosas en la mano del bebé, cuando aun no las alcanza o posteriormente dárselas, observarlo en estas actividades mientras el niño estaba en el regazo de la madre, vocalizar con el bebé, etc. El contenido de las tareas estaba más centrado en el área de motricidad fina porque se trata de una área que permite una interacción cara a cara más próxima.

Diseño:

Selección, aleatorización y formación de los grupos. Las seis sesiones para cada participante se programaron de acuerdo con la edad del bebé (3, 5, 7, 12, 15 y 18 meses). Para todos los casos las citas se establecieron individualmente.

El procedimiento para la selección, aleatorización y formación de los grupos independientes fue el siguiente: en primer lugar, del conjunto de niños que había acudido por primera vez al programa con 3 meses, por tanto a la primera sesión, se escogieron al azar 40 sujetos que fueron asignados aleatoriamente a los grupos experimental o control del nivel 1 (GE1 y GC1). Posteriormente, del total de niños que habían acudido a la sesión primera y también a la segunda se seleccionaron aleatoriamente 20 sujetos que formaron el grupo experimental del nivel 2 (GE2). El grupo control de este nivel 2, correspondiente a los 5 meses de edad se formó con 20 niños escogidos al azar de aquellos que se incorporaron al programa por primera vez en la segunda sesión (GC2). Y así se procedió con el resto de los grupos.

La continuidad en el programa, se estudió como un factor motivacional que pudiera interferir en el estudio. Esta se valoró dentro de cada grupo en términos del número de visitas a las que la diada había acudido posteriormente. La continuidad se dicotomizó en alta y baja. Las pruebas realizadas confirmaron que la proporción de niños con mayor o menor continuidad era semejante en los GE y en los GC.

Análisis.

Se llevó a cabo Análisis de la Varianza para estudiar las diferencias entre los grupos control y experimental en el cociente de desarrollo (CD) global de los niños. Se esperaba ausencia de diferencias significativas entre los sujetos control y los participantes en el programa en los niveles 1 y 2 y una mayor probabilidad de diferencias significativas en los niveles crecientes (del 3 al 6) a favor del grupo experimental. Posteriormente, se realizó un Análisis de la Varianza Multivariado para estudiar las diferencias por áreas: motricidad fina, motricidad gruesa y conducta adaptativa. Las hipótesis predecían mayor cociente de desarrollo a mayor nivel de participación en el programa en las tres áreas específicas.

Resultados.

Cociente de Desarrollo global:

Las diferencias significativas entre el GE y el GC de cada nivel para la variable estudiada: CD global, se produjeron a partir del nivel 4, es decir, a los 12 meses, a los 15 meses y a los 18 meses, obteniendo los GE puntuaciones significativamente superiores. Por otra parte, y según lo esperado, los grupos experimental y de comparación fueron similares en el nivel 1, nivel 2 y nivel 3.

Cocientes de Desarrollo por áreas:

El CD de la conducta adaptativa, mostró consistentemente valores superiores en los grupos experimentales a partir del nivel 3 de participación hasta el 6 inclusive. Los valores del test F fueron crecientes, aunque no significativos, hasta el nivel de participación 6, a los dieciocho meses, en el que las diferencias fueron significativas.

En lo referente a la conducta motriz fina los CD de los grupos experimentales mostraron consistentemente valores significativamente superiores a sus correspondientes grupos de comparación, desde el nivel 3 en adelante.

Los análisis sobre los CD de la conducta motriz gruesa, indicaron que las diferencias estadísticamente fiables se hallaron en el nivel 5 de participación cuando los niños tienen unos quince meses y prima en su desarrollo su nueva autonomía para desplazarse caminando.

Discusión y Conclusiones:

Los resultados en general, tienden a apoyar la predicción inicial de nuestro trabajo, en el sentido de que una mayor participación en el programa "Apoyo psicológico materno-infantil" se refleja en ganancias significativas en la valoración de desarrollo global, operacionalizado mediante el CD, tras la tercera visita. Este resultado proporciona un apoyo indirecto de la mayor implicación que el programa logra en las madres como co-protagonistas del desarrollo de sus bebés, ya que éstas son asesoradas para que actúen en casa entre visita y visita. En este sentido, los resultados replican los obtenidos en

muestras anteriores, de la fase piloto del programa, con comparaciones más globales tipo "pre-post". (Cerezo et al., en prensa).

La mejora de la competencia materna se muestra como una estrategia útil para la prevención de actuaciones abusivas y prácticas de riesgo con los bebés, en tanto que se trata de una población altamente vulnerable a este tipo de relaciones disfuncionales. La validación de un programa preventivo fundamentado en un enfoque positivo de promoción de prácticas parentales competentes, como "Apoyo psicológico materno-infantil" supone un largo proceso que conlleva el estudio de su impacto en distintas facetas. Este estudio representa una aportación en ese proceso de validación del programa.

Referencias

- S. Auerbach, S. (1986). Assumptions of crisis theory and a temporal model of crisis. En S. Auerbach y A. Stolberg (Eds.). Crisis intervention with children and families. New York: Harper and Row.
- Bloom, B. (1968). The evaluation of primary prevention programs. En L.M. Roberts, N.S. Greenfield y M.H. Miller (Eds.) Comprehensive Mental Health: The Challenge of Evaluation, Madison: University of Wisconsin Press.
- Browne, K. D. y Lynch, M. (1995) The nature and extent of child homicide and fatal abuse, Child Abuse Review, 4, 309-316.
- Cerezo, M.A. (1989). El programa de Apoyo psicológico materno-infantil. Proyecto. Documento no publicado. Universidad de Valencia.
- Cerezo, M.A. Cantero, M.J. y Alhambra, M.S (en prensa). El incremento de la competencia materna en la prevención del maltrato infantil: resultados preliminares en riesgo de abuso y desarrollo infantil. Infancia y Aprendizaje.
- Dolz, L., Pons-Salvador, G. y Ortega, L. (Diciembre, 1996). Relación entre el Potencial de Abuso Infantil y la percepción de competencia parental en población no clínica. Comunicación presentada al II Symposium Internacional de Stress y Violencia en la Infancia y Juventud, Barcelona, España.
- Dolz, L., Pons-Salvador, G. y Cerezo, M.A. (Diciembre, 1996). Evolución del riesgo de conflicto en las relaciones madre-hijo en la primera infancia. Comunicación presentada al II Symposium Internacional de Stress y Violencia en la Infancia y Juventud, Barcelona, España.
- Felner, R.D., Rowlinson, R.T. y Terre, L. (1986). Unraveling the gordian knot in life change inquiry: a critical examination of crises, stress, and transitional frameworks for prevention. En S. Auerbach y A. Stolberg (Eds.). Crisis intervention with children and families. New York: Harper and Row.
- Gessell, A. y Amatruda, C. (1981). Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Paidós (Versión original: Knobloch y Pasamanick, 1977: Harper & Row)
- Mann, P.M. (1978). Community Psychology, New York: Free Press
- Medway, F.J. (1989). Measuring the effectiveness of Parent Education. En M.J. Fine (Ed): The Second Handbook on Parent Education. Contemporary Perspectives (pp. 237-255). New York: Academic Press.
- Owen M.T. y Mulvihill, B.A. (1994) Benefits of a Parent educationa and support program in the first three years. Family Relations, 43, 206-212.

Anne COHN DONNELLY

EARLY INTERVENTION EFFORTS TO PREVENT PHYSICAL ABUSE AND NEGLECT

There can be little doubt among our colleagues in any country that for both humane and economic reasons, it makes sense to focus a significant portion of our energy on preventing child abuse in all its forms before it occurs. While this has generally not been the case in the child maltreatment field, example research evidence exists today which should guide us to increased emphasis on prevention. It is well documented that victims of abuse can be severely injured, often for life. In addition to any physical injuries, the deeper and more lasting pains for the victims of abuse are most often developmental and emotional.

Children who experience physical abuse and neglect in the earliest years of their lives tend to carry the scars of that abuse with them throughout their lives. A greater focus on preventing abuse should help to guarantee that it does not hurt to be a child--surely a laudable objective in any society.

It is also well documented that the costs to any society to respond to the needs of victims as well as their behaviours is substantial. From providing special medical care, foster care, assistance in school to mental health, juvenile justice and other social services, any society whether or not it has actively identified the child abuse problem, spends a great deal responding to the aftermath of abuse. A greater focus on preventing abuse should also help to save valuable and often scarce resources. An objective any society should be unable to resist.

If the arguments for prevention are clear and well accepted, then it is appropriate to ask can we prevent abuse and if so how? What has research taught us about the efficacy of variable prevention efforts and where might we begin to see the most significant payoffs? And, what does it take beyond research findings to convince our colleagues and those who set social and public policy of the wisdom of shifting our focus to preventive interventions.

Then Addressing these questions while considering all forms of child maltreatment is quite a broad task, broader than the scope of one paper.

This paper then will address the prevention of physical abuse and neglect among younger children and what we know about early intervention strategies.

Since the first prevention studies were published in the mid 1970's (Kempe et al), researchers have gradually gained interest in studying the relative effectiveness of different strategies to prevent abuse and neglect. In the United States in particular, by the early 1980's research funds became available to test and evaluate various prevention interventions. Of the many studies done since that time, almost two dozen concerned with child abuse, have been designed using scientific designs in some way controlling for the intervention under study. The intervention most often has been a singular or complex set of supports for new parents and/or for parents with very young children, including perinatal bonding support, parenting education, home visitation and a wide range of social and economic supports. Most of these studies used some variation of a pure randomized control design and most were prospective. Of the studies included longer term followup; most, primarily for cost reasons, looked at the medium term efficacy of the intervention studied.

While the focus of each has been on the prevention of physical abuse and neglect, a variety of measures beyond reports of maltreatment to protective service agencies were used to assess effectiveness. Certain proxy measure for the presence of child maltreatment such as visits to emergency rooms were employed, as were a number of now relatively standardized tests including the Child Abuse Potential Inventory, the Home Observation of the Environment Inventory and various parent-child interaction scales.

Some of these studies have been well cited in the literature (Olds is the most notable) and others have been largely overlooked. Yet, taken together, these studies for quite a substantial base of knowledge (as best summarized by Guterman)--a knowledge base which we cannot afford to ignore. The Critical Elements of Prevention Interventions.

This review of significant prevention studies and thus the extant scientific prevention literature from the past decade and one half, supports the notion that there are certain critical elements of prevention interventions which enhance the likelihood that they will be successful. While the focus of interest during the past 15 years or so has been to identify program models which seem to work the best, it is clear from the literature that rather than a program model there are certain generic approaches to prevention which, when taken together, can achieve significant results. These elements include:

- universal outreach (e.g. to all new parents; often now referred to as going to scale)
- starting at birth or earlier (ideally with the first child)
- beginning in the home
- offering comprehensive support tailored to the needs of the particular family (eg: parenting education and formal and informal social support, health education and drug or alcohol counseling, child care and housing assistance)
- providing intensive support (at least once a week)
- providing long term support (6 months to several years)

Further, research shows that strong case management, often defined as intensive supervision and consultation for the family support worker, is essential. So, too, is the degree to which the intervention being offered is integrated into the community and connected with other community organizations (schools, hospitals, day care centers) which touch the families being served.

When these critical elements are met, studies have documented "success rates" (eg. no abuse or significant reduction in risk factors associated with abuse) which can be translated into numbers as high as a 75% reduction on the amount of abuse.

Of course these studies, like all, are not without their shortcomings, which will be discussed. Remaining Questions.

While our knowledge is certainly far greater today than just 15 years ago, there is much which remains open to question and should be the subject of careful study in the next decade or so. Some of the more pressing questions include:

- Is it possible to begin to specify combinations of interventions which are most effective for different population groups or must all modalities be tailored to individual families?
- Does it matter who the service provider is (recent research, for example, suggests the benefits of nurses as visitors)?
- While beginning early intervention at birth or earlier appears to be desirable, are there other critical moments in the development of a child which puts families at greater risk for abuse and thus greater need for prevention intervention?
- In addition to engaging the parents and child, who else in a family's sphere should be engaged to increase the efficacy of intervention?

As researchers proceed to address these and related questions, policy analysts need to help us understand what it would take for societies to provide prevention interventions on a universal basis. As Scandinavian countries and Great Britain have historically demonstrated concern for their newest members by mandating regular visits by public health nurses, can these countries and others now recommit to those new babies and their families by offering comprehensive, in home support to all new parents who need it thereby helping to guarantee that young children are both inoculated against

commonly recognized childhood ailments such as rubella but also the less commonly noted but equally lethal ailments of physical abuse and neglect.

Conclusions.

Common sense may have told us for some time that stopping abuse before it happens was the right thing to do. After concerted effort on the parts of many program designers and evaluators we now have relatively substantial and compelling evidence not only that prevention is possible but also how to do it. Acting upon that knowledge will require some basic shifts in values and thinking about how we best support families.

Fatos ERKMAN

THE ASSESSMENT OF LONG AND MEDIUM-TERM EFFICACY OF CHILD ABUSE PREVENTION PROGRAMMES

Prevention has been used with the addition of one more word and has come to attain differing meaning; such as tertiary prevention aim of which is lowering the rate of the chosen problem state, secondary prevention meaning to identify early the problem and intervening before it grows while primary prevention means reduction of the rate of new such cases (Caplan, 1964 in Rappaport 1977).

For the purposes of the present paper, primary prevention will be mean wherever the word prevention is utilised.

Such prevention programs are the most difficult to materialise let alone assessing the efficacy since finding funding and other resources for attempting to eradicate a problem that is not yet there is, difficult. It is also extremely difficult to lure those who are not feeling the 'pain' to cooperate in programs to avoid a not yet imminent problem for them.

In the World Perspectives on Child Abuse; the Second International Resource Book (1996) it is very well put that general public has a difficult time really understanding the "complex causal patterns of maltreatment nor understand how they might be actively engaged in prevention efforts". It also rightly stated that if the public attention is wished to be engaged we need to provide concrete evidence that show extensive impact and wide scope.

Thus studies showing the existing relations between levels of maltreatment and such facts as lower academic success, higher depression, lower self concept and the like that exists in a great number of children and youth and not only in extreme cases that people can distance themselves from, can raise public awareness and active involvement.

Some such studies carried out in Turkey will be shortly covered in this paper.

Also a unique program with evaluation results of short and long term efficacy will be shortly presented.

This mother-child education program (Bekman 1996) is one definitely fulfilling the proposal in the World Perspectives on Child Abuse (1996) about having data that is based on "formal, highly specified program evaluations" to make believers out of the general public as well as the government and private formal sectors.

The core of the Mother-Child Education Program is the "Turkish Early Enrichment Project" that took place during 1982-86 by Kagitçibasi, D. Sunar, & S. Bekman (Bekman & Kagitçibasi, 1994). The mother training covered two major areas; fostering social and personality development of the child and secondly the enhancement of cognitive development of the child. The first aims was realised by group discussions and home visits where topics, that were chosen such that they would make the mothers (mothers of 3-5 year old children) sensitised to the social and emotional needs of the child and thus help her/his personality growth and development; were used. And again by using the same method, the latter aim, the cognitive element of the program was implemented. The content was the Turkish translation and adaptation of HIPPI (Home Intervention Program for Preschool Youngstering, Lombard, 1981; in Bekman & Kagitçibasi, 1994).

This project is a good, successful example of a primary prevention program using multiple purposes thus basing itself on at least to some extent, an ecological model.

The importance of multifaceted prevention programs in terms of having promise for success is also well articulated by Olds & Henderson (1989).

This project did a neat job of assessing its short term and long term effects with regard to both aims.

The short-term effects in terms of the cognitive development of children was striking in that the children of trained mothers had significantly higher IQ scores and school grades on standardised achievement tests compared to the children of non trained mothers.

If this is impressive the effects on trained mothers were even more so. Trained mothers in relation to their children were less punishing, more responsive with greater interaction, valuing the child's independent behavior and were cognitively more stimulating.

Also the trained mothers had a change in relation to their spouses, sharing more of decision making, role-sharing, such as husbands helping around the house and communicating more; compared to the non-trained mothers. The long-term effects, which are the ones generally showing little or no success in intervention studies. Yet in this very mother training intervention project showed sustenance of effects in follow up assessments six years after the ending of the project. An important finding which

was also highly significant was that while 67% of the children were still in school in the non-trained mothers 86% were still in school.

These children showing higher competence in vocabulary, school performance and positive attitude, towards school as well as having more positive self concept. These subjects now grown into adolescents remembered their mothers in more positive ways such as being less physically positive, more warm, appreciative and more communicative. These adolescents themselves were more autonomous and made their own decisions.

In terms long term effects on mothers, it was reported that trained mothers state having better relations with their children such that they understood the children, talked over problems, and not using physical punishment as much, and having higher expectations academically. The trained mothers enjoyed a higher status in the home, having more power in decision making, reading more newspaper, utilising birth control and available services more.

This project spurred so much hope and energy that avenues for wide scale application was searched and created.

After the establishment of the Mother Child Education Foundation, in 1993, the wide-scale application dream came to be reality. With the cooperation of a University, Ministry of Education, UNICEF and the Foundation, the Mother-Child Education Program is now being applied in 22 cities and 35 centers.

Evaluation research has been part and parcel of this program which makes it all the more valuable (Bekman, 1996).

This program now in effect for the last five years is made up of three elements; making the mother sensitive to the social and personality development of the child (Mother Enrichment Program) fostering the cognitive development of the child and family planning and health. The Mother Training Programs' target group is the mothers of children in the year just before formal schooling starts and the program duration is 25 weeks.

Shortly, each week topics on child's health, nutrition, creative play and mother-child interaction are covered. After discussion of the weekly topic, a chosen topic in family planning and health is discussed while the second part of the group meeting is when the mothers learn the exercises covered in the Cognition Development Program that they will later teach their children in the home setting. This program covers predominantly preliteracy, pnumeracy and problem solving skills.

As Bekman (1996) stated; one of the aims of the evaluation research was assessment of impact of the program. To serve this aim a pre-post control group design was used. Data is reported to have been collected from four provinces, from sixteen program sites, covering 102 experimental and 115 control mother-child pairs.

The experimental children were found to differ significantly and positively in preliteracy and pnumeracy skills and also readiness for school thus showing that the program is able to minimise the negative effects of non stimulating environments; giving a chance for a fair start at school. The impact on mother-child interaction was assessed by asking the mothers about the practices of child rearing they had before and after the program.

The trained mothers showed a significant decrease in negative discipline ways such as shouting, beating and non attending to the child while an increase was found in explaining of errors to the child, setting rules, tolerance, answering the child's questions, keeping promises and allowing the child to play freely. Obviously all these lead to healthier growth and development of children.

The trained mothers' self reports were such that they perceived "themselves" as better mothers, wives and individuals compared to others they know, with significantly higher self esteem scores.

This program which is not particularly designed for child abuse prevention, real prevention programs for every problem including child abuse and neglect are those aiming at better parenting for all.

As stated by Seppa (1997) "it cost us less to institute preventive measures than it does to later incarcerate those children whom we have failed to serve."

Seppa (1997) puts it very well when he writes that education for parents should be for all of them, if not, it will just be for the disadvantaged, and it will be "pigeonholing" the parenting movement.

References.

- Bekman, S. (1996). Evaluation Research of the Mother-Child Education Program. Unpublished Report to the Funding Organization: Bernard Van Leer Foundation.
- Bekman, S. & Kagitçibasi, Ç. (1994). Intervention Research and Human Development Assessment ; Outcome Variables, In S. Bekman, Ç. Kagitçibasi & B. Öney (Ed.), Advanced Research Training Seminar Report. Bogaziçi University, Istanbul, Turkey.
- Rappaport, J. (1977) Community Psychology; Values, Research and Actim. New York: Holt Rinehart & Winston.
- Seppa, N. (1997) Parenting Programs More Popular Than Ever. APA Monitor, 28 (6), 20.

SYMPOSIUM 4

LA QUALITAT DE VIDA INFANTIL I LES NECESSITATS DELS NENS EN ELS PROGRAMES DE PREVENCIÓ DEL MALTRACTAMENT

LA CALIDAD DE VIDA INFANTIL Y LAS NECESIDADES DEL NIÑO EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO

LA QUALITÉ DE VIE ET LES BESOINS DE L'ENFANT DANS LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DES MAUVAIS TRAITEMENTS

CHIDREN'S QUALITY OF LIFE AND THE NEEDS OF THE CHILD, IN CHILD-ABUSE PREVENTION PROGRAMMES

OCT 20	12.30/14.00	GIRONA	TS
COORD. PART.	Ferran CASAS Fatos ERKMAN Gonzalo MUSITU		Spain Turkey Spain

Ferran CASAS

Catedrático de Psicología Social y Director del Instituto de Investigaciones sobre Calidad de Vida, Universitat de Girona. Miembro del Comité Ejecutivo de EUSARF.

Fatos ERKMAN

Associate Professor Department of Educational Sciences, Faculty of Education Bogaziçi University, Istanbul.

Gonzalo MUSITU

Facultad de Psicología, Universidad de Valencia. Departamento de Psicología Social.

Fatos ERKMAN

A FRAME FOR PRIMARY PREVENTION AND AN ATTEMPT FOR AN INTERVENTION PROGRAM IN PROCESS

In approaching the issue of child abuse, and thus children's quality of life and prevention of abuse the ecological model needs to be the emphasised one. The ecological model takes into consideration the complex interrelations between the growing human organism and the changing environments through out the life span. Micro system, ecosystem and the macrosystem are the fundamental concepts underlying the ecological orientation. Among these, micro system is the dynamic interaction between the developing person, that is the child, and the immediate setting in which s/he is engaged in particular roles for a particular period of time, such as home, school etc. (Bronfenbrenner, 1977).

Bower (1972) has another way of conceptualising the multifactor, complex make up of the child's development thus the requirements of quality the child and of life. Eli Bower very articulately talks about different sets of institutions in which socialisation and the humanisation process takes place and other sets of institutions that come into the picture if the socialisation process by these is not effective and/or fails.

What Bower calls the Key Integrative social Systems (KISS) in which every in the society participates in are the family, health enhancing, religious and recreation agencies, school, peer groups and also economic and governmental agencies.

As the human starts to grow the health enhancing agencies are at work. By provision of the right kind of services to be born baby is given the quality that builds the basis to built on. If the infant is born with no birth injury for example, s/he starting life with a higher quality of life that will help her/him in the family life, among peers and later in school. If the requirements are not totally met in one KISS institution, sometimes there is a chance of compensation by another.

The two basic systems of socialisation and the process of humanisation are the family and the school. The basic requirements for a basic quality of life for children, it can be said, in terms of these systems are actually quite well itemised in the convention on the rights of the child.

For example item 18, puts forth that the family, and when and if necessary with government provision, provides for the growth and development of the child in the best possible ways. Item 24 is about guaranteeing the health of the baby and child starting from the fetal stage. In terms of the school system items 28 and 29 make statements about not only right to education but also right for high quality education such as the statements about enhancement of the child's personality; intellectual, physical personal-social potentials.

If these requirements and criteria for quality are not met, then what Bower (1971) calls Ailing in Difficulty (AID) institutions such as hospitals, courts, children's homes, special schools, come into the picture. When the AID institutions are not successful in restoring the physical, psychological or social problem then systems such as prisons, mental hospitals, that is twenty four hour facilities. That are called, Illness-Correctional Endeavors -ICE- Institutions take over.

In terms of primary prevention the focus needs to be on the KISS institutions.

Naturally a lot of such programs are geared towards the family in early stages of being a family unit. More precisely during pregnancy, during early and late infancy (Olds & Hendersen Jr. 1989). Since the causality of maltreatment is multiple the preventive intervention need to be multifaceted as suggested by the ecological perspective, to be successful.

The complex make-up of the necessary elements of quality of life necessitates the close working relationship of different professionals such as medical personnel and psychologists and/or educators.

The present author and a colleague in the field, S. Özen, did a pilot work for an intervention program directed to new born babies and their mothers.

This pilot work was planned with the cooperation of an academican in a University; the present another, a counselor in the field, fifteen students for a course was designed, and a major hospital pediatry clinic and the birth unit.

The project was designed for one semester. Fifteen undergraduate psychological counseling students were chosen for the course.

Two paediatricians are genetics specialist, one specialist; psychological counselor one faculty member gave didactic information to the students. Then the specialist and the faculty member provided theoretical information along with supervision on a weekly basis.

The program was designed for mothers with new born babies during a two week period and they were followed for three months. The mothers were contacted in the hospital after they gave birth and the project were explained to them. Eighteen mothers were followed with home visits every two weeks, often phone calls and monthly group meeting in the hospital.

The mothers were provided written materials about the health and care of the baby as well as verbally explanation, support and consultation, by the students. The written materials were prepared by the specialist in consultation with the other professionals.

The groups held at the hospital pediatry clinic for the mothers were attended by a paediatrician, the specialist counselor the academican and the students. The mothers were introduced to the "healthy baby clinic" and appointments were made for those who agreed to it.

Based on this pilot intervention, work proceeded in two directions. As discussed by Browne (1990) in their work, a screening device is in the process of being developed that can be used for all mothers who have a newborn.

It is believed that if the initial environment is constructive the human being starts life with an advantage.

Parents must create a protective and nurturing environment for healthy growth and development of their infants. If this environment doesn't met a minimal requirement for the child's normal, healthy development, the child is placed at risk of a variety of care taking problems that contribute in possible physical, cognitive and/or emotional problems in the future (Rickett & Allen, 1987). In the present study the characteristic aspects that help make the mother a better caretaker were investigated and so that a device could be developed to screen mothers as early as the first months of infancy who presented risk of failing in their caregiving. It is hoped that by identifying the high risk mothers, intervention programs can be implemented and thus prevention of development of individuals with physical, cognitive and psychological problems are more easily attained.

When research is reviewed it is seen that the factors that can lead to mothers being poor caretakers range from parental characteristics (Lahey, Conger, Atkinson, & Treiber, 1984; Egeland, Breitenbucher & Rosenberg, 1980) to the presence of immediate social support and poor economic conditions (Belsky, 1981). It can be said that as the number of adverse factors increase the likelihood of provision of adequate mothering can decrease.

Some of the research on the personality traits of abusive parents indicate that they are lower of intelligence and are more aggressive, impulsive, self-centered, depressed, and emotionally distressed than non abusing parents (Lahey, Conger, Atkinson, & Treiber, 1984). Egeland, Breitenbucher and Rosenberg (1980) also found that their group of maltreating parents displayed higher levels of anxiety and defensiveness and were lower in nurturance than controls. Personal background information on abusive parents of ten indicates that they were abused or neglected children themselves and as a result have less understanding and awareness of the difficulties and demands of parenthood. Moreover, they tend to be more critical of their own child-rearing practices and abilities (Rosenberg & Reppucci, 1983). It is notable that Ruth et. al. (1987), indicated that maltreating mothers differed from others not only in the relatively gross and diverse caretaking failures that result in findings of abuse or neglect such as, tying a child to the bed, failure to obtain medical care, or to provide adequate physical hygiene, adequate supervision, or protection against accidents but also they are inadequate in some aspects of interaction with their infants at home. However, mother-child interaction may be equally or more important in shaping the development of the infant than the failures of protective services of the mother. Besides, adults who are psychologically healthy and mature are more likely to provide the very kind of care that promotes healthy physical, cognitive and psychological development in their offspring (Cox et al., 1989). Social support also have a considerable positive effect on the mother because, it acts on different dimensions such as providing emotional support, instrumental assistance and social expectations of the mother on parenting (Belsky, 1981).

When the emotional support is considered, marital relationship serves as the principal support system both for the mother and father (Belsky, 1981). Cox et al. (1989) indicated that high quality of

marriage influences sensitivity and warmth toward to baby which takes on particular importance when one considers the integral role of maternal sensitivity and warmth during the first year in predicting the security of the infant-mother attachment. When a mother's own needs are not met with sensitivity and understanding there also may be a greater projecting of in appropriate need states onto the infant. Thereby decreasing the mother's ability to perceive the infant's needs and respond appropriately.

Moreover, social isolation has been identified as a risk condition and associated with dysfunctional parenting. Availability of significant others and the support received from them provides a beneficial impact on parent-child relations (McLanahan et al., 1981).

In this critical period, child rearing practices, especially feeding play an important role in the development of the infant. Feeding is important because it is a social and developmental as well as a nutritional process. Also interaction during breast feeding or bottle-feeding effects both the quality of feeding and the developmental needs of the child (Myers, 1992).

Besides all of these as Gusow (1970 cited in Rickel, Allen, 1987) stated the women's general condition such as the higher educational level, good nutritional status, the age of the mother being between under 18 and above 35 and socioeconomic characteristics like literacy, proper housing, access to health and other services are very important indicators for the healthy development of the infant. If these conditions are at an unsatisfactorily low level for the mother, the infant may be at risk as well.

As can be seen from these studies, there are many factors that negatively affect the healthy development of the infant and also healthy development of the mother infant relationship. Moreover these negative factors can be correlated with child maltreatment (Dubowitz and Newberger 1989). In order to lessen these negative factors which can be called risk factors, preventive interventions should be done. But before this can be done mothers who should be worked with have to be identified.

Thus a graduate student under the supervision of the present author has devised a scale which is ready for reliability study. The other direction of work, is under the supervision of the specialist, S. Özen and is directed at parents of 0-3 children and the children themselves. Under her supervision a team of four young professionals in counseling psychology, including graduate students are given a room in the "healthy baby clinic" of the hospital where they see the families that are referred to them by the cooperating paediatricians. As discussed in World Perspectives on Child Abuse (1996) to work on child abuse, treatment or prevention necessitates inter-disciplinary collaboration. The paediatricians have been sensitised to the risk factors about poor parenting and thus they refer the families they see to be risky to the counselors.

Assessment and necessary counseling is offered and since these efforts are supported by the paediatricians in the clinic the families are more motivated to follow through.

This project with its difficulties and successes will be expanded on and more detail on the screening device in terms of its coverage areas will be provided during the symposia.

References.

- Belsky, J. (1981) Early human experience a family perspective. *Developmental Psychology*, 17, 3-23.
- Bower, E. (1972). Education as a humanising process and its relationship to other humanising processes. In S.E. Golann, C. Eisdorfer (Eds.), *Handbook of Community Mental Health* (pp.37-49) New Jersey: Prentice Hall.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologists*, 32, 513-531.
- Browne, K. (1991). Çocuk İstismarını Önceden Kestirme (Predicting Child Abuse). In E. Konanç, I. Gürkaynak & A. Egemen (Eds.), *Çocuk İstismarı ve İhmalı*. (pp. 295-306). Ankara: Gözde Reprö Ofset.
- Cox, M., Owen, M. T. Lewis, M.J. & Handerson, V. K. (1989). Marriage adult adjustment and early parenting. *Child Development*, 60, 1015-1024.
- Dubovitz, H., & Newberger, E. (1991). Pediatrics and child abuse. In D. Cicchetti & V. Carlson (3rd ed.) *Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Egeland, B. Breitenbucher, M., & Rosenberg D. (1980). Prospective study of the significance of life stress in the etiology of child abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 195-205.
- Lahey, B.B., Cogner, R.D., Atkinson, B.M. & Treiber, F.A. (1984). Parenting behavior and emotional status of physically abusive mothers. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 52, 1062-1071.
- McLanahan, S. Wedemeyer, N. & Adleberg, T. (1981). Network structure, social support, and psychological well-being in the single-parent family. *Journal of Marriage and Family*, 43, 601-612.
- Myers, R. (1992). *The Twelve Who Survive*. London: Routledge Publications.
- Olds, D.L. Henderson, Jr., C. R. (1991). The prevention of maltreatment. In D. Cicchetti & C. Carlson (3rd ed.), *Child Maltreatment* (pp. 722-763). New York: Cambridge University Press.
- Rickel, A. U. & Allen, L. (1987). *Preventing Maladjustment From Infancy Through Adolescence*. London: Sage Publications.
- Rosenberg, M. Repucci, N. (1983) Abusive mothers' perceptions of their own and their child's behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (5), 674-682.
- Ruth, K.L., Connell, D.B., Zoll, D. & Stahl, J. (1987). Infants at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior, and infant attachment behavior. *Developmental Psychology*, 23, 2, 223-232.
- Daro, D., Migety, G. Wiese, D. & Salmon-Cox, S. (1996). *World Perspectives on Child Abuse: The Second International Resource Book*. National Committee to Prevent Child Abuse. Chicago, IL. USA.

NECESIDADES DE LA INFANCIA - NECESIDADES DE PREVENCIÓN: ¿QUIEN LE PONE EL CASCABEL AL GATO?

En líneas generales las necesidades de protección y prevención se pueden definir en términos de necesidades básicas. Así, un niño se encuentra en necesidad de protección cuando no se satisfacen sus necesidades básicas. Un niño tiene el derecho a la seguridad y al desarrollo de sus necesidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales.

La idea de prevención es inseparable de la definición y explicación de los problemas que se tienen que prevenir. Actualmente, numerosos autores reconocen la necesidad de utilizar una definición amplia del problema (negligencia y abuso) expresado en términos sociales y económicos y no solo en términos psicológicos e individuales. Un acercamiento preventivo moderno debe, por tanto, ser capaz de considerar al individuo, su herencia biológica, personalidad, estatus socioeconómico, sus entornos inmediatos, su ambiente físico y relacional y la sociedad en su conjunto. Tales desarrollos arguyen en favor de un acercamiento comprensivo, de ahí que se requieran esfuerzos simultáneos para transformar todas las dimensiones causales, porque de no ser así, los acercamientos fragmentados están abocados a un alto índice de fracaso.

La prevención de los malos tratos en la infancia se encuentra inseparablemente vinculada a los valores y cultura dominante de la sociedad, requiere la transformación de relaciones sociales y conduce a la redefinición del rol del niño y la familia, así como de sus derechos, en la sociedad. Son numerosos los autores que comparten la opinión de que el maltrato infantil se encuentra inevitablemente entrelazado con el aspecto más amplio de los derechos de la infancia y, en particular, con la creencia de que los niños son una propiedad que puede ser manejada de acuerdo con la libre elección de los padres. Aunque el maltrato infantil está considerado en nuestra cultura como un comportamiento claramente desviante, la escasa uniformidad en la transmisión de actitudes acerca de la conducta parental, valores en conflicto, rápidos cambios sociales, el declive de la familia extensa y el consiguiente incremento del aislamiento de las familias y el surgimiento de nuevas estructuras familiares, pueden ser elementos importantes para entender el contexto cultural en el que se produce el maltrato infantil. Probablemente, nada mejor que acudir a la ley del menor en nuestro país, compañera inseparable de los programas de prevención, para descubrir cuáles son los principios entorno a los cuales se describen los derechos de los niños y su significado social.

Necesidades de los menores, derechos del niño y la protección del menor (Ley orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor).

De acuerdo con la ley orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, las necesidades de los menores se consideran como el eje de sus derechos y de su protección. Esta ley refleja las transformaciones sociales y culturales operadas en nuestra sociedad que han provocado un cambio en el estatus social del niño y como consecuencia de ello ha dado lugar a un nuevo enfoque en la construcción del edificio de los derechos humanos de la infancia. Esta preocupación por dotar al menor de un adecuado marco jurídico de protección recoge principios de diversos tratados internacionales ratificados en los últimos años por España, y especialmente de la convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas de 20 de Noviembre de 1989. Esta necesidad es compartida por otras instancias internacionales como el Parlamento Europeo que en 1992 aprobó la Carta Europea de los Derechos del Niño.

El reto de la prevención.

Si existe la necesidad de una ley como ésta, ¿ello implica que los derechos de los niños se encuentran continuamente amenazados? Creemos que sí. De ahí la necesidad de desarrollar programas de prevención para salvaguardar o preservar las principales demandas y necesidades de los menores que tan bien se encuentran especificadas en la ley.

Ahora bien, la aplicación del concepto de prevención a los servicios sociales requiere de cambios sustanciales y profundos en el modo de contemplar tanto los problemas como las intervenciones y que también ilustra la ley. Esto es lo que Bloom intentó enfatizar al aplicar el modelo paradigmático de Kuhn a la prevención en el trabajo social. Esta referencia al paradigma de Kuhn enfatiza los profundos cambios en los valores que acompañan a la acción preventiva y refleja las dificultades en la adopción de tal curso de acción. La acción preventiva desafía incluso el estado actual teórico y aplicado y constituye una potencial amenaza al estatus quo.

No es sorprendente pues que la naturaleza y calidad de los programas y actividades de los servicios sociales preventivos, particularmente de los servicios de protección a la infancia sean juzgados severamente. Los programas de atención a la infancia no parece que hayan ido más allá de los servicios curativos que como ya hemos visto antes se refieren a los modelos clínicos, paliativos o quirúrgicos.

De acuerdo con las consideraciones anteriores, un avance significativo en la protección del menor y en la reducción y gradual eliminación del maltrato infantil como un fenómeno social y cultural, requiere de un cambio progresivo y profundo en las actitudes, valores y creencias hacia la infancia, la familia y acerca de lo que significa ser padre, así como nuevos modelos culturales que promuevan formas alternativas, no violentas, de educación y de solución de conflictos. James Garbarino (1990) ha

resumido de la siguiente forma el reto que plantea ese proceso de cambio social: "lograr que el cuidado de los niños se convierta en una cuestión social y ser padre en un acto social".

Existen dos acercamientos posibles a la prevención de los malos tratos en la infancia: uno arguye que nosotros podemos controlar elementos puntuales del problema aislándolo de los contextos socioeconómicos, culturales y económicos; el otro deriva o se desprende de la idea de que la reforma social profunda es un prerequisite y un vehículo para los progresos significativos en la prevención de los malos tratos a la infancia. Podemos referirnos al primer acercamiento, en términos de Garbarino, como "prevención parche" y al segundo como una "prevención de reforma total". Existen investigaciones que la "prevención parche" es posible, particularmente cuando se construye sobre redes de apoyo social. Estudios sobre vecindario y familia indican que mientras la privación económica incrementa el riesgo de malos tratos a la infancia, no es determinante y se puede superar. Vecindarios caracterizados igualmente por su depravación económica, difieren en sus proporciones de malos tratos a la infancia. Un gran número de familias pobres no maltratan a sus hijos. Iniciativas tales como programas de visitas al hogar pueden reducir significativamente la incidencia de malos tratos a la infancia en familias monoparentales pobres. Transformar las familias sin cambios fundamentales en la comunidad es posible hasta cierto punto. Y sin embargo, no deberíamos despreciar con ligereza la hipótesis de que la prevención amplia y sostenida operará sólo como un rasgo de los esfuerzos (tales como reducir la pobreza, mejorar la salud, y potenciar un clima político favorable a los derechos de los niños) que se encuentran más en la línea de la prevención de reforma total. Y con estos antecedentes ¿quien le pone el cascabel al gato?

SYMPOSIUM 5

TRACTAMENT DE VÍCTIMS DE MALTRACTAMENT I DE LES SEVES FAMÍLIES D'ORIGEN, EN SITUACIÓ D'ACOLLIMENT FAMILIAR

TRATAMIENTO DE VÍCTIMAS DE MALTRATO Y DE SUS FAMILIAS DE ORIGEN, EN SITUACION DE ACOGIMIENTO FAMILIAR

TRAITEMENTS DES VICTIMES ET LEURS FAMILLES D'ORIGINE EN ACCUEIL FAMILIAL

THE TREATMENT OF VICTIMS OF ILL-TREATMENT, AND OF THEIR NATURAL FAMILIES, IN FAMILY FOSTER CARE

OCT 20	18.00/19.30	GIRONA	TS
COORD.	Walter HELLINCKX		Belgium
PART.	Pere AMORÓS		Spain
	Erik KNORTH		The Netherlands

Walter HELLINCKX

EdD. Professor, Section of Orthopedagogics (Faculty of Psychology and Educational Sciences, Katholieke Universiteit Leuven. President of EUSARF.

Pere AMORÓS

Departament MIDE, Universitat de Barcelona.

Erik KNORTH

Child psychologist. Associate Professor, University of Leiden, Head of the section Child and Youth Care.

Erik KNORTH

DECISION MAKING ON FAMILY FOSTER CARE ARRANGEMENTS: A NEW PERSPECTIVE?

By the end of 1995 almost 6.000 children in the Netherlands are estimated to have been placed in foster families. Compared with a population of about 3.350.000 Dutch minors (0-17 years) this number equals 0.18% (or two out of every thousand children). Foster children account for 39% of all children in the Netherlands who have been placed out of home. By comparison: at the start of the '90s the proportional participation of foster children to all out-of-home placed children in Europe amounts to 43% (Knorth & Van den Bergh, 1994). A not inconsiderable number of placements in foster families is unsuccessful or comes to an end prematurely. Percentages differ between a quarter and more than 50%, in particular as a function of the research samples under investigation (Scholte, 1995). Comparable numbers have been found outside the Netherlands (see, related to Germany, for example Kötter, 1993). Studies of reentry percentages too (for instance, Courtney, 1995), show that goals aimed at are not always attained.

Results like these caused researchers to look for factors which predict success or failure in foster care.

Though these factors have been identified, there are contradictory points in the findings (Blankespoor, 1996). Concerning the placement of children in family foster care this means that placement officers can take advantage of scientifically well-founded knowledge only to a limited degree. Not surprisingly the professional decision to apply for family foster care is mainly based on practical knowledge. In the literature on human decision making it is a well-known fact that decisions like these are easily influenced by all kind of unintended and irrational factors (see Stein & Rzepnicki, 1984). This could have a negative impact on the quality of placement decisions. In fact we do not know much about it because research directed at the

In the Appendix it is schematically shown what steps and decisions have to be made in order to realise a family foster placement. With the help of this figure, which will be further clarified during the presentation, we will discuss some results of two Dutch research programmes:

- research into selection and counselling of foster parents;

Related to the first research line we, exemplary, give some results of an evaluation study of the so-called STAP programme, a programme aimed at enhancement of know-how and (self-)selection of (prospective) foster parents (Bruil, et al., 1992). Regarding the second research line we go into an exploratory study of decision criteria for family foster care placement (Emans & Robbroeckx, 1997).

In conclusion, we think that evaluation research with a focus on placement of children in foster care and, more specifically, the decisions that have to be made in that context, offers a good chance to deepen our knowledge of family fostering as a treatment option for troubled children.

Blankespoor, K. (1996). Pleeggezinnen in hulpverlening en kindbescherming [Foster families in child welfare and child protection] (Master Thesis). Leiden: University of Leiden, Centre for Special Education and Child and Youth Care.

Bruij, J., Van der Veldt, M.C., & Mesman Schultz, K. (1992). Deskundigheidsbevordering in de pleegzorg op Child and Youth Welfare (COJ). Leiden: University of Leiden, Centre for Research on Child and Youth Care.

Emans, J.H.L. & B. ... (1995). Reentry to foster care of children returned to their families. *Social Service Review*, 69, 226-241.

Knorth, E.J., & Van den Bergh, B.M. (1992). Criteria for foster care placements: linking theory and practice. *International Journal of Child and Family Welfare*, 2, 39-46.

Knorth, E.J., & Van den Bergh, P.M. (1994). Uit huis geplaatste kinderen in Europa [Children in Europe placed out of home]. *Kind en Adolescent*, 15, 160-163.

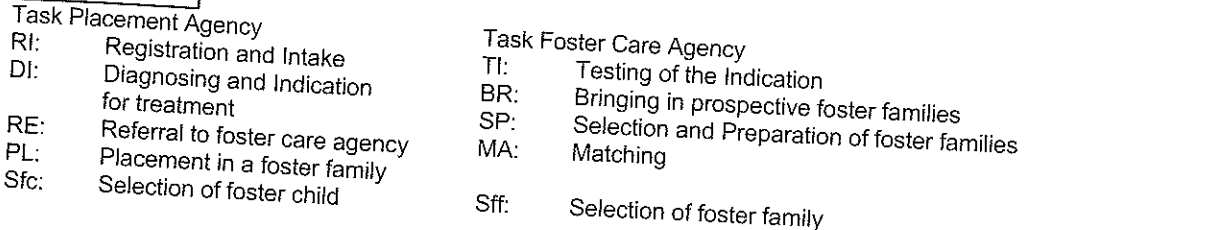
North, E.J. (1995). Besluitvorming over uithuisplaatsing in de jeugdzorg [Decision making on out-of-home placement in child and youth care]. *Kind en Adolescent*, 16, 64-87.

Eds.), *Handbuch der Kindheitsforschung*. Berlin/Neuwied: Luchterhand.

children in foster families and residential care centres]. Tijdschrift voor Orthopedagogiek 34, 99-114.

teinen, TJ, & Rzepnicki, TL (84). Decision making in child welfare services. Boston : Kluwer-Nijhoff publishing.

Appendix. Figure: Tasks concerning selection and placement in family foster care.



LA PREDICCIÓ PRECOÇ DE CASOS DE RISC DE MALTRACTE INFANTIL
LA PREDICCIÓN PRECOZ DE CASOS DE RIESGO DE MALTRATO INFANTIL
DÉPISTAGE PRÉCOCE DES CAS À RISQUES DE MAUVAIS TRAITEMENTS
EARLY PREDICTION OF CHILD ABUSE RISK CASES

COORD.	Kevin BROWNE	United Kingdom
PART.	Annick Le NESTOUR	France
	Françoise MOLENAT	France
	Ute THYEN	Germany

Chair of the Research Committee of ISPCAN. Senior Lecturer in Clinical Criminology and Research Co-ordinator for the Glenthorne Youth Treatment Centre, University of Birmingham.

Pédopsychiatre. Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris. Praticien Hospitalier Temps Plein.
EPS ERASME, Antony.

Pédopsychiatre, CHU Montpellier.

Klinik für Pädiatrie, Lübeck.

INTRODUCTION.

The most important indicator that there is a need for early intervention is the level of fatal abuse and serious injury, the National Society for the Prevention of Cruelty to Children in the UK claim that three to four children die each week at the hands of their parents (NSPCC, 1985). For every child that dies there is another disabled for life, giving three to four children each week who are blind, deaf, brain damaged etc as a result of abuse or neglect. Therefore, whenever the need for prevention is discussed, it is important to remember the number of children that continue to die or are disabled for life often because our interventions are too late or our preventative service inadequate.

As with other problems in child health and development, the risk approach to child maltreatment can be seen as a tool for the flexible and rational distribution of scarce resources and their maximal utilisation. This is based on the assessment of children and their families as high or low risk for child abuse and neglect. The aim of the risk strategy is to give special attention to those in the greatest need of help in parenting before maltreatment occurs or reoccurs.

A number of articles have been written on the prediction of child abuse, many of which have presented a list of characteristics common to abusing parents and to abused children. For example, it has been suggested that an "early warning system" could begin in the labour room and that abusing parents can be predicted with 76 per cent accuracy from characteristics noted during the first twenty-four hours after birth (Gray et al. 1977). However, a recent review of the relative value of the characteristics for the practical and routine monitoring of potential child abusing families has emphasised a need for caution (Browne 1995).

Factors used for screening in abusing families have been already established (Browne and Saqi 1988^a). Community nurses completed a twelve-item checklist on all children under five years for whom a case conference was called on child physical abuse and neglect in the past year. In total, information was collected on 62 case conferred families. The community nurse concerned then identified two matched "control" non-abusing families from the same district (i.e. 124 families) to whom the checklist was also applied. The study identified that the twelve-items of information could be routinely and easily obtained from case notes on family health. Items included: age of mother, time period between pregnancies, post delivery separation, evidence of prematurity/low birth weight/handicap, family with separated or single parent, socio-economic problems, history of family violence, record of mental health/addiction problems and interaction/socialisation difficulties. Characteristics that were more difficult to assess such as prenatal experiences, although important, were not included to enhance reliability.

Using discriminant function analysis, the optimum performance of the whole checklist as a screening instrument was established. It was found that fully completed checklist, with the relative weighting for each factor taken into account, could correctly classify 86 per cent of cases, which is better than most studies (Starr 1982). The screening procedure was sensitive to 82 per cent of the abusing

families and specified 88 per cent of the control families as non-abusing. However, if the checklist of risk factors is used in this way it will miss 18 per cent of the abusing families and incorrectly identify 12 per cent of non-abusing families as potential abusing cases. This has grave implications when such a checklist is applied prospectively to a population of births.

The low prevalence of child abuse, combined with even the most optimistic estimates of screening effectiveness, implies that a screening programme would yield large numbers of false positives. The checklist detection rate of 82 per cent compared to 12 per cent false alarms suggest that for every 10 000 births screened it would be necessary to distinguish between 33 true risk cases and 1 195 false alarms. This would indicate the requirement of a second screening procedure, to be carried out only on the 1 228 or so families labelled "high risk" (Browne 1989b).

A more lengthy assessment could be used on these high-risk families, based on the significant differences between abusing and non-abusing families found in parent-child interaction studies (e.g. Browne and Saqi 1987; 1988b). Thus, a second screening could possibly distinguish the true potential abusing cases from the false positives by the use of behavioural indicators. A more difficult problem would be to distinguish the 7 missed cases of potential child abuse from the 8 765 correctly identified non-abusers, as they would be mixed up in a low-risk population of 8 772 families.

The chances of situational stressors (risk factors) resulting in child abuse and other forms of family violence are mediated by, and depend on, the interactive relationships within the family (Browne, 1988; 1989a). Browne (1989b) suggests that the behavioural responses of the parent and the infant to an observer/stranger will be similar to their reactions to a community worker. Thus, the precise determination of behavioural characteristics is considered to be of value, to provide indicators that will help to recognise families needing extra support and help in parenting. It is suggested that screening for child abuse should have at least three stages to eliminate false alarms (Browne and Saqi, 1988a).

1. All families with a newborn should be screened perinatally for stressful social and demographic characteristics of the child and its family. This will identify a target group for further screening. However, the remaining population cannot be considered immune to family stress and child abuse. Any change in family circumstances leading to increased stress be assessed and if applicable, the family added to the target group.
2. All parents in the target group should be screened for 3 to 6 months after birth on their perceptions of the newborn child and those aspects of parenting and family life they consider to be stressful.
3. Approximately, 9 to 12 months after birth the infants' attachment to the primary caregiver should be assessed together with parental sensitivity to the infant's behaviour.

Those parents who are under stress with negative perceptions about the child's behaviour need help with parenting. Those parents who in addition have a poor relationship with their child, as measured the quality of attachment and their sensitivity to the child's behaviour, must be considered as a potential child abuser and professional support for the family should be given before any aggressive incidents occur. It is claimed, that given adequate intervention and resources, 80% of child maltreatment is preventable.

A pilot study of the above screening programme (The Child assessment Rating and Evaluation - C.A.R.E. - Programme, Browne, Hamilton, Morton & Ware, 1997) has revealed that the use of behavioural observations of parent/child interaction in conjunction with an Index of Need containing risk factors pertinent to psychosocial family dysfunction do indeed demonstrate those families that require a targeted service in order to minimise the risk of child abuse and neglect.

For this approach to be reliable and to correctly classify families as high risk for child abuse with few false alarms, the process requires resources for each local community to (1) develop methods for detecting risk factors, (2) train health care workers in the sensitive use of these methods, and (3) provide intervention strategies to prevent or ameliorate undesired outcomes.

CONCLUSION

When a risk factor checklist was applied prospectively to a sample of 14 252 births (Browne 1995) it was found that 6.8 per cent of families with a new-born had a high number of "pre-disposing" factors for child abuse. On follow-up, only one in 13 (7.6 per cent) of these "high risk" families went on to abuse their child within five years of birth, in comparison to one in 391 (0.3 per cent) for the low risk families. Thus, it can be concluded that risk factors significantly predispose families to child abuse, but are not sufficient actually to cause violence in the vast majority (92 per cent) of families under stress with a good parent child relationship.

For social and background risk factors to be of use in the recognition and prediction of child abuse and neglect they must be considered with the context of the family's interpersonal network, which take into account poor parenting, family violence, social isolation, mental illness and chemical dependency. These factors have been shown by research to be strong predictors for child maltreatment. Indeed, families presenting with depression, withdrawal, low self-esteem and limited parenting skills and unrealistic expectations of their children are most unlikely to show change with home based interventions. In the presence of family violence and chemical dependency there is a tendency for these families to deteriorate and the child's safety must be carefully monitored.

References.
Browne, K.D. (1988) "The nature of child abuse and neglect: an overview", In K. Browne, C. Davies, and P. Stratton (eds) *Early Prediction and Prevention of Child Abuse*, Chichester; Wiley, 57-86.

- Browne, K.D. (1989a) "The naturalistic context of family violence and child abuse", in J. Archer and K. Browne (eds) *Human Aggression: Naturalistic Approaches*, London; Routledge.
- Browne, K.D. (1989b) "The health visitor's role in screening for child abuse", *Health Visitor*, 62, 275-7.
- Browne, K.D. (1995) "Preventing child maltreatment through community nursing", *Journal of Advanced Nursing*, 21:57-63.
- Browne, K.D. and Saqi, S. (1987) "Parent-child interaction in abusing families: possible causes and consequences", in P. Maher (ed.) *Child Abuse: An Educational Perspective*, Oxford: Blackwell.
- Browne, K.D. and Saqi, S. (1988a) "Approaches to screening families high risk for child abuse", in K.D. Browne, C. Davies, and P. Stratton (eds), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse*, Chichester: Wiley.
- Browne, K.D. and Saqi, S. (1988b) "Mother-infant interactions and attachment in physically abusing families", *Journal of Reproduction and Infant Psychology*, 6, 163-182.
- Browne, K.D., Hamilton, C., Morton, N. & Ware, J. (1997) *The Child Assessment Rating and Evaluation (CARE) Programme*, Proceedings of British association for Study and Prevention of Child Abuse and Neglect (BASPCAN) 3rd National Congress, Heriot Watt University, Edinburgh, 8-11 July 1997. (Workshop 14).
- Gray, J.O., Cutler, C.A., Dean, J. And Kempe, C.H. (1997) "Prediction and Prevention of child abuse", *Child Abuse and Neglect*, 1, 45-58.
- National Society for the Prevention of Cruelty to children (1985), *Child Abuse Deaths*. Information Briefing No.5, London: NSPCC.
- Starr, R.H. (1982) *Child Abuse and Prediction: Policy Implications*. Cambridge Mass: Ballinger.

Annick Le NESTOUR

PRESENTIR POUR PRÉVENIR: ANALYSE DES FACTEURS DE RISQUES DANS LES PREMIÈRES RELATIONS MÈRE/BÉBÉ. STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES PRÉVENTIVES

A partir du support vidéoscopique d'une première consultation d'une mère déprimée et de son bébé de deux mois, les auteurs montreront les facteurs potentiels de maltraitance dans les dysfonctionnements interactifs tant comportementaux que fantasmatiques. Les troubles de la parentalité s'originent dans les carences et traumatismes psychiques de l'histoire transgénérationnelle. Ils induisent des investissements réciproques difficiles infiltrés par la violence des conflits et des abandons antérieurs.

L'expérience de la prise en charge de telles pathologies du Centre de Psychologie du Tout-Petit l'Aubier permet de démontrer l'importance d'une intervention thérapeutique précoce au niveau de la constitution des premiers liens d'attachement.

Reconnaître leur fragilité conduit à des stratégies thérapeutiques visant à établir des liens plus confiants et plus sécurisés, tant au niveau des professionnels entourant ces familles que dans l'interaction parents-bébé.

Le climat de confiance crée par l'étayage des professionnels permet dans les consultations l'émergence d'affects douloureux du passé, qui contribue à dégager l'enfant nouveau de la problématique à répétition. Le travail psychique parental spécifique des premières relations mobilise de façon significative de nouvelles ressources. Prédire pour s'engager dans de nouveaux liens prend alors sens d'espoir et de changement.

Françoise MOLENAT

CONSTRUCTION DES LIENS FAMILIAUX. DES TOURNANTS À NE PAS MANQUER

Les termes habituels dans le champ de la maltraitance interrogent notre pratique, tant sur le plan éthique que technique: prédire, dépister, signaler, observer...

Certes tout citoyen, et tout professionnel, a le souci de la loi humaine essentielle: l'interdit concernant le meurtre et l'inceste. Protéger l'enfant va de soi, même si cette nécessité n'empêche pas l'aveuglement-celui des parents et celui de l'entourage.

Mais où commence la prévention? Quelles règles se donner qui respectent la singularité de chaque généalogie, et le jeu de désirs au sein de la famille?

Notre pratique de cliniciens auprès de familles en souffrance confirme que le maintien de l'intégrité physique et psychique de l'enfant passe par celle de ses parents, ce qui confirme les "Droits de l'enfant" dont le premier consiste dans le soutien de la place de ses parents.

Respecter les conditions d'une sécurité matérielle, base de la sécurité physique et affective, constitue déjà un vaste programme. Plus complexe s'avère un autre besoin de l'enfant: la construction d'une place symbolique qui renvoie aux origines. "Comment me reconnaître dans la rencontre du couple dont je suis issu?"

Cette reconnaissance renvoie à une autre question souvent oubliée: comment les parents ont-ils pu eux-mêmes se reconnaître, non pas dans leur enfant qui ne peut y suffire, mais dans le regard des tiers témoins de leur désir de reproduction?

La prédiction de la maltraitance peut trouver une nouvelle définition dans les ratés relationnels qui entourent la grossesse, la naissance, et la petite enfance: moments-charnières pour que se pense la place du père et de la mère quelles que soient leurs difficultés, celle de l'enfant reliée mais aussi séparée, dans un contexte de communication humaine structurant. La distinction des registres en jeu dans la mise en place des liens intra-familiaux ouvre de grands espoirs, mais la pratique montre qu'il ne faut pas "rater" les moments opportuns où s'organisent ces liens dans une confiance possible avec l'environnement. Un excellent critère de prédiction pourrait être la capacité des parents à s'appuyer sur des tiers, expérience que certains d'entre eux n'ont pas connue, et qu'offrent désormais les professionnels sensibilisés.

Ute THYEN

"OPPORTUNITIES FOR EARLY RECOGNITION AND INTERVENTION IN CHILDREN AT RISK FOR ABUSE OR NEGLECT IN PEDIATRIC COMMUNITY PRACTICE IN GERMANY"

Efforts in the German society to prevent child abuse and neglect are embedded in a federal, decentralised youth welfare and public health environment. Germany today has no reporting laws, nor do 'at-risk' registers exist. Germany's relatively recent history of fascism has supported a general tendency to avoid central registries and a climate of denunciation, and increased emphasis on community based, non-punitive, and self-help oriented activities. There is wide-spread belief that parents may reach out for help if services are accessible, community-based, supportive and non-punitive and that such services must be incorporated in primary preventive services for all families. While early prediction and follow-up of high risk cases may appear to be an efficient way to prevent major harm for children from a theoretical point of view, mandatory screening for child abuse or neglect has never been accepted as a viable option to prevent child maltreatment in Germany, for mainly ethical and also practical reasons. Many workers have addressed the ethical issues related to screening programs and the potential harm associated with stigmatising people as child abusers. Secondly, screening programs are ineffective without high acceptance among the target population. People who do not believe in the advantages of screening will not participate and will not give informed consent after learning about the purpose and the process of the screening program. Arguments favouring individual rights would likely outweigh arguments for the screening program.

From a clinical perspective, however, many professionals believe that there are 'vulnerable' families in particular need of help.

The notion of 'vulnerable families' reflects a concept of family homeostasis significantly altered by external and internal stressors, resulting in violence or neglect. Concepts for early recognition (instead of prediction) followed by accessing early supportive and rehabilitative psychosocial services have been a much favoured approach in the social work and health care community. Given the paucity of established, specific risk factors for child maltreatment, early recognition relies on early developmental signs or symptoms in children or observation of dysfunctional interaction patterns.

Community paediatricians and, to a much lesser extent, family physicians provide most preventive medical or psychosocial care in infancy or early childhood. Children in Germany may receive nine free well child visits between birth and the age of 5 years with their community-based paediatrician. Participation rates in well child visits are well above 90% during the first two years of life but decline to lower participation rates thereafter. While the early recommendations issued in 1979 focused on detection of physical illness or disability, vision or hearing impairment and developmental delay, more recent recommendations published in 1991 emphasise early identification of signs of social or emotional problems such as physical, emotional, or sexual abuse and neglect. Starting with the three-month visit, paediatricians are advised to take a history for social risk factors; to examine the child for signs of failure-to-thrive, physical neglect, and lack of communication skills; and to observe parent-child-interaction for en-face-communication, body contact, signs of anger, parental rejection, unrealistic expectations, and inadequate response to the infant's signals and needs. Similar recommendations are made for the six- and twelve-month visit, in addition early identification of signs of sexual abuse are included in all further visits (ages two, four, and five and a half years). Two major diagnostic groups may be documented: (1) disorders of emotional and/or social development (including child abuse, child sexual abuse and neglect) and (2) other disorders or developmental problems with potential to interfere with normal development, (e.g. deprivation).

All well child visits are documented both in the parent held booklet with a copy sent to a central institution for statistical documentation and analysis. Data is periodically released and publicly available. In order to assess physicians' acceptance of the new recommendations we first compared frequencies of diagnostic groups (1) and (2) over time (1991 and 1995) and secondly to other diagnostic groups such as movement disorder and cognitive delay. In 1991, we found that movement disorder had a high prevalence with 40.6 / 10,000 children at age 10 - 12 months (compared to an estimated prevalence of cerebral palsy of 25 / 10,000 children in Germany), while prevalence of disorders of emotional and social development at the same age was 1.0 / 10,000 and cognitive delay was 1.2 / 10,000 respectively; compared to epidemiological data both diagnoses appear to be underestimated by community paediatricians in 1991 (Data for 1995 will be released shortly and reported at the symposium.). Physicians may consciously or unconsciously consider a diagnosis of movement disorder less intrusive

and may use it to access services such as early intervention or physiotherapy without labelling or stigmatising parents. Alternatively, signs such as hypotonia, irritability, delay in reaching developmental milestones caused by abuse or neglect may mistakenly interpreted as movement disorders. Physicians may be unaware of and insufficiently trained in aspects of early child development and parenting.

Other sources also document substantial underreporting by physicians in Germany but increasing rates over time. A 1989 survey of community paediatricians on their experience with child maltreatment resulted in considerable differences between practices. 17% of surveyed practices in major cities had not experienced a single case of child abuse within the previous five years; in rural areas the rate was 55%. Reasons for low report levels included: insufficient knowledge of the signs and symptoms of child abuse and neglect; failure to address the problem due to time or other constraints; denial due to feelings of helplessness; fear of medicolegal implications of violation of confidentiality; and pessimism about the anticipated outcome of social service intervention. After only occasional reports and review articles or personal opinion articles during the late 60s and early 70s in the German paediatric journals, the Deutsches Ärzteblatt, a journal mailed to all physicians in Germany, published a comprehensive series of weekly articles through May 1987, including guidelines for practice. Since then medical journals, continuous medical education programs (generally organised on the physicians state, board level), and teaching activities have increased and caused much higher levels of awareness. In a survey of paediatric practices in Hamburg in 1990 only 8% of physicians stated that they never witnessed a case of child maltreatment during the previous year.

Guidelines for practice for children at risk for child abuse or neglect include: parent counselling, helping parents to access support services or counselling agencies, referral for psychological and developmental testing and/or referral to early intervention services. In cases of signs and symptoms of overt child abuse and neglect, recommendations include contacting professional child protection workers, interdisciplinary team working, ongoing counselling, and referral of parents to psychiatry if necessary. Physicians must be knowledgeable about local and regional child protection services. In addition, we would like to recommend to integrate aspects of behavioural-developmental child health care into primary health services for all children. (1) Any family expecting a new child should have access to a pre-birth visit with their community paediatrician for a full psychosocial history and anticipation of care for a newborn.

(2) Anticipatory guidance about common developmental problems should be provided with each well-child visit.

(3) Special awareness for all children with a history of separations (adopted children, children in foster care, children with live-in parent substitutes) and provision of early counselling services. (4) Inclusion of preventive health services for adolescents and counselling around maturation, sexuality, forming relationships and health behaviours in paediatric practice.

(5) Recognition of signs of spouse abuse and other forms of family violence in mothers and teenagers in an effort to break the intergenerational cycle of violence.

Paediatrics has experienced a considerable shift in interest over the last two decades. With considerably less acute illnesses and available therapy for most infectious diseases, the growing number of children with chronic conditions and children with behavioural and developmental problems have gained increased attention. Child maltreatment in its broad definition may be related to the so-called "new morbidity" in childhood. As physicians are often not trained specifically to recognise psycho-emotional problems and how to intervene, they may need multidisciplinary cooperation to deal effectively with the prevention of child abuse and neglect.

SYMPOSIUM 7

TRACTAMENT DE FAMÍLIES MALTRACTANTS O EN SITUACIÓ DE RISC DE MALTRACTAMENT INFANTIL, MANTENINT EL NEN O LA NENA EN EL MEDI FAMILIAR
TRATAMIENTO DE FAMILIAS QUE MALTRATAN O EN SITUACION DE RIESGO DE MALTRATO INFANTIL, MANTENIENDO EL NIÑO O LA NIÑA EN EL MEDIO FAMILIAR
TRAITEMENT DES FAMILLES MALTRAITANTES OU EN SITUATION À RISQUE EN MILIEU FAMILIAL
THE TREATMENT OF FAMILIES THAT ILL-TREAT THEIR CHILDREN OR WHO ARE IN A CHILD-ABUSE RISK SITUATION, WITH THE CHILD KEPT IN THE FAMILY SETTING

OCT 21	10.45/12.15	GIRONA	TS
COORD.	M. Angeles CEREZO		Spain
PART.	M. Ignacia ARRUABARRENA		Spain
	Francien LAMERS-WINKELMAN		The Netherlands
	Gemma PONS		Spain

M. Angeles CEREZO

Dra en Psicologia. Profesora Titular de Psicología Básica en la Universidad de Valencia, Unidad de Investigación "Agresión y Familia".

M. Ignacia ARRUABARRENA

Psicóloga. Co-responsable de la Asociación de Orientación y Tratamiento Familiar ARGABE.

Francien LAMERS-WINKELMAN

Researcher at the Free University in Amsterdam, Faculty of Psychology and Pedagogics, CAN taskgroup. Child-psychologist and child-therapist.

Gemma PONS

Dra en Psicología y Profesora Asociada del Departamento de Psicología Básica de la Universidad de Valencia. Miembro de la Unidad de Investigación sobre "Agresión y Familia"

M. Ignacia ARRUBARRENA

EVALUATION OF A TREATMENT PROGRAMME FOR CHILD ABUSIVE FAMILIES

M. Ignacia Arrubarrena (*), Joaquín De Paúl (**), Lourdes Berrondo (*) y Lourdes García (*)

(*) Asociación de Orientación y Tratamiento Familiar ARGABE, San Sebastián, Spain.

(**) Departamento de Psicología Social, Universidad del País Vasco. San Sebastián, Spain

In the county of Gipuzkoa (Basque Country in Spain), the Department of Social Services of the local government (Diputación Foral of Gipuzkoa) has the responsibility by law (a) to protect children who are victims of severe abuse in their families (and, if necessary, to provide them a temporary or definite alternative placement out of their families), and (b) to help high-risk and abusive families in order to preserve the family unit. To carry out these objectives, the Diputación Foral of Gipuzkoa has got a family treatment programme (named Programa Gizalan), developed by a private institution (Asociación de Orientación y Tratamiento Familiar Argabe). Since 1991, the programme has provided treatment to more than 150 families. The treatment lasts twenty four months, divided into three periods: (a) Intake / observation (which lasts approximately eight weeks), (b) Intensive treatment (with a maximum length of twenty months), and (c) Desvinculation/follow-up (between two and six months). The programme covers high-risk families and all the typologies of intrafamilial child abuse, except sexual abuse when it is the only typology. The programme uses: (a) all the available community services (for instance, financial aids, mental health services, treatment programmes for alcohol and drug abusers), and (b) its own resources: case coordinators/supervisors, home visitors, individual, marital and family therapy, and parent training groups. During the treatment, according to their needs, the families get the services and resources considered necessary. Besides, another principal function of the programme is to coordinate the network of institutions, services, professionals and other people involved with the family.

In this symposium, the results of the evaluation of this programme from its beginning to up to date will be presented and discussed. The evaluation has been carried out with the counselling of the University of the Basque Country (San Sebastián). The communication will present: (a) the characteristics of the families participating in the programme, (b) the results of the "clinical evaluation", that is, the coordinators/supervisors' judgement about the efficacy of treatment with each family, and (c) the results of the "standardised evaluation", carried out using different questionnaires and observational measures to evaluate individual, interpersonal and family functioning characteristics of the families receiving treatment (for instance, "Child Abuse Potential Inventory", "Beck Depression Inventory", "Child Behaviour Checklist", "Home Observation for the Measurement of the Environment", and "Child well-being Scales"). The design and results of this programme will be discussed and compared with other programmes. Comments will be made about the improvement of the efficacy of family treatment programmes and to get the most out of them.

Desde el año 1991, la Diputación Foral de Gipuzkoa, organismo con competencia en materia de protección de menores, dispone de un Programa de Tratamiento Familiar (denominado Programa Gizalan). Este programa, desarrollado por la Asociación de Orientación y Tratamiento Familiar Argabe, atiende familias alto-riesgo y todas las tipologías de maltrato infantil (excluyendo casos de abuso sexual intrafamiliar donde ésta es la única tipología de maltrato); en algunos casos, el niño/s permanece en el domicilio familiar y se pretende evitar su salida, mientras que en otros casos el niño/s ha tenido que ser separado y se pretenden establecer las condiciones necesarias para su retorno. Desde su inicio en 1991, el programa ha atendido a más de 150 familias. La duración máxima del tratamiento es de veinticuatro meses, divididos en tres fases: (a) Fase de Observación (con una duración aproximada de ocho semanas), (b) Fase de Tratamiento intensivo (con una duración máxima de veinte meses), y (c) Fase de Desvinculación / seguimiento (con una duración entre dos y seis meses). El programa utiliza: (a) los recursos disponibles en la red de servicios comunitarios, y (b) sus propios recursos: Coordinadores/supervisores de caso, Trabajadores Familiares, Terapia individual, de pareja y familia, y Grupos pedagógicos de padres/madres. Durante el tratamiento, la familia va recibiendo los recursos y servicios que en cada momento se valoran necesarios. El programa tiene además como uno de sus objetivos principales la coordinación de las instituciones, servicios, profesionales y personas intervinientes en cada caso.

En este simposium se presentarán y comentarán los resultados de la evaluación del programa desde su inicio hasta el momento actual. Se describirán: (a) las características de las familias atendidas, (b) los resultados de la "evaluación clínica" de los coordinadores/supervisores de caso, es decir, su valoración acerca de la eficacia del programa con cada una de las familias, y (c) los resultados de la "evaluación estandarizada", llevada a cabo mediante la utilización de diversos cuestionarios e instrumentos de observación, dirigidos a evaluar las características individuales, interpersonales y el funcionamiento familiar de las familias atendidas en el programa (por ejemplo, "Child Abuse Potential Inventory", "Beck Depression

Inventory", "Child Behavior Checklist", "Home Observation for the Measurement of the Environment", "Child Well-Being Scales"). Se comparará el diseño y resultados de este programa con otros programas, y se tratará acerca de cómo mejorar su eficacia y lograr su máximo aprovechamiento.

Francien LAMERS-WINKELMAN

THE TREATMENT OF FAMILIES THAT ILL-TREAT THEIR CHILDREN OR WHO ARE IN A CHILD-ABUSE (RISK) SITUATION IN THE NETHERLANDS

In The Netherlands, several agencies are supposed to deal with families that ill-treat or abuse their children. Which agency will deal with such a family depends on many factors, such as the severity of the ill-treatment or abuse, the background of the parents, their mental abilities etc.

Ill-treatment or abuse and neglect hardly ever are reasons to separate a child from his/her family in The Netherlands. Only in very severe cases of child abuse or child sexual abuse a child can be placed in residential care by a Juvenile Court Order. Basic rule is that residential care is temporarily, and the treatment of both parents and children is directed at bringing the child back into the family. It is more the exception than the rule that a child will remain in residential care or in a foster family. This only happens in very severe cases of child abuse or child sexual abuse, or when the parents asked for it themselves.

When young children (0 to 7 years of age) are involved, the most commonly used facility to treat the family and the child is a (Medical) Day Treatment Centre. When older children are involved, the child and the family can be referred a Boddaert Centre. These facilities are semi-residential (day treatment) clinics.

Next to that, many home-based programmes have been developed in the last decade. Some of these home-based programmes were derived from American family preservation programmes such as Families First (Kinney, Haapala, Booth & Leavitt, 1991), the Project 12-Ways (Lutzker, 1984; Lutzker & Rice, 1987), Healthy Families San Diego (McGinnis, Pemberton, & Barragan, 1997), Healthy Families America (Mitchell, 199...), (Nurse) Home Visitation (Olds, Henderson, Chamberlain, & Tatelbaum, 1986). Others such as Home Training (Baartman, 1988; Baartman, Bakker, Jagers & Slot, 1993) and Video-Home Training (Dekker, 1991; Dekker & Biemans, 1994; Vogelvang, 1993), Practical Pedagogical Family Help (Baartman, 1991), the Intensive Family Help Programme, and the Very Intensive Family Help Programme (Coenegracht, Maas, & Roosma, 1991) have been developed within the Dutch Mental Health System.

Major goal of Families First and the Very Intensive Family Help Programme is to prevent out-placement of children. The families who are referred to these programmes have one or more children in imminent danger of placement. Only families in which an acute crisis has developed are referred to the Families First programme. A professional worker (social worker) will visit the family in crisis within 24 hours. He/she than works with the family for 4 weeks. The professional is available for the family 24 hours a day, 7 days a week, either in person or by telephone. Practical, pedagogical, material and psycho-social support is given to the family. Total cost of this programme for one family is around Fl. 8700,00.

The Very Intensive Family Help Programme was developed for families with very complex and chronic problems. Contrary to the families who are referred to the Families First Programme, the family is not in an acute crisis. Nevertheless, also one or more children in these families are in danger of placement. The parents of the families who are enrolled in this programme very often have a lot of psychopathological problems which interfere with their ability to raise their children in an appropriate way. A professional works with the family 8 to 20 hours a week during 9 months. Total cost of this programme for one family is around Fl. 30.000,00.

Families who are enrolled in the Intensive Family Help Programme are referred to as "multi-problem" families. There is no imminent danger of placement of the children, but the parents cannot cope with their "normal" tasks. A professional works with the family 2 times a week during 2 hours. He/she will be working with one family during 1 to 1 1/2 year. Total cost of this programme for one family is around Fl. 20.000,00.

The Practical Pedagogical Family Help Programme and the Home Training Programme originally were developed for families with a handicapped child. Both programmes have become very popular and now are used for families who encounter problems with their children. Practical problems such as eating-, sleeping- and (light) behavioural problems are dealt with. Central issue in these programmes is the relationship between the parents and their children. A home-trainer visits the family once a week. A visit lasts approximately 2 hours and the total programme takes 6 to 12 months. Total cost of this programme for one family is unknown.

Video-Hometraining is an extension of the Home-Training Programme. Video registration is used to visualise communication patterns in families. Central issue in this programme is the basic communication between parents and children. A video hometrainer visits the family once a week during 4 months. Total cost of this programme for one family is Fl. 8000,00.

A (Medical) Day Treatment Centre is a treatment facility for children between 0 and 7 years of age and their families. The problems of the children and their families are complex and multi-faceted. A Day Treatment Centre is a multi-service programme, and includes multiple supportive services for both

children and parents. Children visit the Day Treatment Centre 5 days a week from 9 a.m. to 15.30 p.m. During the day, the children receive treatment in small groups (6 to 7 children). Individual play therapy, psychomotor therapy, speech therapy and physiotherapy can be implemented when necessary. Parents are visited by social workers at least once in two weeks, and can receive individual, family or couple therapy when indicated. Mean duration of the treatment in a Day Treatment Centre is around a year. Costs for a child in a Day Treatment Centre is approximately Fl. 250,00 a day. For older children (7 years of age and older) and their parents the Boddaert centres offer a similar programme as the Day Treatment Centres for younger children. However, the older children attend school and visit the Boddaert centre after school.

Recent research in the Day Treatment Centre in Aardenhout (Lamers-Winkelmann & Minnes, 1997) showed that over 80% of all children in this centre are victims of one or more, more or less severe, forms of abuse or neglect. More than half of the parents (55%) in this Day Treatment Centre also has been a victim of child (sexual) abuse and/or neglect in their own youth. Spouse abuse (53%), dependency (32%), mild mental handicap (28%), relationship problems (65%) and psychiatric problems (58%) are major problems in the families of children who are referred to the Day Treatment Centre in Aardenhout. Forty-eight percent of the mothers has been married before.

- References.
- Baartman, H.E.M. red. (1991). *Praktisch pedagogische Thuishulp in bewerkelijke gezinnen*. Houten: Bohn, Stafliu, Van Loghum.
- Baartman, H.E.M. (1988). *Intensieve thuishulp voor multi-problem gezinnen*. Nederlands tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs, 3, 309-322.
- Baartman, H.E.M., Bakker, C., Jagers, J., & Slot, W. (1993). *Ambulante hulp aan huis: van projecten naar programma's*. Utrecht: NIZW.
- Coenegracht, A., Maas, V., & Roosma, D. (1991). *Intensieve hulpverlening: helpen waar al het andere ophoudtoefwel helpen voor er geholpen kan worden*. In H.E.M. Baartman (ed.), *Praktisch Pedagogische Thuishulp aan bewerkelijke gezinnen*. Houten: Bohn, Stafliu, Van Loghum.
- Dekker, T. (1991). *Video Hometraining*. In H.E.M. Baartman (ed.), *Praktisch Pedagogische Thuishulp aan bewerkelijke gezinnen*. Houten: Bohn, Stafliu, Van Loghum.
- Dekker, T., & Biemans, H. (1994). *Video-hometraining in gezinnen*. Houten: Bohn, Stafliu, Van Loghum.
- Kinney, J., Haapala, D.A., Booth, C., & Leavitt, S. (1991). *The HOMEBUILDERS model*. In E.M. Tracy, D.A. Haapala, J. Kinney, & P. Pecora (Eds.), *Intensive family preservation services: an instructional source book* (pp. 15-49). Cleveland, OH: Mandel School of Applied Social Services.
- Lutzker, J.R. (1984). *Project 12-Ways: Treating child abuse and neglect from an ecobehavioral perspective*. In R. Polster & R. Dangel (Eds.), *Foundations of research and practice*. New York: Guilford.
- Lutzker, J.R., & Rice, J.M. (1987). *Using recidivist data to evaluate Project 12-Ways: an ecobehavioral approach to the treatment and prevention of child abuse and neglect*. *Journal of Family Violence*, 2, 283-290.
- McGinnis, H., Pemberton, C., & Barragan, S. (1997). *Professional and paraprofessional models of family support home visiting*. Workshop San Diego Conference on Child maltreatment. Jan. 1997.
- Mitchel, L. (1994). *Healthy Families America: preventing abuse by supporting parents*. *Violence Update*, 5(2), 1,2,4,10.
- Olds, D., Henderson, C., Chamberlain, R., & Tatelbaum, R. (1986). *Preventing child abuse and neglect: randomized trial of nurse home visiting*. *Pediatrics*, 78, 65-78.
- Vogelvang, B. (1993). *Video-Home Training 'plus' en het Projekt aan Huis*. Amsterdam: Vogelvang publ.

Gemma PONS

INTERVENCION PSICOLOGICA EN FAMILIAS CON PROBLEMAS DE MALTRATO INFANTIL

La familia constituye la referencia afectiva y social básica de los niños. La relación entre los miembros de una familia es uno de los factores que más influye en el desarrollo de las competencias de los hijos en los ámbitos socio-cognitivo, emocional y comportamental. En el proceso de la interacción, para garantizar un desarrollo óptimo del niño, los padres tienen que utilizar estrategias de resolución de los conflictos y las tensiones que aparecen en la convivencia y emplear prácticas apropiadas de educación.

Algunos padres utilizan prácticas de parentalidad incompetentes, en la medida que no son capaces de resolver los conflictos con el niño de forma breve, educativa y no violenta, no dando respuestas adaptadas a su edad y a sus necesidades. Entre estas prácticas de parentalidad incompetentes algunas son "arriesgadas" en cuanto que amenazan o ponen en grave peligro el desarrollo de las competencias del niño y su propio estado físico (Cerezo, 1997). Estas prácticas arriesgadas se mueven en un continuo de gravedad teniendo en cuenta la intensidad y la cronicidad, en las que el maltrato físico-emocional y el abandono o negligencia se encuentran en el extremo, constituyendo aquellas actuaciones u omisiones que pueden llegar a producir daños irreparables en el niño (Cerezo, en prensa).

Todo ello nos lleva a considerar que en el tratamiento familiar, especialmente en los casos de maltrato infantil, tenemos que darle a la interacción un valor fundamental a partir del cual se pueden derivar una serie de estrategias de intervención; tal como sería el trabajo en la potenciación de prácticas

apropiadas de parentalidad y la transformación de las relaciones negativas en comportamientos más sociales y afectivos (Cerezo, 1992), sin olvidar que las relaciones aversivas entre padres e hijos son bidireccionales.

Pero la familia no vive ajena a su interacción con la sociedad y los múltiples problemas que sufren influyen sobre la dinámica de la misma. De esta forma el aislamiento social, la presencia de problemas emocionales, los problemas económicos y laborales, el consumo de alcohol y drogas así como el conflicto entre la pareja son algunos de los factores que más influyen sobre la interacción familiar. Estos factores o eventos situacionales (setting events) están afectando de forma indirecta sobre la probabilidad de ocurrencia de episodios abusivos (Reid, 1983; Cerezo, 1992) dado que incrementan los enfrentamientos y disminuyen la competencia parental (Cerezo y Pons-Salvador, 1996).

Teniendo en cuenta todas las variables que juegan un papel fundamental en la aparición del abuso físico-emocional, la intervención tendrá que incluir tanto el trabajo con los factores que influyen de forma directa en la ocurrencia de los episodios de abuso, llamados también eventos estimuladores (stimulus events), entre los que se encuentran la frecuencia de enfrentamientos y el déficit de competencia parental, así como los factores que afectan de forma indirecta sobre la probabilidad de ocurrencia de episodios abusivos y que son los que hemos descrito como eventos situacionales o setting events.

Este tipo de intervención sigue unas pautas generales útiles para trabajar con familias con problemas graves de relación (Cerezo, 1992), si bien el proceso terapéutico se ajustará a las peculiaridades de cada una de ellas. La intervención debe iniciarse con una evaluación exhaustiva multimétodo (autoinformes, entrevistas, evaluación observacional, juicio del terapeuta) de cada uno de los factores, tanto directos como indirectos, trabajando sobre los problemas específicos que plantea la familia.

En las familias en las que se está ejerciendo disciplina punitiva el primer objetivo debe ser eliminar los episodios de abuso. Por este motivo el inicio del tratamiento se centra en trabajar los factores directos o eventos estimuladores del conflicto familiar a través del entrenamiento de los padres en el incremento de la competencia parental. Para ello nos sirve como marco de referencia indicadores de la competencia tales como percepciones y expectativas adecuadas del comportamiento de los hijos, recursos y habilidades en resolución de problemas, disciplina y supervisión adecuadas, apoyo emocional y afectivo y habilidades de comunicación. Otro tipo de indicadores son aquellos que están evaluados empíricamente con datos observacionales, tanto con población clínica (familias referidas a tratamiento por presentar problemas de relación o ejercer malos tratos con sus hijos) (Cerezo y D'Ocon, 1995) como no clínica (Dolz, 1997). Esta evaluación observacional (Cerezo, et al. 1988) nos ofrece información sobre las respuestas apropiadas e inapropiadas de la madre/padre ante el comportamiento de los hijos, así como el tipo de interacciones que se dan en el ambiente natural de la familia. Es importante tener en cuenta que con frecuencia estos padres han crecido en hogares conflictivos, hecho que influye sobre el no haber aprendido estrategias adecuadas de crianza.

Un denominador común de este tipo de familias es que el abuso físico se suele centrar sobre uno de los hijos. De modo que los padres justifican sus actuaciones abusivas por el mal comportamiento de éste, en un intento de "corregirle" o "educarle". Por este motivo con frecuencia el inicio del tratamiento se realiza con algunos de los problemas que presenta este hijo, con el objeto de que los padres se interesen e impliquen en la terapia, ofreciéndoles técnicas y alternativas educativas más eficaces y menos punitivas. Estos problemas a veces son percibidos y otras veces reales, incluso algunos son consecuencia del comportamiento parental, de modo que son niños que se encuentran psíquica y físicamente afectados. Pero también son niños que tienen mayor probabilidad de presentar problemas de conducta que ponen más a prueba la escasa capacidad de sus padres para resolver las situaciones conflictivas (Cerezo y Pons-Salvador, 1994).

El trabajo sobre los eventos situacionales se estructura de acuerdo con la formulación de Wahler y Dumas (1989) en la que básicamente el terapeuta pide a la madre que resuma los referentes estimuladores de sus juicios. Un juicio se considera como un constructo personal que puede ser un descriptor, válido o no, de acontecimientos vitales reales. En este tipo de familias los padres tienden a percibir las cosas dentro de un constructo global en el que incluyen tanto los problemas del comportamiento de los hijos con lo que ellos esperan del niño así como el conjunto de estresores que rodean a la familia. El objetivo de esta fase del tratamiento es enseñar a los padres a distinguir entre el cuidado y atención del niño y los problemas que de ello puedan derivar, de otras facetas y conflictos que le aquejan en su vida.

Durante estas sesiones se trabaja por lo tanto sobre la distinción de las fuentes de los problemas a través de patrones conversacionales, incrementando la complejidad de su percepción al ir distinguiendo la fuente de cada problema. En estas sesiones se explora la percepción que se tiene sobre la vida y las relaciones con sus diferentes entornos, la pareja, la familia, los vecinos etc., entrenando a discriminar entre las distintas fuentes de tensiones. También es interesante repasar las relaciones que tuvieron durante la infancia con su familia de origen y como se mantienen estas relaciones actualmente. Son muchos los casos en los que nos encontramos con padres con problemas emocionales y/o con problemas de comunicación, por ello se trabaja en terapia la depresión, autoestima, entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, asertividad etc., siguiendo fundamentalmente las estrategias de intervención proporcionadas por el modelo cognitivo-conductual.

También se les apoya a que aumenten sus relaciones sociales proporcionándoles información sobre los distintos recursos y actividades de la comunidad en la que viven.

Uno de los estresores que la familia vive con más intensidad es el problema de relación entre los padres. Cuando persiste un fuerte conflicto marital, cada uno de los padres se siente atrapado en un círculo de relación aversiva que les afecta emocional, perceptiva y comportamentalmente. En estas circunstancias los hijos quedan en un segundo plano de modo que se les presta menos atención de lo habitual o la interacción con ellos es más coercitiva, llegando en los casos extremos a la violencia física. En estas circunstancias se puede incluir en la terapia el trabajo de las relaciones con la pareja, cuyas soluciones pueden oscilar entre la resolución del conflicto a la separación conyugal. Las relaciones aversivas entre los padres afectan mucho más sobre el estado emocional, la ansiedad y el comportamiento de los niños, que la separación en sí misma (Pons-Salvador, 1994; Pons-Salvador y Del Barrio, 1995), de modo que uno de los factores fundamentales de la adaptación de los niños al divorcio de sus padres es que éstos tras la separación no mantengan relaciones aversivas, al menos delante de ellos (Pons-Salvador, 1997). Por lo tanto, cuando los padres tienen una relación conflictiva crónica, estén o no separados, maltratan emocionalmente a sus hijos, dado el impacto psíquico que esto tiene sobre ellos.

Durante las sesiones terapéuticas en las que se tienen en cuenta los eventos situacionales se repasan las estrategias aprendidas durante las sesiones de entrenamiento de padres, con el objeto de mantener los cambios logrados. En algunos casos, después de la evaluación realizada al final del tratamiento, se considera necesario proporcionar a la familia un apoyo durante un tiempo. Esto sucede fundamentalmente cuando los múltiples problemas del ambiente familiar persisten, de modo que la familia sigue sometida a mucha tensión y demandas, o en aquellos casos en los que la interacción positiva se resiste a incrementar o se mantiene índices altos de inconsistencia de la conducta parental ante el comportamiento del niño. El tipo de apoyo puede ser introducir a una persona, ya sea familia, amiga o voluntario, como co-terapeuta que ayuda a la madre en su propio medio a consolidar los cambios (Cerezo, 1992).

Durante todo el proceso terapéutico se intenta evitar cualquier tipo de fiscalización o relación policial, proporcionando a la familia una confianza y ayuda que puedan ser una alternativa apropiada en la que se establezca un buen rapport terapeuta-familia (Cerezo, 1992). Sin embargo, si no cesan los episodios de abuso o la negligencia parental, poniendo en peligro la integridad física o psíquica del niño, se debe considerar otro tipo de actuación, sin descartar la posibilidad de seguir trabajando en paralelo con la familia.

REFERENCIAS.

- Cerezo, M.A. (1992). Programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil. Ed. Institut Valencià de Serveis Socials. Valencia.
- Cerezo, M.A. (1997). Prevention of Child Abuse and Neglect. Documento no publicado para la Unión Europea en el Proyecto Concerted Action on the Prevention of Child Abuse in Europe (CAPCAE).
- Cerezo, M.A. (en prensa). Parent-Child conflict, coercive interaction and child physical abuse. En R. Klein (Ed.) Multidisciplinary perspectives on child abuse. London: Routledge.
- Cerezo, M.A. y D'Ocon, A. (1994) Maternal Inconsistent Socialisation: An Interactional Pattern with Maltreated Children. Child Abuse Review 4, 14-31.
- Cerezo, M.A., Keesler, T.Y. Dunn, E.S. y Wahler, R.G. (1991). Standardized Observation Codes III. En M. A. Cerezo (Ed.). Interacciones familiares: un sistema de evaluación observacional (capítulo 2). Mepsa, Madrid.
- Cerezo, M.A. y Pons-Salvador, G. (1994) El maltrato paterno-filial: Intervención en los procesos familiares. Infancia y sociedad, 24, 201-222.
- Cerezo, M.A. y Pons-Salvador, G. (1996) Ecosystem Adversity as Setting Factors in Mother's Judgment of Child Behavior and Indiscriminate Mothering. European Journal of Psychological Assessment, 12 (2), 103-111.
- Doiz, L. (1997). Factores situacionales, autopercepción de competencia materna y pautas interactivas madre-hijo en ambiente natural. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia.
- Pons-Salvador, G. (1994) Impacto emocional en los niños causado por el divorcio parental. València: Servei de Publicacions de la Universitat de València.
- Pons-Salvador, G. (1997) El establecimiento de las pautas de visita del padre no custodio en el proceso de separación familiar. Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar. 14, 53-67.
- Pons-Salvador, G. y Del Barrio M.V. (1995). El efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos. Psicothema. 7 (3), 489-497.
- Reid, J. (1983). Social interactional pattern in families of abused and non-abused children, en C.Z. Waxler, M. Cummings y M. Radke-Yarrow (Eds.). Social and biological origins of altruism and aggression, Cambridge Press.
- Wahler, R.G. y Dumas, J.E. (1989). Attentional Problems in dysfunctional mother-child interactions. Psychological Bulletin, 105, 116-130.

SYMPOSIUM 8

TRACTAMENT DE LA VÍCTIMA I DE L'AGENT DE L'ABÚS SEXUAL DINS DE LA FAMÍLIA
TRATAMIENTO DE LA VÍCTIMA Y DEL AGENTE DEL ABUSO SEXUAL DENTRO DE LA FAMILIA
TRAITEMENT DE LA VICTIME ET L'AGRESSEUR SEXUEL EN MILIEU FAMILIAL
THE TREATMENT OF THE VICTIM AND OF THE PERPETRATOR OF SEXUAL ABUSE IN THE FAMILY

OCT 21 10.45/12.15 TARRAGONA TS

COORD.	Michelle ROUYER	France
PART.	Annick LAMPO	Belgium
	Cristiana PESSINA	Italy
	Wendy STANTON-ROGERS	United Kingdom

Michelle ROUYER

Psychiatre, psychothérapeute. Médecin responsable du Placement Familial Thérapeutique Le Relais Alésia.

Annick LAMPO

M.D., Child Psychiatrist. Free University Brussels. Co-ordinator of the Confidential Doctor Centre of Brussels.

Cristiana PESSINA

Pédopsychiatre et psychothérapeute. Centre pour l'enfant maltraité de Milan.

Wendy STANTON-ROGERS

Senior Lecturer in the School of Health and Social Welfare at the Open University, Milton Keynes

Michelle ROUYER

LE RÔLE DU JUGE DES ENFANTS DANS LE CADRE D'UN PLACEMENT FAMILIAL
THÉRAPEUTIQUE

Le Placement Familial Thérapeutique Le Relais Alésia accueille 30 enfants dont les deux tiers ont été placés par décision du juge des enfants après constatation de négligences graves et de maltraitance physique et psychologique, y compris l'existence de liens incestueux.

Le Juge des enfants intervient pour protéger l'enfant et resituer les devoirs et les droits de ses parents.

Il rappelle l'existence des lois qui ont été transgressées.

Il est garant du bon déroulement de la prise en charge thérapeutique de l'enfant et de sa famille au cours du placement, en relation avec l'équipe de soins.

Son rôle est indispensable et structurant. Il permet le travail de restauration des capacités éducatives et affectives des parents.

Annick LAMPO

LINKING CAUSES AND CONSEQUENCES :
THE TREATMENT OF THE CHILD VICTIM AND THE PARENT PERPETRATOR

To help a child, especially an abused child, it seems that the thing to realise is a valuable relationship between a parent and his child. Dozens of programs have been tried out but the only ones that work and succeed are those who are intensive, comprehensive, flexible and staffed by professionals with the time and skills to establish solid relationships with their clients. In other words, caring and providing services works out when they respectfully and directly address the real needs of all family members.

We should be aware that we need to tend and feel differently about sexual abuse. Yet clinical findings show that sexual abuse within the family affects all family members but also often evokes their wish to bring a healthy change into their lives.

Without any doubt there exists a difference between intra and extrafamilial sexual abuse, perhaps not in the act itself, maybe not always in the intentionality but certainly in the consequences for the child :

- the parent child relationship is badly endangered;
- love and hate are so close that the ambivalence becomes pathologic;
- the child is "touched" in the core of what should be his most protective environment.

Sexual abuse means that the caregiver loses his neutral position. It causes questions about the possibilities of confidentiality, the need of the parents motivation, the choice between care or punishment.

At the same time, sexual abuse means an emphasis on investigation in many countries, a lack of evidence and the underestimation of what it means to a child to become "responsible" for the incarceration of the parent perpetrator.

Loyalty feelings of a child towards his parents need to be accepted, even respected. A child should not feel he has to make a choice against his parents. In other words, the abused child should never be the crown witness "à charge" and caregivers should be aware that the total destruction of the child's roots severely affects his identity and personality. Therefore, implication of the parent perpetrator in building up diagnosis and therapy is absolutely necessary. Not to forget about the problem, not to minimise, but to create transparency and a climate without any secrets where all adults are stimulated to take up their responsibilities and not to defend themselves. It is certainly worth trying as it will enhance a healing process in the child.

Most sexually abused children and their parents (perpetrator) are scared about what is going to happen. There exist great fear about possible sequelae for the child, about possible separations within the family, about immediate financial and social problems and about the reactions of the surrounding society.

Helping the sexually abused child means helping his parents, also the parent perpetrator, whether we want this or not. Helping the child means the will to explore those distorted parent child relationships in order to search for more comprehension of this incomprehensive, complex and incoherent family pattern.

Cristiana PESSINA

LE TRAITEMENT DE LA VICTIME ET DE L'AUTEUR DE L'ABUS DANS LES CAS D'ABUS SEXUEL À L'INTÉRIEUR DE LA FAMILLE: L'EXPERIENCE DU C.B.M. DE MILAN
Cristiana Pessina, Marinella Malacrea

L'expérience qu'on va vous illustrer porte sur le travail clinique qui depuis plus de dix ans est effectué au C.B.M., Centro per il Bambino Maltrattato e la Cura della Crisi Familiare (Centre pour l'Enfant Maltraité et Traitement de la Crise Familiale) de Milan, qui s'occupe surtout de l'évaluation de maltraitement de l'enfant à l'intérieur de la propre famille.

Ces derniers temps nous avons dénombré de plus en plus de cas d'abus sexuel et de la nécessité d'approfondir davantage ce thème, soit du point de vue clinique que théorique, ce qui a eu pour conséquence l'ouverture en 1995 d'une Unité pour le Traitement et la Recherche sur l'Abus Sexuel (U.C.R.A.S.).

Dans la plupart des cas dont nous nous occupons, l'abus sexuel est perpétré à l'intérieur de la famille. Le plus souvent l'auteur de l'abus est le père ou de toute façon l'adulte qui revêt le rôle paternel. Cependant, pour abréger, nous citerons les situations les plus fréquentes, c'est à dire celles où l'adulte protectif est la mère, l'auteur de l'abus est le père, la victime une fille de sexe féminin. La typologie de l'intervention peut comprendre:

- seulement le traitement de l'enfant
- le traitement de l'enfant et de la mère
- le traitement du père coupable d'abus
- le traitement du noyau familial.

Le choix parmi ces options dépend de différents facteurs. Surtout à partir de quels milieux ils se profilent avec la découverte de l'abus.

Ces situations arrivent à notre attention, en fait par l'intermédiaire du Tribunal des Mineurs qui devant décider au sujet des dispositions que devaient être prises pour la tutelle de l'enfant, nous demande un diagnostic psychologique très précis du mineur, et quelle est la qualité de sa relation avec ses parents.

Si une mère est déjà 'protectrice', on commence tout de suite un travail avec elle. Nous pensons en effet, que soutenir la mère dans cette phase en l'aidant d'un côté à gérer la révélation de l'abus et de l'autre à élaborer ses sentiments, tout à fait semblables à ceux de sa fille, est une aide considérable.

La mère est alors engagée dans un travail thérapeutique parallèle à celui de la fille, avec un passage continu de contenus entre l'une et l'autre, de façon qu'il devienne possible de renouer des liens déchirés qui sont à l'origine de l'abus.

Mais même quand on se retrouve devant une mère qui nie, qui ne croit pas sa fille, et qui affirme qu'il est absolument impossible que tous ce que l'enfant raconte se soit passé, tous nos efforts se concentrent pour essayer de promouvoir chez la mère des mouvements émotifs, qui puissent l'amener à accéder à la souffrance de sa fille, et à accepter qu'il y a eu un abus. Cela se vérifie, de façon analogue à ce que nous essayons de faire avec les auteurs de l'abus, à travers un travail sur la négation.

Seulement quand cela ne nous porte pas les résultats attendus le travail thérapeutique comprend la victime elle seule.

Il faut dire qu'à la base de notre expérience dans ces cas là, le parcours thérapeutique est plus difficile: l'enfant se retrouve confronté à une double perte; elle doit affronter la réalité vécue de façon très douloureuse à cause de l'absence de soutien et de réconfort de la figure maternelle finalement

disponible et présente, de même qu'elle pourrait vice-versa réussir à devenir grâce au soutien psychologique la mère "protectrice". Il arrive ainsi, que, parfois, on se retrouve en présence d'enfants qui renoncent, pour ainsi dire, à reconstruire un monde intérieur détérioré, car elles ne trouvent pas un bon motif, dans le vide relationnel qui se dessine devant elles, pour essayer de vaincre les défenses psychologiques qu'elles ont utilisées pour affronter les faits relatifs à l'abus. Il s'ensuit de graves problèmes psychologiques types structuration de faux-soi, et/ou de graves problèmes de connaissances comme dans le cas des enfants qui s'identifient de la pensée.

En ce qui concerne les coupables d'abus, notre travail prévoit toujours qu'on essaye de les aider à dépasser les quatre niveaux de la négation, comme le décrivent Barrett et Trepper, que nous allons illustrer.

Quand cela est possible, on passe à la phase successive, un travail qui comprend, d'un côté la continuation de la thérapie avec le coupable visant à l'élaboration des causes qui l'ont porté à l'abus et surtout à renforcer les inhibiteurs intérieurs par rapport à l'abus (selon l'impostation théorique des quatre conditions requises du C.S.A, formulées par Finkelhor).

Seulement à ce point il y a les bases pour qu'un travail sur la reconstruction des relations puisse commencer.

Cela n'arrive pas toujours: seulement à condition que la victime soit d'accord et le permette, on peut commencer une véritable thérapie de la famille. Il est plutôt rare dans le cours de notre expérience que cela arrive, étant rare, comme on avait déjà dit, que toutes les conditions qui le permettent se présentent (le père qui admet, la victime qui accepte, relation conjugale encore en cours). Un, parmi les cas que nous illustrerons, concerne une telle possibilité.

Il faut souhaiter, cependant, que pour la valeur réparatrice élevée qu'une telle intervention produit, qu'on puisse au moins arriver à des séances "d'excuse" pendant lesquelles le coupable assume la responsabilité de l'abus devant la fille, et exprime ses propres regrets pour la douleur provoquée.

Le plus souvent, on se retrouve devant une dyade mère-fille (ou l'enfant seule).

Les buts de la thérapie, qui est une thérapie post-traumatique, avec une relation constante entre le monde intérieur et les expériences réelles, sont:

- contraster les vécus d'impuissance, intenses et paralysants soit pour la victime que pour la mère en parcourant les vicissitudes de l'abus et en révélant ce qui est resté secret pendant longtemps;
- cela permet d'attribuer correctement les responsabilités dans le but de contraster les vécus de culpabilité;
- reconstruire un terrain personnel de relation sur lequel élaborer un deuil pour ce qui a été inévitablement perdu et réparer les relations encore récupérable.

La grande complexité typique des situations d'abus sexuel fait en sorte qu'il est nécessaire de privilégier la plus grande souplesse dans le choix des modèles théoriques de référence et de dessins d'intervention.

L'optique systémique-relationnelle a été précieuse car elle a permis une lecture différenciée mais contemporanément reliée à tout le panorama des relations familiales. Mais à l'intérieur de ce cadre il faut placer les interventions de diagnostic et de thérapie individuelle d'orientation psychodynamique, indispensable pour pouvoir effectuer un diagnostic psychologique et plus en général pour s'approcher du monde intérieur des différents protagonistes de l'intervention.

Wendy STANTON-ROGERS

VICTIMS OR SURVIVORS: THERAPY OR 'RIGHTING THE WRONG'?

In the English-speaking world, over the last two decades or so, sexual abuse has become a dominant preoccupation, both among welfare professionals and the general public. It has come to be seen as a wide-spread and very serious social problem, causing enormous harm to large numbers of children. As a result, strong measures have been taken to intervene to protect children. However, as Parton, Thorpe and Wattam (1997) have pointed out, most resources have been devoted to investigating allegations of abuse rather than either seeking to prevent abuse happening, or to help children and their families overcome the effects of the abuse. This situation is becoming increasingly worrying, especially as it seems that while more and more allegations are being reported, the actual rates of abuse detected have changed very little. In other words, massive (and growing) resources are being diverted into the process of discriminating 'false alarms' from cases where abuse is happening, with very little, if any, benefit in terms of uncovering abuse which might previously have been missed (or, indeed, may continue to be being missed).

The general response to this situation is to argue that we need to change our priorities - we should transfer our efforts and resources away from investigation, towards providing support and treatment. This, it is argued, needs to be of two kinds. First, we should provide a range of therapeutic and support services for children who have been abused (and, where appropriate, for the non-abusing parent), in order to help them overcome the damage that the abuse has caused. Second, we should set up treatment programmes for abusers, either in prison or in the community. The aim here is to divert offenders away from their abusive behaviour and hence prevent them from going on to abuse again in the future.

In this paper I will be concentrating upon an examination of the kinds of services we should provide for children who have been sexually abused. In particular I want to question whether offering children therapy is always the most effective or helpful action to take; and to explore alternative courses of action which may be more appropriate.

The rationale for offering therapy is that sexual abuse causes serious psychological and emotional damage which, if left untreated, will have a long-lasting and very damaging impact on the individual. Untreated child victims are portrayed throughout the very extensive literature on the effects of sexual abuse as destined to become 'psychological cripples' for life, unable to function as normal, adjusted members of society. It is this conviction of the inevitable and grave emotional and psychological harm caused by sexual abuse which provides the warrant for intervention (in the English-speaking world, this very often means taking the child from the family). It is also offered as the major argument for providing therapy, since this is viewed as the only means by which the damage may be healed and the abused child (or adult abused in childhood) enabled to regain the possibility of becoming a normal, functioning person again.

Work one of my graduate students is carrying out for her doctorate (O'Dell, 1993) challenges this 'harm warrant'. She points out, first of all, that its impact upon individuals who have suffered abuse in childhood is very negative. Branding them as 'psychological cripples' is highly stigmatising. It reinforces the idea that their involvement in deviant sexual activity has made them somehow 'dirty'. It is, she argues, very destructive to be told that one is incapable of being a well-adjusted, 'normal' person, a good parent or a loving partner in a relationship. Irrespective of any harm caused by the abuse itself, to be labelled as a 'victim of sexual abuse' can, in itself, be very damaging.

She presses this argument further by suggesting that it is not a great deal better to be told that the only chance one has for recovery is to receive therapy. This merely reinforces the sense of being a 'psychological cripple'— someone who is weak and incapable of dealing with life without an 'expert' to sort it out for them. Many forms of therapy (especially those based upon psychoanalytic theory) are also, in themselves, highly distressing and harrowing. These arguments are the basis of a growing self-help movement, usually run for and by individuals who have suffered sexual abuse. Often such groups reject the label of 'victim' because of its negative connotations, and prefer to call themselves 'survivors', stressing the courage and strength required to overcome the impact of abuse.

Empirical research that Lindsay O'Dell has conducted for her dissertation indicates that while some such 'survivors' agree with the dominant theory that sexual abuse causes psychological and emotional damage, many reject it. Instead they view the impact of abuse as one of being 'wronged'— the harm they have suffered is that they have been betrayed, 'used' and let down by the very person they should have been able to trust. Rather than seeing themselves in need of therapy, they see themselves as deserving to have that wrong righted— by, for instance, the abuser being punished, or by receiving compensation.

O'Dell's research focused entirely on accounts provided by adults. However there are, I believe, important lessons to be learned about the kinds of services and support we should provide for children. We can ask to what extent children may also prefer to be treated not as 'victims' but as 'survivors', and to receive help to 'right the wrong' that has been done to them rather than (or, at least, in addition to) receiving therapy?

The trouble is, in the English-speaking world at least, this is almost the opposite of what actually happens to them. Once subject to an investigation, children lose virtually all control over their lives. Far are often made to feel weak, helpless and belittled (see, for example, Wattam, 1992). Crucially, as Kitzinger points out:

[a]ctivities which could be recognised as attempts to resist, or cope with abuse are, instead, labelled as 'post-traumatic stress syndrome' or cited as evidence for psychic scarring (Kitzinger, 1990:166). In other words, what might, in any other situation, be seen as a perfectly normal, healthy reaction to being wronged— to having been betrayed by somebody whom you feel you should be able to trust— often gets pathologised for the sexually abused child; turned into a set of 'signs and symptoms' of some terrible, underlying psychic trauma. As Kitzinger (op cit) neatly sums it up, the child thus gets 'recast as a submissive object of victimisation even by the process of intervention and treatment'.

What this implies, I believe, for the treatment of children who have been sexually abused is that we need to bring about a fundamental change in the way we treat them and the services and support we provide for them. These should include:

- developing systems of investigation and intervention which empower children; that keep them informed about the actions that are being taken, that ensure they are consulted, and that allow them real say in what happens to them;
- workers keeping an open mind about whether or not the child has been inevitably and irretrievably harmed, and being more willing to acknowledge that children's reactions may be reasonable responses to being wronged rather than 'symptoms' of psychological damage;
- moving to a response strategy which is less patronising (i.e. based on the need to 'protect' the child) and more respectful (i.e. based on the child's right to have the wrong which has been done to them acknowledged and, where possible, put right rather than made worse);

- basing therapy, where it is offered, upon the need to foster rather than undermine the child's self-esteem. Therapy must also be very sensitive to its potential to stigmatise the child, and must actively strive to avoid reinforcing negative imagery and pathologisation.

Finally, I believe that we need to take more general action in respect to all children, not just those who have been or are at risk of being abused. Currently children are largely disenfranchised from most of the services and resources available to adults who are in trouble of some kind. In the UK, for example, we have very few refuges for abused children like those we provide for women who suffer domestic violence (and we have few enough of those). Children in the UK have some limited entitlements to take independent legal action (for example, to choose to leave the family home and live elsewhere, with grandparents, for example). The problem is that it is extremely hard for children to exercise these legal entitlements, since their access to legal advice is highly constrained, not least because of the paternalistic attitudes taken by many lawyers.

We know that large numbers of children prefer to suffer abuse rather than risk having their lives 'taken over' by an investigation by the police and social workers. Until we can offer them a viable alternative, one in which they can take independent action, we will do nothing to help these— perhaps the majority of— abused children. The result is that such children will, not unreasonably, feel doubly wronged: wronged first by their abuser, and then wronged once more by a society which offers them no way out. It is, I believe, about time we did something about this. If we, too, are not to collude with abuse rather than trying to tackle it.

References.

- Kitzinger, J. (1990) 'Who are you kidding? Children, power and the struggle against sexual abuse', in James, A. and Prout, A. (eds) *Constructing and Reconstructing Childhood*. Falmer Press: London.
- O'Dell, L. (1993) 'The Harm Warrant', paper Presented to the European Association of Experimental Social Psychology General Meeting, Lisbon.
- Parton, N., Thorpe, D. and Wattam, C. (1997) *Child Protection: Risk and the Moral Order*. Macmillan, Basingstoke.
- Wattam, C. (1992) *Making a Case in Child Protection*. Longman/NSPCC: London.

SYMPOSIUM 9

EL TREBALL EN XARXA EN LA PROTECCIÓ INFANTIL
EL TRABAJO EN RED EN LA PROTECCIÓN INFANTIL
TRAVAIL EN RÉSEAU DANS LA PROTECTION DE L'ENFANCE
NETWORKING IN CHILD PROTECTION

OCT 21	10.45/12.15	LLEIDA	TS
COORD. PART.	CiÓ BARJAU Jorge BARUDY Simone EK Jesús FUERTES		Spain Belgium Sweden Spain

CiÓ BARJAU

Trabajadora social del Centro de Acogida y Urgencias de Infancia, profesora de la Escuela Universitaria de Trabajo Social, Universidad de Barcelona.

Jorge BARUDY

Neuropsiquiatra, terapeuta familiar, Docente departamento terapia sistémica Universidad Católica de Lovaina (Bruselas). Director Centro médico-psicosocial "EXIL".

Simone EK

M.d. Political Science at Stockholm University. Senior Adviser, UN Convention on the Rights of the Child in Sweden and Europe Rådda Barnen.

Jesús FUERTES

Dr. en Psicología, Ldo. en Pedagogía. Secretario Técnico de Ordenación, Servicios Sociales y de Protección a la Infancia, Gerencia de Servicios Sociales, Junta de Castilla y León.

Jorge BARUDY

LA UTILIDAD DE UN MODELO DE RED EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL

Se puede decir que solo a partir de 1979, la sociedad belga acepta que el problema del maltrato infantil es un problema de salud pública y por tanto un problema social. Desde ese año hasta 1984, la O.N.E. (Office de la Naissance et de L'Enfance), con el apoyo de la Comunidad Francesa de Bélgica y el concurso de las universidades de Lieja, Libre de Bruselas, y Católica de Lovaina, desarrolló

un programa de investigación-acción destinado a realizar un estudio de la situación de la infancia maltratada en ese país. Los resultados de esta investigación permitieron a la opinión pública tomar conciencia de la magnitud del problema. La necesidad de la utilización de una lectura ecosistémica para la comprensión de este fenómeno, permitió la elaboración de lo que es actualmente el Programa Nacional de Prevención y de Tratamiento del Maltrato Infantil en la parte francófona del país.

Bélgica, a diferencia de otros países europeos, eligió como modelo la creación de equipos especializados llamados equipos S.O.S Enfants-Famille. Estos equipos multidisciplinares, compuestos por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados y personal de secretaría, tienen por decreto una triple misión:

- 1.- La atención integral al niño maltratado y a su familia.
- 2.- Desarrollar investigaciones sobre el fenómeno del maltrato y los diferentes modelos para erradicarlo.
- 3.- Desarrollar programas de formación para los diferentes niveles profesionales implicados en la protección infantil.

Si bien es cierto que la creación de estos equipos por parte del legislador permite una mejora para la infancia del país, desde el comienzo existió el riesgo que la comunidad considerara estos equipos especializados como los únicos capaces de manejar un fenómeno que por su etiología tiene una multiplicidad de causas y que, para su tratamiento y prevención, necesita del esfuerzo de todo el sistema social y sus instituciones.

En relación a esto, existió el peligro de que los diferentes profesionales, y sobre, todo la opinión pública, creyeran que la solución para este tipo de violencia era exclusivamente médica y/o judicial, conllevando un riesgo importante de estigmatización, no solamente de los padres maltratadores, sino también del niño víctima de este fenómeno.

Afortunadamente, la mayoría de los profesionales de estos equipos optaron por el desarrollo de prácticas de redes que, movilizándolo el conjunto de recursos existentes tanto a nivel institucional como a nivel profesional, y por supuesto, considerando los recursos naturales de las familias y de sus redes sociales, sirven como antídotos a estos riesgos.

En esta mesa redonda, el modelo de Intervención que presento es el resultado del trabajo coordinado en dos niveles de acción:

Primer nivel:
Corresponde al desarrollado por los trabajadores médico-psicosociales de la atención primaria que se ocupan de los niños en un sector o en una comunidad (pediatras y enfermeras que desarrollan el programa de "seguimiento de salud infantil y atención al niño sano", médicos generales y médicos de familia, profesionales de centros de salud mental, profesionales del sector escolar, trabajadores de centros de planificación familiar, animadores de actividades de tiempo libre, profesionales de los servicios sociales y profesionales de la justicia, etc.).

Segundo nivel:
Intervienen los miembros de los equipos pluridisciplinares que en el caso belga corresponde a los equipos S.O.S. Enfants-Famille, cuya misión es la prevención y el tratamiento de las situaciones de maltrato infantil.

Durante más de diez años pude participar en el desarrollo de este Programa de Intervención Global basado en un enfoque sistémico e intracomunitario, en el cual, la práctica de redes es el instrumento más importante. La descripción del modelo corresponde a una experiencia vivida en la cotidianidad de uno de los equipos S.O.S. Enfants-Famille: el equipo de la Universidad Católica de Lovaina en Bruselas.

El desafío planteado por este Programa fue desarrollar modelos de análisis que fueran globales en la comprensión del fenómeno del maltrato, pero que también permitieran una acción eficaz para cada una de las situaciones presentadas. Así, para intervenir en la complejidad dinámica desde donde emerge el maltrato infantil como síntoma, fue necesario "detener el tiempo" y "limitar el espacio", para evitar el riesgo de perderse y caer en una sensación de impotencia confrontándose a las múltiples situaciones, factores y protagonistas, que por sus interacciones participan en la producción de las situaciones de maltrato infantil tanto intra como extra-familiar.

El enfoque ecosistémico de un fenómeno complejo como es el caso de los malos tratos a los niños y su intervención a través de prácticas de redes, nos planteó el desafío de encontrar un procedimiento de intervención que asegurara, no solamente una coherencia en una atención no violenta de las familias que provocan maltratos, sino que además protegiera a los profesionales del riesgo del síndrome de agotamiento profesional (Burnout), que los autores españoles llaman el síndrome del Queme. (Masson O, 1990. Arruabarrena M.I. 1995).

Esto explica que una parte importante de nuestros esfuerzos se hayan destinado también a elaborar procedimientos que permitan a los diferentes profesionales, implicados en el tema de maltrato, funcionar en redes protectoras. Tan importante es proteger a los niños como a las personas que ayudan a mejorar las condiciones de protección de estos niños. Los sistemas institucionales deberían tener siempre presente que el recurso fundamental de la prevención y el tratamiento del maltrato infantil es la persona del profesional; por lo tanto, todo lo que se pueda hacer para cuidarle es una forma directa de ayudar a la infancia.

Un profesional que se quema significa no solamente una pérdida importante en términos del costo económico que implica su formación y experiencia, sino sobre todo una pérdida de aires de experiencia y competencia, garantía de una intervención adecuada en esta temática.

La intervención en casos de maltrato implica siempre situaciones conflictivas para los profesionales. En esta conferencia insistiremos que éstos deben introducirse de una manera más o menos agresiva en la vida de una familia, cuestionando sus representaciones, sus mapas del mundo, la forma en que ellos resuelven sus conflictos, satisfacen sus necesidades, cuidan y educan a sus niños. La intervención social terapéutica puede y debe ser agresiva, pero nunca violenta. Los profesionales comprometidos con la protección infantil deben tener una ética que les permita actuar con mucha firmeza y eficiencia para asegurar la vida y el bienestar de los niños, evitando de todas las formas posibles que, esta fuerza agresiva, necesaria para realizar la tarea, se transforme en una fuerza destructiva o violenta.

Basándonos en nuestra experiencia, afirmamos que para poder trabajar en este campo los profesionales deben adquirir un manejo de la agresividad, que debe estar ritualizada, es decir, controlada y al servicio de la defensa de las necesidades y derechos de los niños.

Los procedimientos de intervención que proponemos en casos de maltrato, y que presentamos en esta mesa redonda son una forma de coordinar y movilizar los recursos "agresivos" existentes en una red de profesionales. En nuestra práctica, la organización de redes de profesionales a partir de un equipo coordinador especializado ha sido y es uno de los medios y objetivos principales de toda nuestra acción terapéutica y preventiva.

Jesús FUERTES

CONDICIONES PARA EL TRABAJO EN RED EN LAS SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN INFANTIL

El trabajo en red entre diferentes profesionales pertenecientes a distintas organizaciones en el campo de la protección infantil se impone como un procedimiento básico ya sea en la prevención primaria como en la prevención secundaria y terciaria. Esta necesidad se produce como consecuencia de la multidimensionalidad de la problemática familiar, por la incapacidad de que cada entidad o servicio pueda abordar con sus propios recursos de manera integral todas las necesidades del niño y su familia, porque existe un marco legal en el que se distribuyen competencias concurrentes entre diferentes entidades y porque cada vez son más las entidades privadas que colaboran con la administración en diversos programas de intervención en el marco de la protección a la infancia.

Nuestra propia Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor impone en el art. 17 relativo a las actuaciones en situaciones de riesgo, a todos los poderes públicos, de manera genérica, la obligación de garantizar los derechos que asisten a los niños en situación de riesgo y el orientar sus actuaciones a disminuir los factores de riesgo y dificultad social que incidan en la situación personal y social en que se encuentra y a promover los factores de protección del menor y de su familia. Da una especial relevancia a la entidad pública competente en materia de protección de menores como responsable de la puesta en marcha de las medidas necesarias y del seguimiento de la evolución del menor en su familia.

Aunque este artículo tiene un carácter supletorio de las que dicten las Comunidades Autónomas, sí parece clara la necesidad de actuaciones de todas las administraciones y de que alguna asuma un papel de tipo coordinador. Por lo tanto, nuestro marco normativo constata la necesidad y a la misma vez promueve el trabajo interconectado entre profesionales aunque no articula como éste debe llevarse a cabo, pues son las entidades competentes en materia de protección de menores las que deben realizar el desarrollo normativo correspondiente.

En la Comunidad Autónoma de Castilla y León, en 1994 se encargó un estudio de carácter cualitativo a través de grupos de discusión sobre "Actitudes, percepciones y aspiraciones de los profesionales relacionados con la protección de menores". Entre las conclusiones más importantes que hemos sacado de este estudio hay que destacar la de que dos son los tipos de condiciones que deben darse para que el trabajo en red en el ámbito de la protección infantil pueda llevarse a cabo de una manera adecuada: unas son de tipo formal y otras de tipo informal.

Entre las de tipo formal cabe señalar la importancia de que existan ámbitos a nivel local normativamente establecidos para dos funciones principales: colaboración y desarrollo de la política en materia de protección a la infancia en los diversos niveles de prevención y para la participación de diversos profesionales en la toma de decisiones relativas a casos concretos. Igualmente, debe estar establecido quién asumirá la responsabilidad de la dirección de cada uno de estos órganos para garantizar su existencia más allá de la voluntariedad más o menos coyuntural de los responsables políticos y técnicos que estén en cada momento. El órgano de carácter más político debe garantizar el compromiso de las instituciones en la protección a la infancia y ser el respaldo de la actuación técnica y de él pueden derivarse grupos de trabajo que aborden tareas específicas como la revisión de los protocolos de derivación o de las rutinas establecidas de colaboración, la necesidad de formación de los profesionales, etc.

En el caso de intervenciones sobre casos individuales, es necesario distinguir entre el órgano responsable de tomar las decisiones administrativas en los casos de desprotección y órgano que tiene un carácter deliberador y de propuesta, debiendo poder participar en éste último técnicos de aquellas entidades públicas y privadas que han colaborado en el proceso de

investigación o que podrán intervenir proporcionando servicios. Si no se percibe corresponsabilidad en el proceso de toma de decisiones es difícil que se pueda desarrollar una verdadera red entre los profesionales que intervienen y que cada uno asuma aquella parte de la intervención que le pudiera corresponder dentro del plan previsto para el niño.

También el proceso de intervención protectora debe enmarcarse en un proceso de negociación entre las distintas entidades y, cuando sea posible y conveniente, formalizada en un contrato de servicios. Un papel preponderante en este proceso de programación de la intervención y de seguimiento de la misma debe tenerlo el coordinador del caso que haya sido designado en función de las competencias que cada administración tenga en la protección de la infancia.

Los factores formales son facilitadores pero el trabajo en red difícilmente puede darse sin los aspectos informales y que hacen referencia a las habilidades, conocimientos, valores, actitudes, etc., de los profesionales que intervienen de diferentes maneras en la protección a la infancia. Algunos aspectos que creemos de máxima relevancia son el que todos los profesionales compartan una misma filosofía relativa a la finalidad y medios de abordar las situaciones de desprotección, que perciban y valoren la implicación de su respectiva institución con relación a las demás y que dispongan de habilidades básicas para afrontar las tareas que tienen encomendadas tanto relativas a las situaciones de desprotección como para relacionarse con otros profesionales dependientes de otras entidades.

Dos instrumentos fundamentales son, en primer lugar, la formación conjunta de los técnicos que incluya el desarrollo de actitudes, valores, conocimientos, y habilidades y, en segundo lugar, el disponer de asesoramiento por parte de expertos en la actuación cotidiana con casos concretos. En relación a este último aspecto, hay que tener en cuenta que los profesionales de instituciones educativas, de acción social, sanitarias, etc., tienen múltiples responsabilidades más allá de las estrictamente destinadas a actuar en situaciones de desprotección y pueden necesitar acceso a asesoramiento de expertos.

Y es aquí donde los servicios especializados en materia de protección de menores tienen una responsabilidad especial.

SYMPOSIUM 10

TRACTAMENT DE VÍCTIMS DE MALTRACTAMENT I DE LES SEVES FAMÍLIES D'ORIGEN, EN ACOLLIMENT RESIDENCIAL
TRATAMIENTO DE VÍCTIMAS MALTRATADAS Y DE SUS FAMILIAS DE ORIGEN, EN SITUACION DE ACOGIDA RESIDENCIAL
TRAITEMENT DES VICTIMES ET LEURS FAMILLES D'ORIGINE EN ACCUEIL INSTITUTIONNEL
THE TREATMENT OF VICTIMS OF ILL-TREATMENT, AND OF THEIR NATURAL FAMILIES, IN RESIDENTIAL CARE

OCT 21 18.00/19.30 GIRONA TS

COORD.
PART.

Jirí DUNOVSKÝ
Pavel BISKUP
Marc GERARD
Araceli LÁZARO

Czech Republic
Czech Republic
Belgium
Spain

Jirí DUNOVSKÝ

M.D. Phd. Child Crisis Centre. Health-Social Faculty South Bohemian University Ceské Budějovice. Prague.

Pavel BISKUP

M.D. Paediatrician, Director of Children Homecentrum in Stranice, Prague.

Marc GERARD

Brussels, Belgium

Araceli LÁZARO

Direcció General d'Atenció a la Infància, Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia

Pavel BISKUP

THE CZECH REPUBLIC'S INSTITUTIONAL CARE OF CHILDREN

The Czech Republic's health care system has been undergoing through considerable changes since 1990. The obligatory health care insurance has been established, both the free option of the physician and the insurance company are naturally available at present. The new terms as "hoine care" have arisen at the primary health care. The wide both out-patients and in-patients health care facilities privatisation has been realised. The health care facility may be established by the Czech Ministry of Health Care or by the districts seats or the city halls. The facilities financial resources comes from e.g. grants agencies (IGA of The Ministry of Health Care), the Czech Republic state's budgets, they come

from insurance companies or from direct patients payments and contributions. Established by person or by artificial person the health care facility obtains the non-state legal status.

According to The Health Care Law the nurseries and children homes are defined as special children's facilities. The new terms of "Children's centres" and "Day centres for children with special needs" have come into existence. The complete health care and preventive care are provided to the children of age 0-3 years in all of these facilities.

The special children's facilities are established by districts seats or by city halls and the health care provided by them is subsidised by the state. Sponsors financial donations and parents contributions create unsure percentage of the annual facilities budget.

The qualitative changes have happened in these facilities in the middle of the 90's. The majority of nurseries has been transformed into rehabilitation facilities or into day-care centres for children with special needs in cities and towns. The new type of help - respite care - provided to the parents of children with special needs has thus become and important part of support to these families. The possibility to place the child even with severe type of disability for part-time-stay in a special facility is frequently accompanied with advises and consultations provided to parents by experienced staff.

Unfortunately, the care of abandoned children with disabilities and raising the abandoned and abused children still prevail in children homes at present. There are mostly suckling with genetic malformations and children with low birth weight in the first group. The majority of children from Gypsy ethnic group is to be found in the second group. Healthy children are placed into these institutions also due to the court's of inquiry decisions and due the preliminary enactments. The typical members of this third group are abused and neglected children.

The complete health and social care and the education for the children are provided by experienced and in different specialisations educated staff members in the facilities. The graduates of the Charles University's Philosophical Faculty or graduates both of state and non-state "family schools" have started to work in these facilities, too. The special training programmes for the high-school graduated staff members are organised by the Postgraduate medical school in Prague for physicians and other universities graduates are organised by Postgraduate institution in Brno.

The aim of Czech society for social paediatrics of Czech medical society is the constant education of special children's facilities staff members in a way reflecting new trends in care of children, including so called new morbidity. There are interdisciplinary teams of members - physicians, nurses, psychologists, physiotherapists, special-education teachers, social workers - working in many of the special children's facilities nowadays. They take care not only about children's present state of physical health but they also care about the children's emotional wellbeing and of their future social welfare.

The character of high professional level of care provided in the health care institutions in followed by raising the children in education centres managed by the Czech Ministry of Education and some of the departments of the Czech Ministry of Social Affairs are involved in the care of these children, too. The individual - family care, instead of the institutional care is the best solution to find for the children's wellbeing. The whole- republic net for searching the families appropriate is aimed at finding the good family for a child. These Advisory for substitutional family care are managed by the Czech Ministry of Social Affairs. Just a few children placed into institution due to court's decision returns back to their own, biological, families. The re-socialisation of the family and as well as the re-integration of the child depend on co-operation with the family in the fact. The success is also directly proportional to the length of child's stay in the institutional care.

The paediatricians, social workers and psychologists thus try to do their best in placing the child as soon as possible out of children homes into substitutional family care, into the foster care. Every prolongation of child's stay in the institution means a kind of danger in complications for child's life in the future.

Araceli LÁZARO

LOS CENTROS RESIDENCIALES DE ACCION EDUCATIVA, (UNA ALTERNATIVA TEMPORAL AL MALTRATO INFANTIL)

Consideraciones previas.

Es importante partir del análisis de los Centros residenciales desde el encargo institucional y función social legislada, y por tanto, como ULTIMO recurso de protección a la infancia.

Dicha concreción lleva implícita una serie de riesgos que deberíamos evitar. Metafóricamente nos encontramos ante el riesgo de que el análisis exhaustivo del maltrato como síntoma-efecto (EL ARBOL), nos impida afrontar las causas socio-familiares generadores del mismo (EL BOSQUE).

1. El niño como sujeto social producto de RELACIONES.

Entendiendo el proceso evolutivo tanto físico, afectivo y social, como un producto de relaciones desde las más individuales a las más colectivas, quedan estructurados en dos grandes bloques los derechos y deberes sociales en relación a la infancia:

a) El papel de la familia y las estructuras comunitarias.

b) El papel de la Administración como vigilante y garante de los derechos y deberes.

En este esquema, se le encarga a los primeros la atención, el cuidado, la protección y la educación de los niños. Mientras que la Administración hace de "soporte o sustitución de las estructuras naturales".

Las relaciones que la Administración puede ofrecer, nacen sin duda, en el fracaso de la función socializadora. Y nunca, por tanto, podrán SUSTITUIR relaciones, si apoyar o ofrecer alternativas cualitativas y temporales a situaciones deficitarias o maltratadoras.

Es importante recordar que "La presencia de los niños o jóvenes en los Centros Residenciales es el resultado de una intervención social que a su vez deriva de la aplicación de las leyes de Protección del menor. De este hecho se deduce que, en la mayoría de los casos, los niños permanecen en el Centro en contra de la voluntad de las familias y la suya propia, y en aplicación de unas medidas socialmente excepcionales, que inevitablemente les segregan de la población infantil o juvenil en general..." (Consejería de Educación y Cultura de la Comunidad de Madrid 1.993).

El Centro residencial se justifica como alternativa relacional tanto física, como afectiva y educativa TEMPORAL. Y dicha alternativa encierra el riesgo de aislamiento del síntoma y el consiguiente maltrato institucional si se utiliza de forma indiscriminada sin controlar la temporalidad y sin haber agotado antes otras posibilidades que no signifiquen la separación del niño o joven de su entorno familiar y social, (La utilización de lo posible no nos ha de hacer renunciar a lo necesario.)

- Los Centros Residenciales y el maltrato. Análisis de la población asistida y de los recursos y metodologías.

a) Los sujetos de intervención.

Actualmente casi 2.000 menores están acogidos en los 139 Centros de Catalunya. De ellos, no en todos los casos ha sido el maltrato explícito el motivo del internamiento. También la negligencia o la incapacidad individual o social de los padres para poderles atender, bien temporalmente o por un largo periodo de tiempo.

Combinar el derecho de todo niño a vivir en su medio natural, y a la vez evitar posibles malos tratos y reparar en lo posible los daños ya causados, es el reto de la intervención temporal de los Centros residenciales en el contexto de una red de Servicios mucho más amplia.

b) Los recursos existentes.

La diversidad de situaciones que originan el internamiento, y la gran variedad de situaciones individuales hacen necesaria una categorización de dispositivos-centros que garantice el cumplimiento de los criterios fenomenológicos y la adecuada atención a las diferentes situaciones. Fundamentalmente, y al margen de las tipologías legisladas, han de garantizarse los criterios de normalización e individualización en cada uno de ellos.

Las tipologías legisladas actualmente, responden a 3 criterios como marco general y quedan abiertas a situaciones excepcionales y específicas.

1/ Criterios de edad.

- Centros para primera infancia 0-3 años.
- Centros para niños y preadolescentes 4-12 años.
- Centros para adolescentes 13-16 años.
- Centros para jóvenes 16-18 años.

2/ Criterios de atención específica más normalizadora. - Centros verticales 0-18 años.

- Hogares funcionales.

3/ Criterios favorecedores de una posterior autonomía. - Pisos asistidos 16-18 años.

- Centros para jóvenes 16-18 años, con posibilidad de utilizar recursos más autónomos.

Como complementariedad, y recogiendo necesidades específicas se cuenta con:

- Centros de educación intensiva, para menores que no pueden ser atendidos en centros normalizados

(Mayor contención de 12-18 años).

- Centro para menores susceptibles de una atención psiquiátrica complementaria (Con apoyo psicológico y psiquiátrico integrado al proyecto de Centro, de 12-18 años).

Pero si bien las tipologías pueden favorecer un primer encuadre de la problemática y las respuestas adecuadas, es en los aspectos metodológicos donde ha de concretarse la respuesta específica a las situaciones individuales de cada niño o joven acogido en los Centros.

3. Metodologías de intervención.

El encargo institucional de los Centros se concreta en 3 grandes objetivos: - Preservar en los primeros años de la vida de situaciones de carencia en su desarrollo, y garantizar relaciones afectivas significativas y un desarrollo intelectual adecuado. - Favorecer la construcción de la identidad mediante la toma de conciencia de sí mismo, de su cuerpo y su diferencia con los demás manteniendo una historia personal y propia. - Posibilitar unas adecuadas relaciones sociales con sus iguales y con los adultos, de acuerdo a su edad y su experiencia.

Conseguirlos nos obliga a programar - según Gimeno Sacristán, 1.986 - el trabajo de los Centros en torno a 3 operaciones básicas:

EXPLICITAR aquello que se va a realizar, como antítesis de una práctica rutinaria e inconsciente, por tanto, ingobernable y programadora de tradiciones muchas veces desechadas.

ORDENAR los aspectos sociales, psicológicos, pedagógicos y materiales que intervienen en el proceso educativo y que hacen posibles los resultados deseados.

JUSTIFICAR científicamente las decisiones que se toman apoyándolas en un modelo teórico coherente, de forma que lo que se haga sea lo conveniente hacer según los conocimientos de que disponemos.

Los niveles de programación, ya recogidos en la legislación catalana, diferencian los relativos al Centro residencial como institución de los relativos al niño o joven como sujeto de intervención. Niveles de programación del centro como Institución Educativa:

- El P.E.C (Proyecto Educativo de Centro) como organizador de los objetivos y estrategias generales.

- El R.R.I (Reglamento de Régimen Interior) como concreción de los procedimientos de intervención y garantía de los derechos y deberes de los participantes.

- La Programación Anual. Como programa general ubicada en un tiempo y con los objetivos y estrategias definidas.

- La Memoria - Evaluación Anual. Como instrumento de contraste entre lo programado y lo realizado, y como base de nuevas programaciones.

Niveles de programación en relación al niño o joven como sujeto de intervención:

- El P.E.I (Proyecto Educativo Individual), como análisis-programación de la intervención caso por caso.

- El I.T.S.E (Informe Tutorial de Seguimiento Educativo) como instrumento de evaluación entre lo programado y conseguido y base de nuevas programaciones individuales.

Si bien todos los niveles de programación se justifican en conseguir una mejora individual y colectiva de la situación inicial de los niños o jóvenes acogidos en los Centros, es en los niveles individualizados (p. E. I. - I.T.S.E.) donde se afronta la problemática del maltrato de una forma explícita y personalizada.

Será en función de la tipología del maltrato y la situación personal - objetiva y subjetiva - de cada niño o joven que se elaborará el programa específico de sensibilización-reparación de los diferentes efectos del maltrato tanto físicos, como afectivos o sociales.

Diseño inicial y dificultades de aplicación:

Aún considerando correcto el programa global de intervención desde los Centros, se presentan dificultades relacionadas no tanto con el abordaje de los malos tratos específicos, sino en la coordinación de los planes de trabajo con los diferentes equipos intervinientes. El Centro, como acogedor del SÍNTOMA, necesita de un contacto permanente con aquellos equipos que trabajan con las CAUSAS

(E.A.I.A. - S.Sociales - C.A.P.I.P. - Equipos de Salud Mental Adultos), si queremos asegurar un trabajo cualitativo y coherente entre causas-efectos.

De este enfoque serían 4 los espacios-variables cualitativos a mejorar:

a) La derivación/coordinación.

Como garantía de intervención global y traspase de información más allá de las funciones reguladas. (Todos sabemos que desde el Centro se detectan malos tratos del pasado - sobre todo en abusos sexuales - no conocidos en el diagnóstico inicial).

b) El trabajo con las familias.

Al ser Equipos externos al Centro los responsables del trabajo con las familias, se exige una total coordinación de planes de trabajo que afronten la vivencia del "rpto de afectos y educación" que a menudo depositan las familias en los Centros, y diseñen y evalúen CONJUNTAMENTE la frecuencia e idoneidad de la relación familiar.

El largo internamiento como maltrato institucional.

En un trabajo social preventivo y cualitativo deberíamos evitar internamientos prolongados. El alto índice de internamientos, y la duración de los mismos, debería hacernos pensar en otras alternativas más normalizadoras y menos maltratadoras.

d) La supervisión y formación permanente de los educadores.

La intensidad relacional de la vivencia directa con maltratados, y la coordinación de la intervención desde un prisma interdisciplinar, exigen de espacios de supervisión integrados en el proyecto de Centro como instrumento cualificador y objetivador de la intervención educativa. Igualmente, la especificidad de algunos malos tratos hace necesarios programas de formación continuada que documenten y favorezcan las estrategias educativas más adecuadas (Es el caso de abuso sexual, maltrato psicológico etc.)

3. Prospectivo.

Volviendo a la metáfora inicial del ARBOL y EL BOSQUE, se hace imprescindible abordar el maltrato desde el prisma de la PREVENCIÓN en un doble sentido:

A) De las causas. Desde programas de intervención comunitaria cualificadores de las condiciones de vida de los niños y sus familias.

B) De los efectos. Desde programas temporales en los Centros y/o recursos alternativos.

Cabe, por tanto, enfrentarse a una necesaria diversificación de los recursos existentes y a una mayor intensificación del trabajo en el territorio.

El Centro ha de ser el recurso excepcional, temporal y ÚLTIMO. La red de prevención de malos tratos y protección a la infancia, debería crecer mejorando los programas de trabajo con las propias familias y potenciando las familias acogedoras como un recurso más normalizador, afectivo y personalizador que el Centro Residencial.

SYMPOSIUM 11

LA INTERVENCIÓ JUDICIAL O PENAL DES DEL PUNT DE VISTA TERAPÈUTIC, EN ELS CASOS DE MALTRACTAMENTS INFANTILS O D'INCEST
 LA INTERVENCIÓN JUDICIAL CIVIL O PENAL DESDE EL PUNTO DE VISTA TERAPÉUTICO, EN LOS CASOS DE MALOS TRATOS INFANTILES O DE INCESTO
 L'INTERVENTION JUDICIAIRE OU PÉNALE DU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE, DANS LES CAS DE MAUVAIS TRAITEMENTS OU D'INCESTE
 CIVIL OR CRIMINAL INTERVENTIONS FROM THE THERAPEUTIC STANDPOINT IN CASES OF PHYSICAL AND SEXUAL CHILD ABUSE

OCT 21 18.00/19.30 TARRAGONA TS

COORD.	Teresa LEMA	Spain
PART.	Iñaki BOLAÑOS	Spain
	Yves- Hiram HAESEVOETS	Belgium
	Cristina MAGGIONI	Italy

Teresa LEMA

Fiscal Substituta de la Fiscalía del Tribunal Superior Justicia de Catalunya.

Iñaki BOLAÑOS

Gabinete Psicosocial, Servei d'Assessorament Tècnic. Jutjats de Família, Barcelona.

Yves-Hiram HAESEVOETS

Centre Confidant Multidisciplinaire S.O.S. Enfants U.L.B. Hôpital Saint-Pierre. Chercheur, Université Libre de Bruxelles.

Cristina MAGGIONI

Milano, Italy

Yves-Hiram HAESEVOETS

LA PRISE EN CHARGE DES ABUSEURS D'ENFANTS UNE RÉPONSE POSSIBLE À LA VICTIMISATION SEXUELLE DES ENFANTS

L'exploitation sexuelle des enfants ne peut se réduire au phénomène de la pédophilie; il nous paraît dès lors important d'envisager cette problématique dans toute sa complexité et sa dynamique. Le sort des victimes d'exploitation sexuelle n'est pas toujours univoque; il faut tenter d'appréhender chaque situation au cas par cas et éviter de trop schématiser. Loin de correspondre à des réponses absolues, les réflexions suivantes sont donc des indications générales et des objets de discussion. Cet outil de travail est au service de toutes les opinions.

I. L'intervention légitime.

Convoité par un adulte qui l'exploite sexuellement, l'enfant abusé ne regarde pas le monde adulte avec les mêmes perspectives qu'un enfant tout venant. Ayant été précocement confronté à la sexualité d'un adulte, l'enfant victime éprouve d'énormes difficultés à prendre des distances et à retrouver ses marques en tant qu'être humain ou individu inscrit dans une société donnée. Prisonnier d'une relation à caractère sexuel qu'il est incapable de gérer ni même de comprendre, l'enfant victime développe toute une série de mécanismes qui vont l'aider à survivre. Ainsi, la victimisation sexuelle se prolonge par des mécanismes d'adaptation à la situation, de soumission à l'autorité, d'imitation comportementale et d'identification à l'agresseur sexuel. Sexuellement asservi, l'enfant se conforme, souvent de manière aliénante, à ce que l'adulte attend de lui, et adapte ses conduites aux circonstances que lui impose son abuseur.

Selon des mécanismes plus ou moins inconscients, l'accommodation, l'assimilation et l'identification anxieuse, la victime prend sur elle la culpabilité même de l'abuseur. L'enfant victime est ainsi marqué par la personnalité de son abuseur au détriment de la sienne propre. Comme par un effet de miroir, l'enfant perd l'image de soi, en captant celle de son abuseur. Cette image est notamment caractérisée par l'impossibilité d'avoir des relations égalitaires avec les autres. L'enfant se voit comme un objet usé ou un tas de chair avariée. Cette dévalorisation conduit à une dépersonnalisation et à une cassure identitaire. La faible estime de soi, le manque de confiance, la blessure narcissique profonde empêchent l'enfant de se forger une personnalité singulière et de se réaliser dans un être bien structuré. La honte d'avoir eu des rapports sexuels avec un adulte, surtout s'il s'agit d'un parent, peut engendrer le dégoût de soi-même et d'énormes difficultés à assumer la vie de relation.

Indépendamment des activités sexuelles qu'il subit, l'enfant noue des liens de nature affective avec son abuseur; bien souvent pour atténuer des mouvements agressifs de sa part ou pour se donner une marge de sécurité. L'enfant perçoit son abuseur comme un personnage incontournable qu'il faut bien supporter. Il essaye donc de s'aménager des espaces de sécurité affective autour de lui.

Bien après l'arrêt des activités sexuelles, l'emprise de l'abuseur sur sa victime continue à avoir des effets perfides sur l'existence de l'abusé. Ce dernier, une fois adulte et trop embarrassé par son histoire d'abus, n'aura pas eu la possibilité de se structurer et de métaboliser ses expériences. Il devra compter sur le temps, sur ses ressources personnelles ou sur un éventuel soutien psychologique, pour devenir capable d'affronter les vicissitudes de la vie.

Toujours susceptible d'être victimisée, ou exploitée, une femme adulte qui a vécu un abus sexuel dans l'enfance peut laisser se reproduire la même situation à l'égard de ses enfants actuels. Quant à l'homme adulte qui a connu le même genre d'abus dans son enfance, il peut devenir à son tour abuseur d'enfants ou parent incestueux à l'égard de ses propres enfants.

C'est souvent parce qu'il est capable de démonter le scénario qui l'a amené à devenir le partenaire sexuel d'un adulte, que l'enfant-victime parvient à se dégager progressivement de son emprise psychologique. Aussi pénible peut être une expérience de ce type, aussi important est de lui donner du sens. Préventivement, il est donc capital d'aider l'enfant abusé à ne devenir ni une victime désignée, ni un abuseur potentiel.

Si l'enfant-victime a besoin qu'on l'aide et qu'on le répare sur le plan psychologique, il a également besoin d'entendre qu'on se préoccupe du sort de son abuseur, d'autant si ce dernier est un parent ou un familial. C'est dans l'intérêt primordial de l'enfant victime qu'il faut se préoccuper son abuseur. Non seulement l'abuseur doit être désigné en tant que responsable exclusif des faits, mais il doit également être reconnu en tant que souffrant d'un problème. D'une manière réductrice, lorsque la situation est judiciarisée, il peut faire l'objet d'une sanction pénale pour les faits, mais il peut aussi être soigné pour ses problèmes. En ce sens, il nous paraît important d'offrir à l'abuseur des moyens thérapeutiques variés et spécialisés. Dans certaines situations d'abus sexuel intra-familial, l'assistance non judiciaire peut être efficace, à condition de ne plus exposer la victime aux passages à l'acte de son abuseur. Dans ce type d'intervention, il nous paraît important d'obtenir de l'abuseur un niveau satisfaisant de collaboration et de compliance au traitement proposé. Judiciaire ou non, l'intervention et la prise en charge doivent tenir compte du vécu et des besoins de la victime. Toute intervention auprès de l'abuseur engendre des répercussions chez la ou les victimes, et le rappel de la loi est toujours important. Hormis les cas d'abus sexuels extra-familiaux, il faut se demander à quel moment et dans quelles circonstances il convient de rappeler la loi par la voie pénale.

II. Le droit au traitement, responsabilités et limites de l'intervention.

Toute personne a droit à recevoir les soins que requiert son état de santé, y compris son état psychique; rappelons que ces soins doivent être proposés dans le respect du secret médical et dans un cadre confidentiel, garanti par les autorités qui ont en charge la santé publique, et l'hygiène mentale en particulier. Dès lors qu'une personne est détenue, internée ou mise en liberté conditionnelle, elle doit bénéficier des mêmes droits et des mêmes garanties en matière de santé que tout autre individu.

Nous constatons cependant que ni la justice, ni les instances thérapeutiques ne remplissent de manière adéquate leurs missions respectives et qu'une certaine confusion existe notamment dans le domaine du traitement des abuseurs. Il est impératif de réfléchir sur les possibilités d'une meilleure articulation entre les aspects judiciaires et repressifs d'une part et la santé publique et le droit aux soins d'autre part. Pour certaines situations, il nous paraît important de rechercher des alternatives à l'intervention pénale. Quelle place accorder à l'aide volontaire? Cette remarque est aussi valable dans les domaines de la protection de la jeunesse, de la prévention de la délinquance juvénile, du traitement de la violence intra-familiale, de la prise en charge et de la prévention des toxicomanies, de la protection des personnes malades mentales, etc.

Jusqu'au présent, en matière de traitement d'abuseurs, la santé publique s'est peu investie. C'est éventuellement pour cette raison que le pouvoir judiciaire s'est manifesté plus tôt dans l'organisation des soins pour les détenus, en particulier ceux qui relèvent de troubles psychologiques plus ou moins importants. Toutefois les lois qui permettent aux magistrats d'imposer des soins aux délinquants visent plus la répression des pulsions, la prévention à la recidive et la protection de la société que la santé du sujet ou sa réinsertion globale. En Belgique, d'après les chiffres de mars 1996, environ 10% des détenus sont condamnés pour faits de mœurs (attentat à la pudeur, outrage public aux mœurs, viol, coups et blessures ou meurtres à caractère sexuel). On estime qu'environ 1200 à 1300 délinquants sexuels (au sens large du terme) suivent chaque année un traitement obligatoire; pour un certain nombre d'entre eux, il s'agit d'abuseurs qui ont commis un délit sexuel à l'égard de mineurs. Depuis les années quatre-vingt, l'opinion publique est de plus en plus sensible à cette forme particulière de délinquance sexuelle. Nous sommes également plus souvent interpellés par des cas de pédophilie qui alimentent le voyeurisme médiatique. Cette forme de déviance sexuelle qui vise les enfants fait l'objet d'une prise de conscience de l'ensemble de la Communauté. L'organisation de réseaux d'exploitation, le trafic d'êtres humains, la prostitution, la pornographie infantile et le travail des enfants font partie de la réalité quotidienne, tant à l'étranger que dans notre pays. Face aux découvertes macabres, nous restons collectivement traumatisés. Ces faits d'une extrême barbarie ne doivent cependant pas occulter le champ de l'enfance en danger. À ce sujet, il ne faudrait pas sous estimer les situations de violence familiale, les cas d'abus sexuel intra-familiaux et l'existence de mini réseaux "informels" d'exploitation sexuelle d'enfants; l'expérience clinique de ses dix dernières années souligne la fréquence particulière des abus sexuels intra-familiaux.

Précisons que tous les abuseurs ne sont pas des prédateurs ou des psychopathes pervers. Pour ces derniers cas (plutôt rares) il n'existe pas ou peu de solution thérapeutique. Bien souvent, la

privation de liberté ou l'internement en milieu résidentiel fermé sont les seules réponses envisagées. Leur dangerosité, leur incapacité à se remettre en question et le risque de récurrence confrontent les thérapeutes aux limites de leur intervention. En matière d'évaluation diagnostique, la responsabilité et les compétences des thérapeutes et des experts sont largement engagées. Certains abuseurs refusent toute proposition de traitement. Pour quelques cas extrêmes il n'existe aucune réponse de type thérapeutique. Il convient donc de prendre des mesures plus spécifiques à leur égard. La société est alors amenée à prendre des décisions pour se protéger.

Quant à la majorité des abuseurs d'enfants, pédophiles ou parents incestueux, leur cas ne relèvent pas toujours de troubles psychiques intraitables. Il n'existe d'ailleurs pas un profil type d'abuseurs, ni même une forme exclusive de psychopathologie produisant cette déviance. Cependant, la nature des passages à l'acte et leur objet justifient la création de programmes spécifiques de prise en charge. Dans différents pays, où la prise de conscience de ce phénomène s'est opérée plus tôt, une large gamme de moyens d'expertise et de traitement sont disponibles. Il est important de souligner qu'un traitement ne vient jamais remplacer une sanction; mais qu'il peut exister un continuum entre la phase punitive et le moment de la prise en charge.

Ajoutons que pour certains thérapeutes, l'absence de demande chez l'abuseur est un motif suffisant et nécessaire pour ne pas le traiter. Toutefois dans ces situations où il semble ne pas y avoir de demande explicite ou d'implication, il est important de faire comprendre à l'abuseur l'enjeu d'un traitement. Il est également possible de tenter de le motiver à se remettre en question et/ou à accepter un soutien. Un accord tacite ou une demande implicite peuvent alors émerger et servir de levier à un éventuel travail thérapeutique. Avec l'aide contrainte et l'obligation de soins, l'intervention pénale engage la responsabilité des intervenants. Il nous paraît dès lors important de réfléchir aux modalités de cette contrainte et à propos de la création d'un éventuel contrat "judiciaire-thérapeutique". L'intervention ne vise pas que les seuls aspects psychologiques, mais doit faire l'objet d'un programme de réinsertion sociale et de prévention à la récurrence. Tout en prônant le bien-être, le traitement s'inscrit dans un projet qui passe par la réorientation des intérêts de la personne et la protection de la société.

III. L'adaptation de la justice aux besoins des victimes.
Phénomène longtemps négligé par les sciences humaines, et la médecine en particulier, les abus sexuels à l'égard des enfants font l'objet aujourd'hui d'importantes recherches scientifiques et d'initiatives en matière de prise en charge et de prévention. Dans notre pays, depuis plus de quinze années, le dépistage, le diagnostic, l'action préventive et le traitement des victimes d'abus sexuels ont fait des progrès considérables. Toutefois, les équipes compétentes dans le traitement des victimes et de leur famille, essentiellement les équipes pluridisciplinaires spécialisées et les services d'aide aux victimes, n'ont pas suffisamment pris en compte, souvent par défaut de moyens, le travail thérapeutique avec les abuseurs. Il faudrait dès lors renforcer les synergies entre ceux qui s'occupent des victimes et ceux qui traitent les abuseurs.

Nous constatons qu'il n'existe pas de protocole spécifique qui permettrait la collaboration régulière et concertée avec l'autorité judiciaire et ses différents services, telles que les prisons (les Unités d'Orientation et de Traitement), les centres de références (Centre de recherche-action en sexologie de Bruxelles et le Universitair Forensisch Centrum d'Anvers) ou les établissements de défense sociale (Centres d'internement psychiatriques), et les structures qui se préoccupent des victimes (les centres confidentiels multidisciplinaires S.O.S. Enfants-famille et les services d'aide aux victimes).

IV. Le processus de réparation: l'empathie à l'égard de la victime.

Dans un esprit de responsabilisation, nous estimons que l'abuseur devrait être plus impliqué sur le plan personnel dans le processus de réparation de sa victime. La thérapie de l'abuseur devrait également inclure la recherche d'empathie à l'égard de la victime. Lorsqu'il existe un rapport de parenté ou de familiarité entre l'abuseur et sa victime, certaines phases du traitement devraient s'articuler de manière dynamique et comprendre la constellation familiale. La question de la réconciliation entre l'abuseur et sa victime reste ouverte. Selon le cas, des rencontres dyadiques à visée thérapeutique, entre l'abuseur et sa victime peuvent s'organiser. Enfin, la famille de l'abuseur devrait également être incluse dans ce processus thérapeutique, surtout lorsqu'il s'agit d'une situation d'inceste.

Tout en respectant les désirs de la victime, l'intervention thérapeutique peut viser une certaine restauration sinon des relations humaines entre les protagonistes, au moins celle de l'histoire de celui qui a commis l'abus sexuel et de celle qui l'a subi. Dans de nombreuses situations, il faudrait associer la victime ou son représentant au processus de décision judiciaire, en termes de sanctions, de liberté conditionnelle ou de modalités de prise en charge. La victime devrait être informée de toute prise de décision dans ces différentes matières.

Dans les situations d'abus sexuel intra-familial, il faudrait réfléchir sur les effets, désirables ou non de l'intervention judiciaire, de la sanction éventuelle de l'abuseur sur sa famille et ses enfants, y compris la ou les victimes. Dans certaines situations où l'incarcération de l'abuseur risque de faire éclater toute sa famille, on devrait encourager d'autres mesures, des peines alternatives, ou d'autres modalités d'intervention plus adaptées au contexte.

Lorsque l'abuseur a exploité sexuellement un enfant dans un pays étranger, il devrait également être impliqué judiciairement dans le processus de réparation de sa victime.

V. Sanction, réparation et traitement.

La prison est parfois le passage obligé pour certains délinquants, mais il ne faudrait pas l'envisager comme l'unique solution pénale. D'ailleurs en droit pénal, l'incarcération n'est pas toujours la règle. Dans un processus de confrontation à la loi, l'étape de la peine est cependant importante. Mais la prison peut avoir un effet aussi destructeur que structurant, et la société n'envisage pas toujours d'autres recours. On pourrait développer d'autres types de sanction que la privation de liberté et diversifier les peines. Il nous paraît important d'élaborer des stratégies offensives plutôt que défensives.

Aussi légitime soit elle, une peine doit être juste et doit avoir un impact psychologique ou moral sur l'abuseur. La peine doit s'inscrire dans le cadre d'un projet qui pourrait poursuivre certains objectifs. L'univers pénitentiaire résiste au changement et renforce parfois les troubles psychologiques du détenu jusqu'à les enkyster. Plus ils sont enkystés, plus les troubles d'un individu sont résistants et difficiles à traiter. Gravement perturbé par une incarcération qu'il perçoit parfois comme une injustice, l'abuseur en liberté, même conditionnelle, risque de ne pas s'en sortir ou de se retrouver dans une situation de danger. Il peut alors céder à la moindre tentation qui viendrait réveiller ses pulsions sexuelles. Il ne s'agit pas de faire des prisons des lieux récréatifs; mais avec un peu plus d'humanité, on pourrait inscrire la détention dans un projet de réhabilitation plus globale. L'intervention devrait se construire sur l'espoir qu'un individu peut évoluer si on l'environne de manière adéquate. La question de la sanction en relation avec les faits commis doit s'inscrire dans le cadre d'un programme de prise en charge plus globale. Lorsque la privation de liberté est inévitable, on pourrait la considérer comme le premier jalon de ce projet. Il serait alors judicieux d'articuler le travail de prise en charge entre le moment de l'incarcération (phase intra-muros) et celui de la remise en liberté (phase extra-muros). Au delà de la prévention à la récurrence, ce projet devrait viser la réhabilitation complète (socio-professionnelle, relationnelle, psychoaffective) du sujet et devrait couvrir une période indéterminée.

Suivant une logique d'action préventive, il nous paraît également important de réfléchir à des modalités d'intervention adaptées aux situations des jeunes abuseurs ou des adolescents qui ont commis des délits de nature sexuelle. Il faudrait référer les jeunes abuseurs à un centre spécialisé qui offre un cadre solide en matière de traitement et de bonnes garanties en termes de contrôle social.

VI. En guise de conclusion.

Par une meilleure analyse des troubles sous-jacents aux conduites sexuellement abusives, par une évaluation diagnostique plus rigoureuse des abuseurs sexuels d'enfants et par une compréhension plus nuancée du phénomène de l'abus sexuel à l'égard des enfants, les connaissances acquises en la matière pourraient susciter une prise de conscience collective mieux étayée et servir de base à l'élaboration de bons programmes d'intervention et de prévention.

Prévenir toute récurrence de la part de l'abuseur, le responsabiliser, soutenir ses efforts de changements et de réhabilitation sociale, éviter les processus de victimisation secondaire et de transmission transgénérationnelle, garantir des modalités de réparation à l'égard de la victime et intégrer cette dernière aux prises de décision judiciaires sont les grands axes sur lesquels on pourrait élaborer des programmes spécifiques de prise en charge des abuseurs. Sur le plan moral, ces interventions intégreraient l'intérêt des victimes.

Enfin, nous insistons sur la cohérence du cadre spécifique d'intervention dans lequel pourront se mettre en place ces différentes propositions. Ce cadre ne pourra pas se démarquer de bons repères éthiques, d'une réflexion pluridisciplinaire approfondie et d'une meilleure concertation entre la justice et les secteurs de la santé mentale.

SYMPOSIUM 12

EL TREBALL DELS INFANTS EN EL CONTEXT EUROPEU
EL TRABAJO INFANTIL EN EL CONTEXTO EUROPEO
LE TRAVAIL DES ENFANTS DANS LE CONTEXTE EUROPEEN
CHILD LABOUR IN THE EUROPEAN CONTEXT

OCT 21	18.00/19.30	LLEIDA	TS
COORD. PART.	Margaret LYNCH Sandy HOBBS Per Egil MJAAVATN	United Kingdom United Kingdom Norway	

Margaret LYNCH
MD FRCP FRCPCH DCH. Reader in Community Paediatrics at Guy's Hospital Medical School University, London. Medical Director, local Community Health Services. Past President of ISPCAN.

Sandy HOBBS
Reader in Psychology, University of Paisley, Scotland.

Per Egil MJAAVATN
Norsk Senter For Barneforskning, Dragvoll

CHILDREN AND WORK IN EUROPE

Introduction.

This paper will present some of the central findings in a project run by the labour and social division of the Council of Europe. It is based on my own field work carried out in Norway, Iceland and Bulgaria, and on the field work of other members of the research team from a number of European countries.

Child labour has historically played an important role in the European economy. By the end of the 19th century mechanisation, compulsory education and better conditions for workers in general led to a significant diminishing of child labour in industry. The first countries to abolish large scale industrial child labour were the northern European countries. They were followed, after the communist assumption of power, by the former communist of central Europe.

In some of the countries of southern Europe, where economic development came later, children are still engaged in industrial work in spite of strict national legislation. This historical difference between north and south is probably also an explanation for the significant differences between different parts of Europe concerning attitudes towards child labour today. In many ways these attitudes divide Europe into four: northern Europe, eastern Europe, southern Europe and western Europe.

This paper will discuss child labour - and children's work in Europe within this geographical and political division of Europe. I will mainly deal with children below the legal working age - below the age where children according to national laws are entitled to take up ordinary employment. The countries in each group have a lot in common, there are however also significant differences between them.

We have in the project made a division between child labour, work and duties. Duties for a child is activities within the family or neighbourhood which within the cultural setting are regarded as a normal part of the upbringing and the socialisation process.

Work is defined as all activities done by children which provide a necessary contribution to the family or the child or lead to profit for a third party. Work may be of all kinds from an important part of the socialisation process to exploitation of children. At one extreme this term covers acceptable light work performed a couple of hours a week outside school. At the other extreme it covers extreme, abusive forms of child labour such as forced labour, prostitution and work performed in dangerous conditions.

Child labour refers to work which is detrimental to the child's health, education or general development to a substantial degree.

Results.

There are major differences between different parts of Europe regarding the extension of child labour/children's work. Some of them seem to be a result of a discrepancy between law and practice such as in Greece, Italy, Turkey and Portugal. Too weak labour inspection, or lack of inspection is a part of this picture.

In the former communist countries of east and central Europe, we could rather talk about a complete breakdown of the inspectorial systems. In all Europe, however, we find children in work in the informal sector many of them working extensively within the family context.

Children's work within the household is widespread. The legislation of the different countries give very limited possibilities of inspection of work within the family. It is almost impossible to determine whether certain duties performed by children are normal activities in the family as a part of the acquisition of skills and learning to become a responsible, knowledgeable person, or whether such tasks constitute exploitation.

The latter is the case, for example, when the oldest girl in a family is kept home from school to take care of younger siblings, a young boy stays up late to unpack goods in the family shop and sleeps through his classes next day, or when a child attends school on a very irregular basis, or not at all, because the family needs him on the farm, in the local enterprise or to beg from tourists.

The paper will give examples of exploitation of children from all parts of Europe, examples regarding children working full time in the textile, furniture or shoe industry, or children working in restaurants, bars and shops. We also found many children in asocial work like prostitution, drug selling and thieving because this from their perspective was the only way to survive due to their social surroundings.

The attitudes towards child labour varies a lot from region to region in Europe.

This explains of course also the differences in legislation, inspection and practice. The paper will go into these differences in attitudes and in the concluding part suggest some future action to cope with this problem that should no longer cause severe damage to children and childhood in Europe.

SYMPOSIUM 13

LES ADMINISTRACIONS PÚBLIQUES I LES POLÍTiques D'INFÀNCIA A CURT I MITJÀ TERMINI EN UN CONTEXT EUROPEU
LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Y LAS POLÍTICAS DE INFANCIA A CORTO Y MEDIO PLAZO EN UN CONTEXTO EUROPEO

LES ADMINISTRATIONS PUBLIQUES ET LES POLITIQUES SUR L'ENFANCE À COURT ET MOYEN TERME DANS UN CONTEXTE EUROPÉEN

THE POLITICS OF CHILDHOOD IN THE SHORT AND MEDIUM TERM IN A EUROPEAN CONTEXT

OCT 22

10.45/12.15

GIRONA

TS

COORD.
PART.

Xavier QUEROL
M^a Teresa ARQUÉ
Ramón BUSCALLÀ
M^a Joaquina MADEIRA
Alfonso MARINA

Spain
Spain
Spain
Portugal
Spain

Xavier QUEROL

Doctor en Medicina, Universitat Central de Barcelona. Pediatre. Membre Fundador i President d'ACIM (Associació Catalana per la Infància Maltractada).

M^a Teresa ARQUÉ

Diputada Presidenta de l'Àrea de Serveis Socials. Diputació de Barcelona.

Ramón BUSCALLÀ

Director General d'Atenció a la Infància. Llicenciat en Filosofia i Lletres, especialitat Psicologia. Funcionari del Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya.

M^a Joaquina MADEIRA

Licenciée en Service Social par l'École Supérieure du Service Social de Lisbonne. Directrice Générale de l'Action Sociale du Ministère de la Solidarité et Sécurité Sociale, Lisbonne.

Alfonso MARINA

Subdirector General de Infancia y Familia, Dirección General de Acción Social, del Menor y la Familia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid

M^a Teresa ARQUÉ

LES ADMINISTRACIONS PÚBLIQUES I LES POLÍTiques D'INFÀNCIA A CURT I MITJÀ TERMINI EN UN CONTEXT EUROPEU

- 1- S'han d'assegurar els drets dels infants. No estan prou defensats en ocasions.
- 2- A nivell europeu, sobretot defensar també els drets culturals, infants immigrants, famílies no agrupades, etc.
- 3- Les Administracions Públiques han de treballar conjuntament i coordinadament, des de l'Administració Local fins l'administració més superior, tot el que fa referència a la infància i la seva protecció.
- 4- Les Administracions Locals molt properes i adients per les polítiques més integrades de les accions: protecció a les famílies, seguiment de la seguretat dels infants, salut, entorn, etc.

1- Des de la convenció dels Drets de la Infància, ONU (1989) els nens són subjecte de drets, no només "objecte de protecció". Els estats ho ratifiquen donant-li rang de llei universal, desplegant lleis de nivell estatal i regionals. Aquest desplegament es realitza des del 95/96. L'aplicació en reglaments es redueix al del 30-5-95, que és el Reglament de Protecció de la Infància i Adopció.

2-El dret a viure la infància sense contaminació dels valors adults negatius (competitivitat, consumisme,...). Dret a l'educació en família i en altres institucions solidàries i no discriminatòries.

3- Actualment a Catalunya seria necessària una política global d'infància.

Un mateix subjecte pot estar atès simultàniament per:

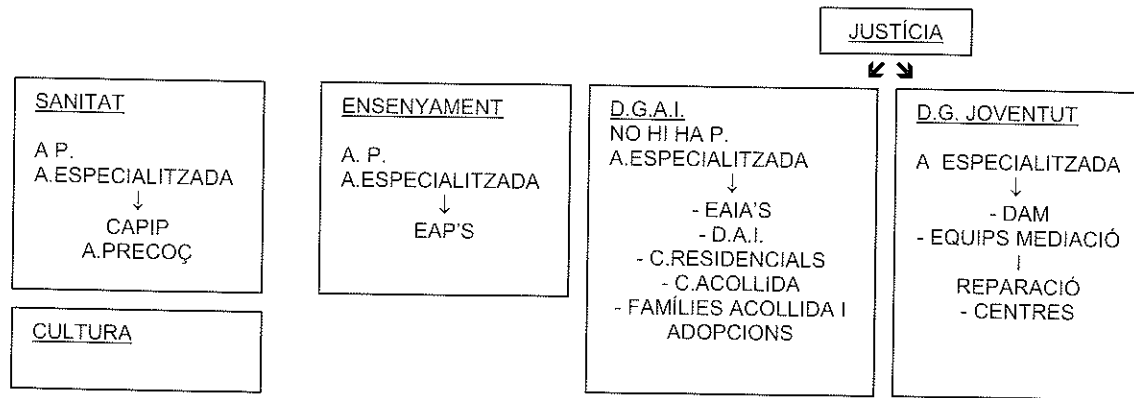
- A.P.
- Escola
- EAP's
- CAPIP
- E.A.Precoc
- E.A.I.A.

- Centre residencial o d'acollida
- Direcció General de Justícia

Així mateix, aquest subjecte pot seguir a la majoria d'edat, als 18 anys, un itinerari que el pot portar a ser atès per:

- CAP
- CAS
- Altres instàncies judicials

Queda palesa la necessitat de coordinació entre les diferents administracions que actuen simultàniament sobre el subjecte, així com la necessitat d'un eix vertebrador d'aquestes actuacions.



4. Cal avançar en una coordinació i optimització dels recursos de les diferents administracions. En ocasions hi ha una manca de "sensibilitat" i comprensió de les problemàtiques que afecten a la infància, per exemple, en l'àmbit jurídic, la manca de sensibilitat dels jutges i en menor mesura del fiscal.

Entenem que tot el que es pugui fer des de les administracions locals per a la infància és més preventiu i eficaç. Caldria potenciar el principi de subsidiarietat.

L'Administració que té plena competència en temes d'infància hauria de tenir en compte a l'Administració Local (Ajuntaments) a l'hora de:

- Planificar
- Actuar conjuntament
- Avaluar
- Optimitzar els recursos que té el municipi
- Legislar

Cal potenciar les possibilitats de treball dels Ajuntaments.

Com a aspectes positius ressaltem, des dels 10 anys que es va endegar la DGAI:

- S'ha augmentat el nivell de detecció dels maltractaments infantils
- S'han creat els EAIA's, encara que són insuficients.
- Millorat la formació dels professionals, tant a l'atenció primària com a l'atenció especialitzada
- S'ha creat la figura de l'adjunt al Síndic de Greuges per als infants

Ramon BUSCALLÀ

LES ADMINISTRACIONS PÚBLIQUES I LES POLÍTIQUES D'INFÀNCIA A CURT I MITJÀ TERMINI EN UN CONTEXT EUROPEU

La història recent del moviment demogràfic català ens ve marcada per dos períodes ben diferenciats la inflexió dels quals coincideix, curiosament, amb l'inici de la democràcia al nostre país. El primer període, que transcorre entre 1960 i 1975, significa un fort creixement que porta a Catalunya dels 4 milions als 5'7 milions d'habitants. El segon període que va del 1976 fins avui, té com a característica un fort estancament demogràfic a l'entorn dels 6 milions d'habitants actuals. D'aquests, 1'4 milions tenen menys de 18 anys i constitueixen el referent, l'objectiu, de la Direcció General d'Atenció a la Infància, dins de l'administració pública, com a responsable de la seva protecció i del seu benestar.

Pel que ara ens ocupa, aquest estancament, segurament ens ha estat favorable si tenim en compte que el nivell del nostre punt de partença, quant a polítiques d'infància, fa una vintena d'anys, era molt baix. Això ens ha permès realitzar un esforç normatiu, de recursos i de sensibilitat ciutadana, que, a nivell estructural, crec té poc envejar al de la resta d'Europa.

Anem a veure on som ara, però de manera esquemàtica, ja que, de fet, només vull descriure les bases en què es recolza el futur: què volem fer i com volem arribar-hi, doncs aquest és l'objectiu de la meua exposició.

La infància i l'adolescència atesa.

El Sistema de protecció a la infància i a l'adolescència de Catalunya, dona atenció (30 de juny de 1997), en diferents nivells o fases tècniques, a 11.106 menors que signifiquen el 7'48 o/oo de tota la població catalana menor de divuit anys. Si tenim en compte que un estudi realitzat a Catalunya l'any 1990 ens deia que la infància maltractada al nostre territori era del 5'09 o/oo de la població menor de setze anys, veiem que aquest sistema de prevenció ha assolit un alt nivell de penetració en el nostre teixit social il·luminant moltes zones que fins ara havien restat en la foscor. D'aquests onze mil i escaig d'infants, 5.561 (estadística de finals de juny) estan tutelats per la Direcció General d'Atenció a la Infància i 481 tenen una mesura de guarda (54,40% dels menors atesos). La resta no requereixen aquestes mesures o bé es troben en fase preliminar d'estudi.

Recursos i programes.

Els recursos i programes dedicats a la infància en risc social formen part d'un sistema, d'una xarxa, anomenat Sistema Català de Serveis Socials, que es regeix per diverses planificacions successives. Actualment ha entrat en vigència el 111 Pla d'Actuació Social 1997-2001 que va ser aprovat ara fa pocs mesos (el 29 d'abril de 1997). El Pla implica a la Administració pública i a la iniciativa social a diferents nivells, assignant-los diversos papers regulats pel Decret Legislatiu 17/1994, de 14 de novembre en què s'aprova el text refós de les lleis 12/1983, 25/1985 i 4/1994 en matèria d'assistència i serveis socials i pel Decret 284/1996, de 23 de juliol, sobre regulació del Sistema Català de Serveis Socials.

A grans trets i pel que fa a la infància el Pla que situa els programes en línia amb les recomanacions de convergència de la Unió Europea i del Dret Internacional i s'operativitza per mitjà, entre d'altres, dels Serveis d'Assessorament Tècnic d'Atenció Primària, dels Equips especialitzats, d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (EAIA's), dels Delegats d'Atenció a l'Infant (DAIS), de la xarxa de famílies acollidores dins de la família extensa i de famílies alienes, dels centres d'acollida pels casos urgents o inicialment greus i de la xarxa de centres residencials d'acció educativa. També existeix un servei d'adopcions (Futur Institut Català d'acolliment i d'adopció) i un programa que prepara la integració en la vida social dels adolescents tutelats que assoleixen la seva majoria d'edat. Finalment el sistema també compte amb una extensa xarxa de centres oberts (de dia i pre-tallers), la majoria d'iniciativa social, que efectuen una important tasca preventiva, educativa i socialitzadora.

Com a dades més significatives a Catalunya hi ha actualment 33 EAIA's, 9 centres d'acollida, 139 centres residencials d'acció educativa, 239 infants atesos per una família aliena, 1634 atesos per la família extensa sota la supervisió de la Direcció General d'Atenció a la Infància. Anualment s'adopten uns 130 infants de Catalunya. Els centres oberts escampats arreu de Catalunya són 175.

Cap al futur.

El III Pla d'Actuació Social, 1997-2001, assenyalat suau, estableix sis projectes diferents per aquest període:

- Una regulació normativa dels reglaments d'ús de tots els serveis.
- L'aprofundiment de la coordinació entre tots els serveis dependents dels diferents nivells de l'Administració.
- La concreció i priorització de recursos per a un equilibri territorial.
- Fixar en les distintes administracions gestores el seu finançament i la col·laboració fluida i adient.
- Millorar l'eficàcia i l'eficiència.
- Definir i articular mesures complementàries a la xarxa bàsica de responsabilitat pública que millorin el Sistema Català de Serveis Socials.

Com es pot veure aquests projectes són prou amplis però també massa genèrics en l'estadi actual. Per això vull fer, breument, algunes concrecions:

- Els equips d'atenció a la infància i l'adolescència han complert deu anys (Decret 338/1986, de 18 de novembre) i segueixen sent un model per a molts complint amb notorietat (amb més o menys grau segons cada equip) l'encàrrec que tenen assignat. Ara, plenament integrats en el teixit social, ja estem en disposició de poder revisar aquest model i procedir a una major descentralització, per una major eficàcia, dins dels paràmetres d'un equilibri comarcal i territorial.
- Cal fer un esforç molt més gran per reduir els ingressos en centres residencials i compensar-los amb acolliments familiars com a millor oferiment per als nostres infants.
- El nou Institut Català de l'Acolliment i de l'Adopció pot ajudar molt per a l'assoliment de l'objectiu anterior, tot dedicant una atenció més especialitzada a aquests programes
- En la línia creixent de donar veu als infants, i com a actuació preventiva, la Direcció General d'Atenció a la Infància posa en marxa el telèfon gratuït de la Infància les 24 hores al dia.
- Els anys 1991 i 1992 es varen publicar quatre llibrets adreçats a diferents col·lectius professionals per tal que, des dels diferents àmbits, coneguessin possibles maltractaments d'infants i sabessin els circuits que calia seguir. Ara ja han canviat moltes coses, des de la sensibilitat dels propis professionals fins els circuits i recursos actuals. Per tant pertoca, ara, redactar unes noves guies, seguint el camí iniciat amb "El llibre d'en Pau" adreçat a professionals del món sanitari i publicat el setembre de l'any passat.

- Per encàrrec del Parlament Català, l'any 1990 va redactar-se un estudi que, a manera de llibre blanc, posicionés i informés a la nostra societat sobre els maltractaments infantils. L'exemple va ser seguit per moltes altres Comunitats Autònomes espanyoles, que van prendre el nostre treball com a referent. Ara

ja ha passat prou temps per tal de realitzar un nou estudi que s'adapti al present i ens doni nous elements per planificar el futur.

- Cal també, així el Parlament de Catalunya ho ha instat al Govern Català, seguir donant a conèixer i sensibilitzar la societat amb relació als drets dels infants en la línia de la Convenció de les Nacions Unides sobre aquests drets.

Aquestes són algunes de les concrecions, però cal no oblidar les conclusions de la darrera Cimera Mundial sobre l'Explotació Sexual Infantil, que es va celebrar l'estiu de l'any passat a Estocolm i que la descoberta de la xarxa d'abusos i prostitució de menors amb connexions internacionals d'aquest estiu a Barcelona ens obliga a estar-hi més sensibles encara. Aquest VIè Congrés Europeu de la Infància Maltractada representa també la continuïtat en la reflexió i sensibilització de la societat.

Finalment, un cop dit això, deixeu-me anar a un terreny molt genèric però que se m'acut per connectar amb les polítiques d'infància a curt i mitjà termini en el conjunt europeu:

Crec sincerament que la crisi de la societat del benestar no podrà eliminar els passos assolits fins ara ja que en polítiques d'infància s'ha fet un camí d'impossible retorn ans al contrari, aquest procés ens ha de fer entrar en un nou període on amb la quota pressupostària necessària, es prioritzaran, això sí amb racionalització i eficàcia, els recursos dedicats a infància en el conjunt del nostre context europeu.

M^a Joaquina MADEIRA

LA PERSPECTIVE DU PORTUGAL

I - Les problèmes qui se posent aujourd'hui aux enfants dans le contexte européen. Pourquoi ?

La reconnaissance de l'enfant en tant que sujet de droit revêt une plus grande importance avec la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant, qui représente un statut essentiel de protection de l'enfant, statut ayant force impérative dont découlent des obligations spécifiques pour les États qui y ont adhéré.

Les enfants et les jeunes constituent aujourd'hui, dans n'importe quelle société, un groupe particulièrement vulnérable du point de vue physique, psychologique et environnemental, ce qui découle de caractéristiques inhérentes à leur développement.

Cette vulnérabilité physique et psychique particulière des enfants, les expose à de plus grands risques, dont les causes sont multiples et parmi lesquelles nous pouvons citer la perte relative du poids de la famille dans la socialisation des enfants, par la présence d'autres moyens et agents, fruit des changements survenus à différents niveaux, y compris celui qui concerne la structure et le rôle de la famille. Tout cela exige un nouvel équilibre entre le temps pour le travail et la disponibilité pour la famille. La famille étant la première et essentielle société, comportant un ensemble crucial de valeurs intemporelles et stables, elle ne saurait cependant échapper aux transformations profondes qui s'opèrent, depuis la grande famille qui se nucléarise, aux familles monoparentales et à la cohabitation, autant d'expressions existant dans la société actuelle qui ont donné lieu à la pluralité des modèles familiaux.

Dès lors, la société actuelle connaît des changements significatifs au niveau des coutumes et des valeurs traditionnelles, imposées en grande partie par les transformations économiques résultant de l'évolution de la science et de la technologie, avec des répercussions visibles sur le tissu social et touchant tous les citoyens, en particulier les enfants. Les problèmes qui se posent aujourd'hui aux enfants en général, dans le contexte des grandes mutations sociales, culturelles et économiques citées et qui affectent leur bien-être et leur qualité de vie, sont de nature diverse:

* **socio-familiaux** (compatibilisation de la vie professionnelle avec l'éducation des enfants ; chômage ; précarisation sociale et économique ; violence et minorités) ;

* **scolaires** (échec et abandon précoce de l'école ; comportements déviants) ;

* **du milieu** (mauvais traitements ; abus ; abandon ; HIV ; toxicomanie).

Nombreuses sont donc les situations où les droits de l'enfant sont systématiquement bafoués. Il faut amoindrir ou annuler les problèmes des enfants qui souffrent de maladies chroniques, infirmités, lésions accidentelles, mauvais traitements et de ceux qui appartiennent à des minorités ethniques et autres groupes spécifiques, en adoptant des mesures et des approches transdisciplinaires appropriées, selon des stratégies basées sur la promotion de concepts de citoyenneté. Les problèmes des enfants doivent donc préoccuper tous ceux qui peuvent et doivent contribuer à ce que le droit d'être un enfant soit respecté dans le temps de l'être, avec dignité, joie et amour.

II - Situation des enfants au Portugal. Principaux problèmes qui les affectent.

Quelques données.

D'une manière générale, les problèmes qui affectent les enfants au Portugal ne sont pas bien différents de ceux qui se posent aux enfants des pays de l'UE. Au Portugal, comme dans la plupart des pays industrialisés, la famille a profondément changé depuis les années 70. Certains indicateurs montrent que la nuptialité connaît au Portugal un double mouvement depuis 1960 (7,8%), à partir de 1975 (11,3%) et infléchit et descend jusqu'à 1990 pour atteindre environ 7% (chiffre le plus élevé au sein de l'UE).

D'autres changements survenus concernent le pourcentage de mariages civils par rapport à l'ensemble des mariages célébrés, qui n'a cessé de croître de 1960 (9,6%) à 1991 (27,5%), chiffre qui reste tout de même modeste par rapport à celui des pays du nord de l'UE.

Le nombre de naissances hors mariage est de plus en plus élevé et était de 15% en 1991, chiffre qui place le Portugal au 4^{ème} rang au sein de l'UE en ce qui concerne cet indicateur. Quant aux divorces, leur nombre ne cesse d'augmenter de 1970 à 1991 (environ 129%), mais reste néanmoins assez bas dans le contexte européen.

De nouvelles formes familiales apparaissent, qui amènent à définir les rôles de conjugalité ou de parentalité. En ce qui concerne le marché de l'emploi, au début des années 90 le Portugal présente le taux le plus élevé d'activité féminine (calculé pour le groupe 15-64 ans) parmi les pays de l'Europe du Sud et l'un des plus élevés au sein de l'UE. Contrairement à d'autres pays européens, le pourcentage de femmes qui travaillent à mi-temps au Portugal est très bas. La forte participation de la femme sur le marché du travail s'explique par l'accès à l'instruction et l'avance significative des femmes dans les différents échelons d'enseignement, y compris le supérieur. L'évolution démographique de la natalité et de la fécondité au Portugal se traduit surtout par le déclin du taux de natalité et de fécondité qui est passé de 16% en 1980 à 11,8% en 1990.

Le taux de natalité est évidemment lié aux taux de fécondité, lesquels dépendent surtout de facteurs socioculturels.

Dans les années 80, la baisse de l'émigration et des migrations inter-régionales a contribué à augmenter l'importance de la composante de la croissance naturelle dans l'évolution démographique portugaise.

Cependant, les migrations constituent normalement un facteur d'instabilité des familles, car elles exigent des périodes d'adaptation très difficiles et pénibles, avec des répercussions sur la vie des enfants.

En effet, elles constituent une coupure brusque par rapport à tout un patrimoine qui procure la sécurité - la famille, les réseaux sociaux et leur culture -, ce qui implique une adaptation toujours complexe. Les enfants des émigrés sont en général doublement touchés, tant au niveau familial qu'au niveau de l'insertion sociale et communautaire, car ils ont du mal à trouver leur identité. En outre, si les conditions socio-économiques et d'habitat sont précaires, il est aisé d'admettre que les facteurs de risque pour les enfants sont accentués.

Au 31 décembre 1994, il y avait au Portugal 157.073 résidents étrangers en situation régulière, ce qui traduit une augmentation de 19,4% par rapport à 1993. D'après le tableau 1, les communautés africaines représentent près de 46,2% des étrangers, suivies des ressortissants de la CE (23,6%) et de l'Amérique du Sud (15,8%). Environ 23,3% des étrangers qui résident au Portugal sont originaires du Cap Vert, la communauté brésilienne arrivant à la deuxième place avec 11,8% du total. En ce qui concerne l'âge des mères, 2,4% des enfants nés en 1994 au Portugal avaient des mères adolescentes. Pour 1,3% des enfants nés, aussi bien la mère que le père avaient moins de 20 ans. On observe cependant que sur l'ensemble des naissances de mères adolescentes, les classes d'âge des pères étaient assez hétérogènes. Les conditions de santé des Portugais se sont nettement améliorées au cours des dix dernières années. En effet, le taux moyen de mortalité infantile associée aux conditions socio-économiques et aux facilités d'accès aux soins médicaux a été ramené à près de la moitié. La baisse du taux de mortalité résulte aussi bien de l'élargissement du réseau de services médicaux sur le territoire que d'un ensemble de mesures associées à la maternité. D'après les statistiques de 1991, l'évolution de la situation de l'enseignement se caractérise par :

- la persistance des faibles taux d'enseignement préscolaire ;
- l'établissement d'une scolarité obligatoire de 9 ans ;
- l'expansion de la demande de l'enseignement et de la diversification de l'offre ;
- la nette amélioration des taux de scolarisation (6-14 ans) ;
- la persistance d'un abandon scolaire élevé (surtout entre 12 et 14 ans) ;
- une plus grande présence féminine à partir de l'enseignement secondaire.

L'abandon scolaire précoce apparaît comme un phénomène éminemment social. Les familles pauvres nombreuses, d'origine rurale ou sans grandes perspectives d'accès au marché du travail (parce qu'elles valorisent peu le système scolaire), sont propices à une rapide insertion des jeunes dans la vie active.

Le phénomène de l'exclusion sociale touche en effet profondément ces enfants qui vivent de courts parcours scolaires et qui ne bénéficient pas d'une préparation adéquate, courant ainsi le risque d'être marginalisés. Les principales victimes de l'exclusion sociale précoce sont, sans aucun doute, les enfants. Il faut donc considérer en priorité :

- les enfants victimes d'abandon et de mauvais traitements ;
- les enfants de familles pauvres qui vivent en situation d'exclusion sociale ;
- les enfants ayant des difficultés particulières, notamment les handicapés mentaux et physiques ;
- les enfants souffrant de graves infirmités ou maladies chroniques, privés d'un milieu familial ;
- tous les enfants de 0 à 3 ans ;
- les enfants de toxicomanes, d'adolescents, d'immigrés pauvres et de minorités ethniques ;
- les enfants et les adolescents ayant des comportements déviants ;
- les enfants qui connaissent l'échec scolaire et/ou l'abandon précoce de l'école ;

- les enfants et les adolescents en placement familial alternatif et les enfants en placement institutionnel.

III- Politiques et actions mises en oeuvre.

L'une des fonctions de l'État Portugais, consacrée dans la Constitution, est la protection et le bien-être de ses membres, surtout des plus vulnérables.

Les enfants sont tout particulièrement vulnérables. Ils ont donc le droit à une protection spéciale de la société et de l'État, contre toutes les formes de discrimination et d'oppression et contre l'exercice abusif de l'autorité au sein de la famille et autres institutions.

Les politiques relatives à l'enfant et à la famille sont définies et mises en oeuvre en fonction des compétences spécifiques aux différents ministères, notamment ceux de la Santé, de l'Éducation, de la Solidarité et la Sécurité Sociale, de la Justice et de la Qualification et Emploi.

L'intervention des différents secteurs concernés découle de l'impératif Constitutionnel, des Lois Cadres et de la législation spéciale en vigueur.

L'application de la législation d'ordre social et éducatif et la mise en oeuvre des actions sont assurées par les institutions et les services au niveau régional et local.

Le Système Éducatif, dans le cadre de ses Directions Régionales d'Éducation, a pour principale attribution d'assurer au niveau régional l'orientation, la coordination et l'assistance aux établissements d'éducation et enseignement non supérieur.

L'appareil administratif de la Sécurité Sociale se compose de services intégrés dans l'administration directe de l'État et d'Institutions de Sécurité Sociale. Parmi les premiers se trouvent la Direction Générale d'Action Sociale que je dirige, et la Direction Générale des Régimes de Sécurité Sociale, toutes deux chargées de la formulation des propositions de politique, conception et assistance technique et normative en matière d'action sociale et de régimes.

L'action sociale étant un système qui vise la dynamisation, la promotion et la mise en oeuvre d'un ensemble d'actions destinées à favoriser l'insertion sociale, il lui appartient, dans le domaine particulier de la protection de l'enfant :

- d'étudier et d'élaborer des projets techniques relatifs aux formes d'aide sociale aux enfants dans le domaine de la prévention ;
- de développer des réponses socio-éducatives en équipements et services pour répondre aux besoins spécifiques aux enfants.

Le système de Sécurité Sociale portugais est un système décentralisé. Ce sont donc les Centres Régionaux de Sécurité Sociale, organismes publics dotés d'autonomie administrative et financière, à leur tour décentralisés dans le cadre des services sous-régionaux et locaux de sécurité sociale, qui constituent le secteur opérationnel et qui sont chargés de la gestion des régimes et de l'exercice de l'action sociale.

Mais l'État reconnaît et valorise l'action menée par les entités privées - les Institutions Privées de Solidarité Sociale (IPSS), dans la poursuite des objectifs de solidarité et de sécurité sociale, en exerçant une fonction de tutelle destinée à promouvoir et à compatibiliser leurs objectifs et leurs activités avec ceux du système de sécurité sociale.

Au Portugal, parmi les ONG, ce sont les institutions de type Associatif et les Fondations qui détiennent, par rapport au système de sécurité sociale, un positionnement de relief et une relation qui repose sur la coopération. Les IPSS poursuivent à titre principal des activités qui s'insèrent dans le cadre de l'action sociale et représentent un pôle fédérateur du volontariat organisé. D'après les données disponibles, il y avait en 1995 sur le territoire portugais, plus de 4000 IPSS qui se consacraient à l'enfance, ce qui correspond à une population supérieure à 200 000 enfants, rien qu'en ce qui concerne les réponses en équipements d'action sociale.

Les tableaux 2 et 3 présentent des chiffres de 1995 concernant les réponses d'action sociale en équipements et services. Aux réponses en services correspondent 3170 réponses pour 48.346 usagers, dont 38.000 utilisateurs de colonies de vacances. Les tableaux ne présentent pas de données concernant les réponses sociales d'entités extérieures au secteur de l'Action Sociale et qui poursuivent des fins de sécurité sociale, telles que les collectivités locales et les entités à buts non lucratifs.

Toujours dans le domaine de la prévention et de l'aide à l'enfance, et dans la mise en oeuvre des politiques prédéfinies, il est fréquent qu'il y ait des programmes interministériels destinés à l'enfant et à la famille, visant la valorisation de l'interdisciplinarité, l'articulation interdépartementale et inter-institutionnelle et l'organisation des ressources.

Il s'agit de créer des mesures et des mécanismes de plus en plus adéquats et susceptibles de garantir la protection des enfants en situation de risque, et de prévenir ces situations autant que possible. Tel est l'objectif poursuivi à travers ces programmes d'aide et d'intervention à différents niveaux.

Un groupe de travail interministériel a procédé récemment au relevé de tous les programmes de nature interministérielle destinés à l'enfant. Ce relevé s'est efforcé de caractériser la réalité en la matière en répertoriant les programmes mis en oeuvre, leurs objectifs, leurs destinataires, le cadre de l'action, les entités concernées, l'implantation géographique, le budget et les difficultés signalées.

Certains de ces programmes sont destinés à combattre l'échec scolaire et l'abandon précoce de l'école, tandis que d'autres visent l'aide aux enfants victimes d'agressions physiques et psychiques et à leurs familles. Il a également été procédé au relevé des besoins et à l'élaboration du diagnostic de la situation en matière d'aide à l'enfant et à la famille. Ce relevé systématise certains des problèmes, déjà

énoncés et qui affectent les enfants, tout en diagnostiquant quelques mesures qui puissent contribuer à annuler ou à amoindrir ces problèmes.

A partir de ces deux relevés il a été possible de tirer certaines conclusions et, par conséquent, de se prononcer sur les difficultés considérées importantes pour une approche correcte de la problématique des enfants, en présentant une proposition destinée à corriger ces lacunes.

Au niveau des politiques et des actions mises en oeuvre au Portugal, il faut encore citer les programmes destinés à répondre, globalement, aux besoins et aux difficultés des familles et des enfants, d'initiative publique ou privée. C'est le cas, entre autres, du **Programme de Lutte Contre la Pauvreté, du Sous-Programme "Intégrer" et de la Mesure "Revenu Minimum Garanti"**, (cette dernière généralisée à tout le territoire national à partir de juillet de cette année), tous de portée nationale et de nature interministérielle, visant l'insertion économique et sociale de groupes défavorisés.

En ce qui concerne les mesures de politique les plus récentes, citons notamment le **Nouveau Régime Juridique des Prestations Familiales, l'Expansion et le Développement de l'Éducation Préscolaire**.

IV- Propositions et Initiatives Futures.

Le Portugal s'emploie à améliorer et à adapter les politiques et les actions de protection de l'enfance aux nouveaux besoins des enfants. A cet effet, le Gouvernement a créé entre janvier 1996 et mars 1997 des Commissions Interministérielles, notamment :

- dans le cadre de la Réforme du Droit des Mineurs, la Commission pour la Réforme d'Exécution des Peines et des Mesures, chargée d'analyser la situation actuelle du système d'exécution des peines et des mesures et de présenter des propositions de nature législative et institutionnelle à partir des évaluations effectuées ;
- la Commission Interministérielle pour l'étude de l'articulation entre les Ministères de la Justice et de la Solidarité et de la Sécurité Sociale, chargée de diagnostiquer la situation des domaines d'intervention de ces deux ministères ;
- le Programme Adoption 2000, qui comprend 4 volets :
 - réforme de la législation en matière d'Adoption ;
 - restructuration des services d'Adoption de la Sécurité Sociale ;
 - articulation des services publics et privés ;
 - création du groupe coordinateur du programme Adoption 2000.
- le groupe de travail pour l'Étude des Questions relatives à l'Enfant en situation de Risque.

Toutes les mesures citées ont un même grand objectif : celui d'équationner les principaux problèmes rencontrés aujourd'hui par nos enfants et proposer les mesures les plus appropriées à ces difficultés.

Ces préoccupations rejoignent d'ailleurs les dispositions de la Convention sur les Droits de l'Enfant, qui doit constituer un cadre de référence dans la planification d'activités et dans le partage des responsabilités qui visent à minimiser les situations de risque et à généraliser le bien-être des enfants.

Les mesures de protection préventives ou correctives à mettre en oeuvre à court et moyen terme sont les suivantes :

- éradiquer la pauvreté ;
- donner la priorité à l'aide à la famille et au maintien de l'enfant dans son cadre de vie naturel ;
- écarter l'enfant du risque en temps voulu, en le séparant de sa famille s'il le faut ;
- promouvoir une législation adéquate de protection de l'enfant et de la femme, victimes traditionnelles de la violence au sein de la famille ;
- améliorer la relation école, famille, enfant et communauté ;
- renforcer toute l'action des agents sociaux des quartiers où l'on sait que le risque pour les enfants est quotidien ;
- élargir le réseau de Centres d'Accueil d'Urgence ;
- évaluer et redéfinir le Statut des Familles d'Accueil et des Institutions ;
- élaborer un diagnostic des moyens :
 - Adoption ;
 - Familles d'Accueil ;
 - Internement dans des Institutions.
- suivi et supervision réelle des familles, des institutions et de l'enfant placé ou interné, afin de permettre une meilleure intervention technique dans le travail qui est réalisé ;
- suivi et intervention auprès de la famille de l'enfant, au sein de laquelle il est prévisible qu'il retournera ;
- Je ne voudrais pas terminer sans avoir auparavant suscité la réflexion sur les questions suivantes :
 - comment garantir le principe de la citoyenneté selon lequel tous les enfants, même porteurs d'une maladie ou d'une infirmité, naissent libres et égaux en droits ?
 - comment garantir la satisfaction des besoins spécifiques aux enfants, dont le parcours s'effectue entre familles pauvres et déstructurées, l'aventure de la rue, l'exploitation et la violence, sans les stigmatiser ?
 - comment garantir à tous les enfants le droit de communiquer et de faire entendre leur voix, d'être informés, respectés dans leur identité, dignifiés dans leur culture ?

Étrangers résidents au Portugal

	Europe		Afrique		Amérique Sud		Amérique	Asie	Océanie	Apa- trides	Total
	CE	Autr.	PALOP	Autres	Brésil	Autres	Du Nord				
1	36035	4515	68500	3606	18642	4424	8654	6293	460	260	151389
2	379	38	322	9	123	25	1981	13	6	4	2900
3	702	150	123	70	188	1413	104	16	11	7	2784
4	37116	4703	68945	3685	18953	5862	10739	6322	477	271	157073

1 Continent 2 Açores 3 Madère 4 Total

Source : Statistiques INE

Tableau n° 2

- Équipement d'Action Sociale (Portugal continental)

Domaine : Enfance et Jeunesse – 1995

Réponses sociales	Nombre de réponses	Nombre d'usagers
Crèche	1.054	34.548
Jardin d'Enfants	1.347	77.594
Centres d'ATL	365	63.620
Centres d'Animation Socio-culturelle	24	1.441
Foyer pour Enfants/Jeunes et Collèges	233	12.616
Centres d'Accueil d'Urgence	48	731
Centres de Soutien Socio-éducatif (handic.)	114	5.236
Foyer de Soutien	27	788

Source : RSESS/95 de la DGAS

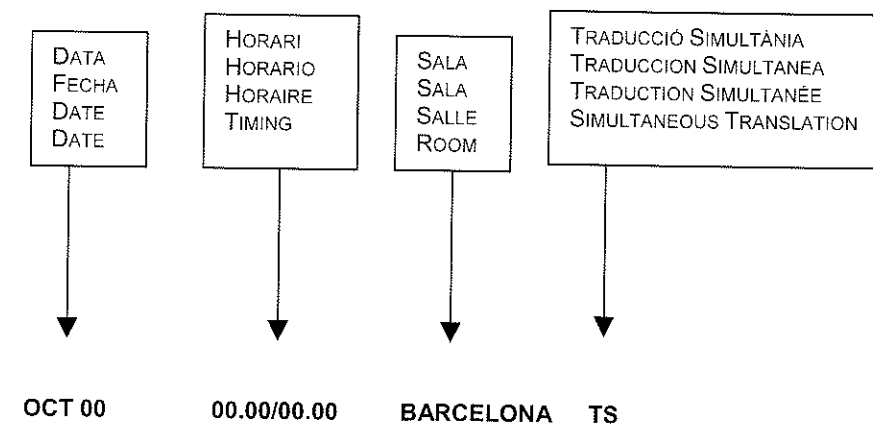
Tableau n° 3

- Services d'Action Sociale - 1995

Réponses sociales	Nombre de réponses	Nombre d'usagers
Nourrices	570	2.091
Crèches Familiales	582	2.270
Accueil Familial	1.514	2.046
Placement dans la Famille Naturelle	1.504	2.114
Soutien Technique Précoce aux Handicapés		1.640
Colonies de Vacances		18.190

Source : Statistique de la Sécurité Sociale de l'IGFSS

FÒRUMS
FOROS
FORUMS
FORA



FORUM 1			
LA COORDINACIÓ INTERPROFESSIONAL EN LA PREVENCIÓ PRIMÀRIA I SECUNDÀRIA DEL MALTRACTAMENT INFANTIL			
LA COORDINACION INTERPROFESIONAL EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DEL MALTRATO INFANTIL			
LA COORDINATION INTERPROFESSIONNELLE DANS LA PRÉVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES MAUVAIS TRAITEMENTS AUX ENFANTS			
INTERPROFESSIONAL CO-ORDINATION IN PRIMARY AND SECONDARY PREVENTION OF CHILD ABUSE			

OCT 20	16.00/17.30	GIRONA	TS
COORD. PART.	Luis MARTÍN Jirí DUNOVSKÝ Annick Le NESTOUR José Luis PEDREIRA Teresa PI i SUNYER		Spain Czech Republic France Spain Spain

Luis MARTÍN
 Pediatra. Profesor de la Escuela de Enfermería de Leganés, Universidad Complutense de Madrid.
 Presidente de FAPMI (Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil).

Jirí DUNOVSKÝ
 M.D. Phd. Child Crisis Centre. Health-Social Faculty South Bohemian University Ceské Budějovice.
 Prague.

Annick LE NESTOUR
 Pédopsychiatre. Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris. Praticien Hospitalier Temps Plein.
 EPS ERASME, Antony.

José Luis PEDREIRA
 Doctor en Medicina. Paidopsiquiatra de la Unidad de Salud Mental Infantil de Avilés (SESPA). Prof.
 Asociado, Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo.

Teresa PI i SUNYER
 Doctora en Psicologia Clínica - Universitat de Toulouse-Le Mirail. Centre Matis, Sant Just Desvern.
 Consell Familiar - Salut i Família - Barcelona.

Jirí DUNOVSKÝ

1 - INTRODUCTION

It is legitimate to consider the abused and neglected child syndrome (NAC) as the one of the most serious problems of child and youth care in Czech Republic as well as in the rest of the world. Until recently, for various reasons, there was not much attention given to this issue in our country. A change took place only recently in the last few years. The existence of the adverse phenomenon in the life of children, families and the whole community is now being recognised, analysed, treated and rehabilitated. The significance and application of prevention in all its three levels is being more emphasised.

What is lacking, however, is an integrated concept of child care, comprehended in an interdisciplinary way, rationally co-ordinated, respecting the plurality of state authorities, of autonomous and voluntary organisations and fully meeting the requirements of the Convention on the Rights of Children.

Because of the complexity of the problems, its demanding tasks, and its growing occurrence as mentioned above (25 000 cases among children under 18 in Czech Republic – about 1%) we decided to pay full attention to this issue. In order to address this problem we started establishing specialised care centres for abused and neglected children in all the stages of danger or already inflicted harm.

The decisive turning point in our efforts the 3rd European Conference on Prevention of CAN which we organised in Prague in 1991. It lead directly to the opening of the first independent Child Crisis Centre in our country in 1992. It was constructed on the basis of our long socio-paediatric experience and research, on the analysis done in other countries, on the information presented in international conferences and on the existing binding documents. A model respecting our condition and needs was found.

Soon after it was established a number of similar workshops, institutions and child care centres for abused and neglected children came (mostly spontaneously) into being. Most important in this development were the "security lines". Most essential of them the Central Security Line,

accessible without charge for the children of the whole Republic. It became an important source for recording and detecting the issues of the CAN system.

2 - CHILD CRISIS CENTRE (CCC) concept, structure, organisation.

2.1- Concept of Child Crisis Centre is based on the fundamental principals of any active and effective field of human care.

2.1.1 - Care should be complex. It should include significant circumstances in the life of the child and his family. It should consider the previous development of the child, his present stage, specially physical, mental, social, sexual afflictions and draw necessary conclusions for a proper therapy, including answers to the given challenges and to the future development of the child. All this should be accompanied by consideration of child's community and child's relation to it.

2.1.2 - In order to achieve the complex care it is necessary to involve interdisciplinary structures, i.e. to secure the participation of all interested persons and professionals who understand the issues and are able to contribute to the given problem from their point of view. The CCC team should be able to communicate with workers in related fields and understand their working methods well enough to be at least able to take decisions in co-operation with them. For this reason CCC team should be composed (in its minimal form) of a paediatrician, a clinical psychologist and a social worker.

2.1.3 - The third principle of CCC team is professionalism. At present, we can fulfil this condition easier than at the beginning. We learned our lesson from literature, from the experience of others and our own, usually by the try - fail method. Today we have sufficient supply of our own literature and the convenience of pregradual and gradual education, at least for those interested in the field. This requirement is essential for voluntary groups and movements tending to prefer an "open heart" approach to professionalism.

2.2 - Child care Structures.

CCC in its developed form has four sections

2.2.1 - Ambulatory section is composed of the above mentioned diagnostic and therapeutic teams. It is possible to have more teams augmented by clinical psychiatrist and others according to the needs and possibilities of the Centre. All the activity of the Centre has to be done in relation to the structures of official authorities of family and child care and police. The clinical activity of the team consists of counselling, analysis and expertise.

2.2.2 - Relatively independent is the section operating "hot line" or child "security line" 24 hours a day and offering services to calling children and youth. Quite often it is connected with the Central Security Line.

2.2.3 - One of the CCC sections should be the inside care, providing asylum and diagnostic stay. Lately a number of such centres is being, spontaneously and independently, established. Naturally, they should also co-ordinate their activity with other institutions and child care centres. In its ideal form the inside care should provide children with diagnostic and asylum bed care (not for too long), crisis stay for mothers with children and finally, board and lodging for homeless pregnant girls and young mothers.

2.2.4 - The fourth CCC section is focused on outdoor services, especially on the families. It should take care of their clients matters at different institutions, schools, inquiries in the community, etc. CCC co-operates with a number of other workers and institutions. Primarily with health institutions of different kind, medical institutions and convalescent homes. Further with school institutions, psychiatric counselling centres, special pedagogical centres, children homes, etc. We mentioned the significance of family and child authorities. Social care should also include care for handicapped, premarital and marital counselling centres.

2.3 - Organisation

A basic team specialised on responding to the CAN problems should have at least 3 workers (medical doctor, psychologist and social worker in every county - about 100 000 - population). A group of counties or a large county with more serious problems should have an independent CCC, however, closely co-operating with health institutions, CCC should perform all its main clinical, professional, educational and preventive duties in its region. (In a number of places this is already functioning in our country). In big cities, especially in the capital, complex child crisis centres should be established to respond to all the demands of complex care for abused, neglected and maltreated children. International co-operation is self-evident.

2.4 - CCC finances.

Since these issues create a very serious social problem it should be accepted that the financing of child care should be a part of the national budget. Nevertheless, these services should be also supported from others sources, donors and sponsors. This requires a close symbiosis of state and independent organisations. Unfortunately this is still in a very inadequate stage in Czech Republic.

3 - CONCLUSION

In the Czech Republic the comprehension and answers to the CAN syndrome has increased in the last few years. Probably thanks to the well drawn and gradually realised of child care centres. These centres try hard to provide complex, interdisciplinary and professional care for maltreated, abused and neglected children in all the phases of danger and afflicted harm. They are using and

integrating different forms and organisational structures and financial support to provide children in difficult situations with care.

Annick Le NESTOUR

TRAVAIL TRANSDISCIPLINAIRE ET PLURI-INSTITUTIONNEL AVEC LES FAMILLES CARENÇÉES A L'OCCASION D'UNE NOUVELLE NAISSANCE : FACILITATION DES CHANGEMENTS - PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE

Docteur G. DANON, Pédiopsychiatre ; Dr. A. LE NESTOUR, Pédiopsychiatre Madame I. PATOUILLOT, Assistante Sociale ; Madame C. HEROUX, Puéricultrice ; Madame B. MOURGUES, Educatrice de Jeunes Enfants

Dans le cadre de la pédiopsychiatrie de secteur, un dispositif spécifique de la Petite Enfance permet d'envisager des prises en charge particulières concernant des familles à problèmes multiples. Une grossesse, une naissance permettent d'organiser des cadres de travail facilitant la mobilisation des processus psychiques.

Ces cadres reposent sur la nécessité pour les partenaires qui entourent ces familles (équipes thérapeutiques, travailleurs sociaux, services judiciaires...) d'établir des liens suffisamment souples et/ou tenaces pour permettre l'établissement d'espaces de pensée où le changement devient possible.

Nous analyserons les processus psychodynamiques induits par ces familles. Il est indispensable de les élaborer conjointement afin, par exemple, de contenir leurs différents "morceaux", en essayant d'en relier les différentes facettes et en évitant le collage et les amalgames.

La difficulté primordiale commune est de supporter (holding) sans se retirer l'usure des liens à l'épreuve du temps. La pathologie relationnelle en oeuvre (délitage des liens) montre l'importance antérieure et actualisée de l'érosion des mouvements affectifs résultant de multiples lâchages.

L'arrivée d'un bébé par la mobilisation qu'elle entraîne et la création de nouveaux liens peut permettre non seulement d'éviter la répétition de la maltraitance mais d'accéder aux ressources mises en sommeil et l'exploitation de nouveaux potentiels.

José Luis PEDREIRA

INTRODUCCIÓN

Los niños/as que sufren malos tratos en cualquiera de sus tipologías, en muchas ocasiones, realizan recorridos muy complejos en busca de una correcta evaluación diagnóstica y de una intervención terapéutica que les suponga un afrontamiento adecuado a sus dificultades.

Desafortunadamente no siempre este costoso y, en ocasiones, tortuoso y penoso camino obtiene una información comprensible y un abordaje adecuado que les permita afrontar las dificultades personales, familiares y sociales a las que tendrán que hacer frente a lo largo de su proceso evolutivo.

En la mayoría de las ocasiones las familias se ven abocadas a la búsqueda de soluciones parciales, costosas económica y familiarmente hablando. A pesar del importante esfuerzo desarrollado en los últimos años, los resultados son bien pobres.

Bien sea por la falta de coordinación de los diferentes dispositivos asistenciales, o por insuficiencias de diversa índole, el hecho es que la duplicidad y el solapamiento en las prestaciones asistenciales han sido norma habitual, con el consiguiente agravio para las familias y el incremento del coste social y económicamente hablando. Lo que origina que estos planteamientos sean poco eficaces, escasamente eficientes y excepcionalmente efectivos.

Éstas son unas cuantas razones que justifican, de forma suficiente, la pertinencia de este trabajo, con la esperanza de aportar algunas respuestas a las siguientes cuestiones: ¿qué problemas se deben atender desde los servicios de atención primaria? ¿quién debe acudir y quién debe atender esos problemas detectados? ¿cuándo se debe acudir a un servicio especializado? ¿cómo deben ser derivados y cómo se deben abordar estos problemas? ¿porqué y para qué se acude a este tipo de dispositivos asistenciales?

DEL CONCEPTO DE LOS NIVELES PREVENTIVOS

La prevención forma parte de nuestra cultura (ver en María Moliner: "más vale prevenir que curar", precaver, "no sea que...", "no sea caso que..."), habiendo sido conceptualizada en gran parte desde el sistema sanitario y representando una parte importante de su quehacer, desde muy antiguo: higiene, profilaxis y, más modernamente, niveles de prevención.

Asimismo, la acepción de riesgo como "posibilidad de que ocurra una desgracia o un contratiempo" y sus sinónimos de "exposición y peligro" (ver María Moliner: "se lo dijo a su padre, a riesgo de que se enfadara"), nos ilustra sobre la delimitación conceptual y su aplicación en la práctica profesional e institucional.

Las investigaciones epidemiológicas de salud pública han evidenciado una información muy relevante: no todo lo que se atiende en servicios asistenciales sanitarios o de otro tipo representa el estado de salud-enfermedad de una comunidad en un territorio determinado. De igual forma, no todo padecimiento que acontece en la población de referencia de un territorio acude a recibir asistencia, en muchas ocasiones porque ese padecimiento se encuentra en la fase inicial de un proceso, o porque está en una etapa asintomática o subclínica del padecimiento. De esta suerte Navarro (1.983) ha comparado la situación con la imagen de un iceberg: solo se aborda la parte sobrenadante del témpano (morbilidad conocida o expresada), mientras que se desconoce y/o no se atiende la parte sumergida del témpano, que suele ser entre 7-10 veces superior. P.e. en los malos tratos a la infancia (malos tratos físicos, abandono, negligencia de cuidados, maltrato emocional y abusos sexuales) se acepta que la relación entre casos denunciados/detectados y los casos reales que existen en una comunidad es de 1/7.

De acuerdo a estas premisas, Navarro ha expuesto (Figura 1) el nivel de salud-enfermedad, el nivel preventivo y el impacto de la asistencia sanitaria. Aplicando este esquema al tipo de atención que nos ocupa, tenemos los siguientes contenidos, ya que clásicamente la prevención se refiere a procesos aparentemente unicastales (p.e. enfermedades infecto-contagiosas o transmisibles), sin embargo y a medida que se profundizó en el conocimiento de estos procesos y de otras causas de pérdida del estado de salud, se constató la complejidad en la causalidad (p.e. factores "terreno", "sensibilizadores", "desencadenantes", "de respuesta", "genéticos", "adquiridos", "cognitivos", etc.), haciéndose necesario delimitar niveles de prevención y, por tanto, de intervención.

1. Prevención primaria: Este nivel en la prevención incluye la intervención sobre la multicausalidad siendo, por lo tanto, un marco global que va a tener impacto sobre el bienestar del sujeto y también en la disminución de la incidencia de un problema de salud específico. P.e. el inicio de la modificación de los indicadores de salud infantil, a través de la disminución de las tasas de morbi-mortalidad infantil, se ha asociado con la mejora de las condiciones socio-económicas y medio-ambientales de la población. Este hecho, la prevención primaria, aplicado a la atención de los problemas psicosociales, nos remite a intervenciones que incidan sobre el bienestar de la gestación y de la infancia en general, mediante medidas de carácter legislativo, de promoción de formas adecuadas de crianza y educación, de mejora de la imagen social de la mujer y de la infancia. La Oficina Europea de la OMS encargó a su División de Salud Mental que elaborara unos criterios de Promoción del desarrollo psico-social en los primeros años de vida desde los servicios de atención primaria de salud, como parte integrante del Programa Salud para todos los europeos en el año 2.000.

Los aspectos anteriormente citados abren dos situaciones de especial relevancia para la relación, p.e. de la Salud Mental de la Infancia y los Servicios de Atención Primaria en el campo de la Promoción del Desarrollo Psicosocial: el primero se refiere a los interrogantes que abre la puesta en marcha de programas preventivos en el campo de la salud mental de la infancia y, en segundo lugar, cuáles son los temas prioritarios en salud mental infantil y desarrollo psicosocial. En relación al primer punto hay que intentar contestar algunos interrogantes planteados por McGuire & Earls: ¿Qué tipo de trastornos mentales de la infancia pueden prevenirse? ¿De las estrategias diseñadas, cuáles tienen posibilidades de ser evaluadas? ¿Cuántas intervenciones se precisan para producir cambios que resulten apreciables? ¿Qué tipo de factores, como p.e. tiempo de intervención o determinadas variables familiares, tienen una influencia de peso y efectiva? ¿Qué método de investigación se ha seguido en los programas desarrollados?

La Promoción del Desarrollo Psicosocial es considerada por diferentes grupos de expertos de la OMS (1982, 1984, 1985, 1990, 1991 y 1992) como actividades de Prevención Primaria en la Salud Mental, lo que constituye prácticamente la única actividad específica de los profesionales de Atención Primaria y de Salud Mental Infantil en este campo. En trabajos anteriores he expuesto (Pedreira, 1.993 y 1.995) que la Prevención Primaria en Salud Mental, en las etapas precoces del desarrollo humano, son actividades que incluyen las facetas individuales en las actividades sociales y plantean los factores sociales que conforman la respuesta individual (tanto en la interacción como en el plano emocional), poniendo de relieve la estrecha interacción entre los diferentes factores y la complejidad del proceso de desarrollo humano.

Por esta razón la Promoción del desarrollo Psicosocial aborda temas como: el proceso de vinculación (tipo y funcionamiento de los vínculos, entidad y tipo de las figuras de apego, etc.); las interacciones (primero en el plano restringido con las figuras parentales y después la progresiva generalización a otros contextos relacionales, etc.); la expresión de los conflictos (desde la organización psicosomática a la estrictamente emocional, pasando por la expresión conductual); los procesos de aprendizaje (desde la función del lenguaje a los rendimientos escolares); el control de los impulsos y la canalización de la agresividad (desde el control esfinteriano y el aprendizaje de los hábitos higiénicos a los procesos de racionalización y sublimación) y la función del límite y la ley (desde la norma de prohibición externa a la interiorización de patrones morales y éticos).

2. Prevención secundaria: Desde el concepto de proceso salud-enfermedad como un "continuum", la prevención secundaria remite a situaciones en las que existiendo factores de riesgo, más o menos específicos para un síndrome o trastorno, el proceso no se manifiesta de forma activa (período silente o presintomático, como p.e. el maltrato o abandono emocional en la infancia) o bien se encuentra enmascarado por otras manifestaciones, aparentemente más relevantes, que no hacen

referencia a las causas o al proceso en curso (p.e. retraso de crecimiento de causa "no orgánica" o el síndrome de Munchausen por poderes). Los instrumentos operativos de este nivel de prevención incluyen la vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo, que nos lleva a delimitarlos y a su detección y diagnóstico precoz y, por lo tanto, al manejo y solución de forma temprana y con anterioridad a la presentación de consecuencias nocivas derivadas de la acción de estos factores, es decir la intervención va dirigida a actuar sobre el proceso silente y presintomático. En el caso de la Atención a los malos tratos su labor, como en el caso de la prevención primaria, tampoco tiene una especificidad, ya que se encuentra determinada por el estilo de trabajo de otros servicios del sistema sanitario y de los servicios sociales del territorio (p.e. pediatría de atención primaria, urgencias pediátricas, servicios sociales del área, relaciones interinstitucionales, etc.), pero también hace referencia a la detección de situaciones actitudinales entre adultos y niños/as, tanto en el marco familiar como extrafamiliar, mediante instrumentos para un mejor conocimiento de: el concepto de los malos tratos en la infancia y sus formas de presentación o tipologías, las posibles consecuencias del medio ambiente en el desarrollo del niño/a, la dinámica relacional y social de las familias, la importancia de la co-morbilidad presente en las figuras parentales (p.e. afecciones crónicas, enfermedades mentales, toxicomanías o conductas adictivas diversas, etc.). Es una labor de despistaje o screening de especial relevancia para establecer temas de educación para la salud y para la colaboración de actuaciones concretas entre varios niveles asistenciales, sean del mismo o de diferente sistema asistencial. Por ello la atención a la prevalencia detectada, en cualquier nivel asistencial, puede transformarse en una parcela de este nivel de prevención, siempre y cuando haga referencia a un estilo de trabajo orientado hacia un territorio determinado.

El marco base para abordar situaciones comprometidas y complejas en el campo de la infancia, debe ser el MARCO TERRITORIAL. En algún trabajo precedente (García González & Pedreira) hemos definido que el territorio es algo más que un componente geográfico-administrativo, el territorio es algo dinámico, complejo y cambiante que interactúa de forma activa con los diferentes profesionales de las distintas agencias. El territorio no solo es un receptáculo de intervenciones o de informaciones, el territorio emite y transmite informaciones de gran valía que deben ser escuchadas de forma conveniente por los profesionales. También es el marco donde los profesionales deben aportar respuestas a las necesidades asistenciales que se vayan generando.

Cuando en un territorio existen varias agencias con diferentes profesionales, se establece un primer nivel organizativo básico: Los servicios y agencias de Atención Primaria y un segundo nivel constituido por Servicios Especializados. En esta situación aparece una palabra que alcanza, en ocasiones, niveles casi míticos: COORDINACIÓN. Entendemos por coordinación el esfuerzo que hacen los recursos existentes en un territorio, independientemente de su adscripción Administrativa, con el fin de evitar solapamientos o duplicidades en las intervenciones que se realizan a un mismo sector de la población; para ello se deben sentar objetivos y criterios precisos, sobre todo en dos aspectos: la evaluación del problema (con el complementario de la derivación de una agencia a otra o de un nivel asistencial a otro) y para la cobertura. Es decir, la coordinación no es algo abstracto, es un objetivo dinámico que vamos construyendo caso a caso, situación a situación, momento a momento. La coordinación no es algo impreciso, tiene su propia metodología y procedimientos, y comprende una serie de instrumentos operativos precisos (Rodríguez-Sacristán, Pedreira, Menéndez y Tsiantis, 1.995).

3. Prevención terciaria: Habitualmente incluye el diagnóstico y la actuación sobre el trastorno establecido y sus secuelas, tratando este nivel de prevención de modificar el curso del problema de salud, persiguiendo la participación del sujeto en la atenuación de las consecuencias del problema y mejorar sus capacidades para afrontarlo, evitando la exposición a los factores de riesgo, tanto específicos como inespecíficos, que originarían nuevas recidivas o complicaciones. En el caso de los malos tratos a la infancia, la prevención terciaria se refiere a aquellos instrumentos que identifican los síntomas y signos de dicho maltrato, tanto en actividad como en evolución y residuales (p.e. los diversos hematomas que presenta un niño/a: distribución, características u otras posibles lesiones asociadas sean esqueléticas, dermatológicas, muscular, etc.), así como a la valoración e intervención sobre las consecuencias en el niño/a, más allá de aquellas derivadas de la tipología predominante del maltrato que condujo a la detección. Asimismo incluye, este nivel de prevención, la intervención sobre el contexto maltratante, de modo que la misma situación no se repita, sea cual fuere su forma de presentación, p.e. la intervención familiar de tipo rehabilitador y de reinserción social o medidas de separación temporal o definitiva. Para los servicios sanitarios consiste, de forma prioritaria, en el conocimiento y grado de funcionamiento de los recursos legales y del conjunto de la red asistencial para la infancia, existente en un territorio determinado. Desde la perspectiva de los servicios sanitarios y en particular desde la Atención Especializada, existen otras dos posibilidades de intervención: en primer lugar, la intervención de protección y tratamiento inmediato, como es el ingreso en los Servicios de Pediatría Hospitalaria y, en segundo lugar, la evaluación y tratamiento psicoterapéutico específico para las familias y, sobre todo y especialmente, para el propio niño/a desde los servicios de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia.

Asimismo incluye, este nivel de prevención, la intervención sobre el contexto en el que se desarrolla el niño/a, intentando que la misma situación no se repita, sea cual fuere su forma de presentación, p.e. en el caso de los malos tratos a la infancia, la intervención familiar de tipo rehabilitador y de reinserción social o medidas de separación temporal o definitiva. Para los servicios

sanitarios consiste, de forma prioritaria, en el conocimiento y grado de funcionamiento de los recursos legales y del conjunto de la red asistencial (sanitaria, educativa y social) para la infancia, existente en un territorio determinado. Desde la perspectiva de los servicios sanitarios, en particular desde la Atención Especializada, existen otras dos posibilidades de intervención: en primer lugar, la intervención y tratamiento inmediatos, como es el ingreso en los Servicios de Pediatría Hospitalaria cuando aparece una lesión sospechosa, p.e., y, en segundo lugar, la evaluación y tratamiento psicoterapéutico específico para las familias y, sobre todo y especialmente, para el propio niño/a desde los servicios de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, dada la co-morbilidad de trastornos emocionales detectados en los niños/as afectos de procesos que presentan malos tratos y afectan su desarrollo y el devenir de sus familias.

En resumen: los servicios actuales de Atención a los malos tratos en la infancia encuentran su lugar preferente de intervención en el marco de la Prevención Terciaria. Como tal nivel posee ramificaciones hacia la prevención secundaria, con el objeto de hacer más precoz la intervención, pero sabiendo que ya ha actuado el factor de riesgo y, por lo tanto, su intervención tendrá siempre un cierto carácter "reparador". La intervención en la prevención primaria sería de sensibilización a los poderes públicos y administrativos y los programas integrados de promoción del desarrollo psicosocial. Ello significa que su base de acción se centra en obtener un estilo de trabajo que asegure la coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales, sobre todo con los Pediatras y con los profesionales de Salud Mental Infantil, por la índole parcial (tanto a nivel ético como de ubicación del abordaje) de la intervención desde los servicios sociales, tal y como están diseñados en el momento actual.

DIFICULTADES DEL TRABAJO EN EL TERRITORIO DURANTE LA PRIMERA INFANCIA
Siguiendo a Fernández-Villar & cols. (1.992) el estudio desde la práctica nos evidencia las dificultades en el desarrollo de una perspectiva teórica, sea cual fuere. Las dificultades detectadas por estos autores son de diversa índole: la caracterización del problema, el marco familiar y, por fin, el marco referencial de las agencias en el territorio, a continuación se desarrollará someramente cada uno de estos apartados.

1.- CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA: En estas etapas de la vida las dificultades y los trastornos no suelen aparecer de manera aislada o de forma muy delimitada. Lo habitual suele ser que se presentan dificultades y carencias múltiples, cuyas manifestaciones difieren según diversas circunstancias. Los signos dominantes son de tres tipos en su forma de expresión: trastornos psicomotores (retrasos madurativos, convulsiones, etc.), trastornos funcionales (del sueño, de la alimentación, rabieta, etc.) y trastornos de expresión somática (infecciones de repetición, procesos diarreicos, trastornos sensoriales, etc.). Se constata que, en la mayoría de las situaciones, es más fácil admitir la "etiología" de tipo orgánico que la de tipo psicológico o psico-social. Por lo que no es de extrañar la búsqueda de nuevas técnicas diagnósticas, nuevos criterios, nuevas consultas y nuevos especialistas. De igual forma es más difícil comprender y transmitir el proceso psico-social en la primera infancia que otro tipo de alteraciones, incluso para los propios profesionales de Atención Primaria y de los Servicios Sociales.

2.- MARCO FAMILIAR: La procedencia de la demanda al servicio especializado, incluyendo la información aportada a la familia por el propio servicio derivante, lo cual guarda relación con la comprensión y contextualización que se realiza del problema detectado (p.e. si el profesional de atención primaria dice "no es nada" y, sin embargo, deriva el caso a un servicio de Salud Mental Infantil, aparece una contradicción en la posibilidad cognitiva de la familia: no ser nada y precisar un servicio especializado). Una vez en el servicio especializado aparecen otros factores: las dificultades inherentes al propio proceso que se presenta, bien sea por su caracterización o forma de presentación en el niño/a, que puede hacer enlentecer o dilatar el proceso de evaluación. Otro grupo de factores de gran importancia: lo relativo al proceso de comprensión del problema, tanto del tipo de transmisión de las características del problema a la familia por parte de los profesionales, como de las condiciones socio-culturales y cognitivas de los integrantes de la familia. Estas dificultades se agravan cuando se suman "factores de co-morbilidad social" en la familia. Entre estos factores señalamos, p.e: alcoholismo u otro tipo de toxicomanías, enfermedad mental en uno o varios miembros de la familia, situaciones de marginalidad social, escaso nivel cultural de tipo extremo, etc.

3.- MARCO REFERENCIAL DE LAS AGENCIAS DEL TERRITORIO: La existencia de dificultades importantes, sobre todo en los cinco primeros años, constata la concurrencia en un mismo territorio de diversas agencias que potencialmente pueden dar respuesta a esa dificultad (agencias educativas, sanitarias, sociales, etc.). Dichas agencias poseen un recorrido histórico diferente en su relación con ese territorio determinado y entre ellas entre sí. Además en cada agencia pueden existir diversas titulaciones (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, DUE, terapeutas diversos, etc.) e incluso dentro de una misma titulación formación, grados de experiencia, habilidades y entrenamiento diferente en los diversos integrantes de la agencia. Lo que configura metodología y procedimiento diferentes, con lenguajes distintos. Por lo tanto la información que se aporta a las familias y al conjunto del territorio está en relación directa con la agencia y el profesional en concreto que le corresponde prestar la atención a cada caso concreto.

Cada agencia en el territorio interviene, ante un mismo caso, de manera diferente cara a los niveles preventivos y/o asistenciales, limitando su intervención a la mera cobertura de la necesidad manifiesta (p.e. las agencias sociales pueden limitarse a conceder ayuda económica, dar plaza en

una institución infantil, etc.) o bien contextualizando la necesidad en aras a una elaboración más amplia de la demanda latente que suele existir tras la expresión manifiesta de la necesidad expresada, lo que va a condicionar el tipo de relación entre las diversas agencias en aras a definir la colaboración, la complementariedad y, sobre todo, la corresponsabilización frente a cada caso y cada familia. También son importantes las prioridades que las diferentes agencias establecen a la hora de analizar y diseñar la intervención. Sobre todo en los cinco primeros años se detecta un cierto temor, por parte de algunas agencias, para abordar las dificultades del desarrollo infantil con la escasa cobertura formativa y de recursos disponibles por parte de los profesionales. En este apartado, incluimos la definición de la agencia según el sector de población que atiende, lo que va a originar diferentes sensibilidades de cara a la respuesta que se oferta, es decir: o una respuesta específica (p.e. servicios que abordan específicamente las dificultades de la infancia: pediatría, etc.) o una respuesta estándar y burocratizada (p.e. la que aportan servicios generales que "ven" niños/as pero de manera indiferenciada junto con otros sectores de población: viejos, drogadictos, minusválidos, minorías étnicas, etc.).

Instrumentos para operativizar las dificultades existen, el problema es adaptarlos a cada contexto y desarrollarlos de forma conveniente. En nuestra experiencia de trabajo en el territorio, durante más de doce años, creemos que la metodología empleada en el sistema sanitario conocida como interconsulta y enlace puede ser adecuada, pero precisa:

a) Periodicidad variable, pero el límite máximo del trabajo no debería sobrepasar el mes y medio, con el fin de construir la imagen mental de las agencias implicadas con una cierta permanencia.

b) Se puede iniciar por la técnica de enlace. Es decir: abordaje de casos en conjunto por acuerdos entre las agencias, también se puede llamar: "caso a caso".

c) En poco tiempo, si el trabajo se realiza con rigor, se constata que el enlace resulta insuficiente, precisándose un paso cualitativamente mayor: la interconsulta y enlace. Es decir: abordaje directo y conjunto de los casos y de aquellos contenidos metodológicos y de procedimiento para abordar las diversas dificultades que vayan surgiendo a lo largo del tiempo.

Desde salud mental infantil podemos constatar que el sistema sanitario responde más positivamente a este esquema que otros sistemas. Quizá la razón habría que buscarla en la sintonía con el funcionamiento de esa agencia, ya que está más habituada a este tipo de funcionamiento, por su propio recorrido: se dedica sólo a la infancia, tienen más experiencia en este tipo de trabajos, pertenecemos al mismo sistema sanitario aunque sea a diversos niveles de especialidad y cercanía del lenguaje y de algunos conceptos.

Existen unas prioridades en el trabajo entre varios sistemas a la hora de abordar los problemas del desarrollo infantil:

1ª- La prioridad fundamental consiste en evitar los mensajes contradictorios y/o diferentes que se dan a las familias sobre el problema y sobre su abordaje por las diferentes agencias del territorio. A partir de esa prioridad se puede plantear la secuencia de las intervenciones, la agencia que sea el punto de referencia dependerá del aspecto dominante en la forma de expresión del problema (p.e. no hay que olvidar que en los primeros años se puede utilizar el recurso de los exámenes periódicos de salud para aportar informaciones, utilizar la interconsulta para las dificultades funcionales, valorar el desarrollo psicomotor, promocionar el desarrollo psico-social, etc.).

2ª- Secuenciar las intervenciones: En el sentido de determinar cuál es la intervención que sirve de enganche para el resto de la cobertura integral. Lo primero es realizar una detección lo más precoz posible del problema, de sus factores condicionantes y de sus factores desencadenantes, es decir: profundizar en la demanda. Pero además se precisa la correcta evaluación de las potencialidades de intervención y de movilización del problema y de las posibles dificultades que puedan surgir en la evolución del caso, en otras palabras: cómo la familia comprende y se enfrenta a la situación de atender a un niño/a con dificultades madurativas desde épocas tempranas, ello comporta integrar con flexibilidad las respuestas emocionales de esa familia.

3ª- No olvidar que la puerta de la rehabilitación física y estímulo sensorial, desde épocas tempranas (incluso antes de los seis meses de vida) posibilita la integración del cuerpo del niño/a en su conjunto y puede servir para movilizar otro tipo de intervenciones de tipo psicoterapéutico y/o psico-social.

4ª- Dar prioridad a determinado tipo de "tareas" que deben ser realizadas por la propia familia, es reconocer su importante papel en el desarrollo psico-social precoz y abordando el posible daño narcisista que toda dificultad precoz origina en las figuras parentales (p.e. es útil enseñar ejercicios de estimulación motriz, sensorial y/o psicomotora a las figuras parentales, dar la posibilidad de que una de ellas esté presente durante algunos periodos del tratamiento, utilización de vídeos del trabajo realizado con su hijo/a).

RIESGO

1. APORTACIONES CONCEPTUALES ACERCA DEL RIESGO:

En la práctica totalidad de los trabajos sobre los malos tratos en la infancia se plantean los conceptos de vulnerabilidad y riesgo, pero los contenidos de ambos no están, en nuestra opinión, totalmente clarificados. Creemos que la diferenciación de Solnit, estableciendo tres niveles conceptuales ayuda a realizar una aproximación consistente y práctica:

1) Vulnerabilidad: Evoca sensibilidades y/o debilidades reales y/o latentes en el sujeto infantil, bien inmediatas o diferidas en la perspectiva temporal. Esta situación es especialmente evidente, para el conjunto de la infancia, si consideramos la dilatada dependencia del niño/a del contexto (social y familiar) en el que se desarrolla, siendo la especie animal en la que dicha dependencia es más prolongada. En determinado grupo de niños/as (p.e. minusválías físicas, psíquicas o sensoriales) a esta dependencia general de la infancia, se suma la derivada de la propia discapacidad. En su conjunto el sujeto infantil se encuentra expuesto directamente a la acción de las "agresiones" externas teniendo un escaso bagaje para hacerlas frente, con lo que queda a expensas de la acción directa o indirecta de la "agresión". Y, para completar la configuración de la infancia, según la etapa del desarrollo existe un factor terreno de "resistencia" que resulta inversamente proporcional a la edad del niño/a, de tal suerte que a menor edad mayor impacto de las posibles "agresiones", por pequeñas que aparenten. En este sentido, tanto las actividades de prevención primaria como las de prevención secundaria deben incluir este aspecto, siendo los servicios de salud infantil, por su tradición y reconocimiento social en la atención continuada a las etapas más vulnerables de la primera infancia, un lugar privilegiado para el seguimiento del desarrollo infantil, como elemento clave de todo aquello que se aleje del bienestar infantil y de la promoción de un adecuado desarrollo bio-psico-social, p.e. incluyendo en el programa del crecimiento y desarrollo del niño sano (revisiones periódicas de salud) actividades de vigilancia e intervención en aspectos psico-sociales.

2) Riesgo: Se refiere a una incertidumbre en la respuesta en la confrontación del niño/a con un factor, externo o interno, que provoca una situación de estrés. La incertidumbre de los factores de riesgo está relacionada con la sumación de varios factores, la prolongación en el tiempo, las características de cada factor de riesgo, la etapa del desarrollo en la que aparecen, la situación familiar y la forma de afrontamiento de las dificultades surgidas. De tal suerte, que un factor o una serie de ellos pueden tener escaso valor en un determinado contexto o en un caso concreto, mientras que un solo factor en un caso muy determinado puede representar la puerta de entrada a una intervención preventiva. Por lo tanto, la intervención se refiere a la prevención secundaria para la detección y seguimiento evolutivo de dichos factores de riesgo, mientras que cuando estos factores desencadenan ya un efecto en el niño/a (síntomas y signos, p.e. hematomas, retraimiento excesivo, trastornos en el desarrollo, reacciones de defensa incrementadas, etc.) ya pertenecen al campo de la prevención terciaria. Desde una perspectiva sanitaria dinámica y centrada en el desarrollo infantil, las escalas de factores de riesgo tienen un valor incuestionable para la unificación del lenguaje y para una contrastación a lo largo del tiempo de la evolución de los factores detectados inicialmente y/o de la aparición de otros nuevos; pero dichas escalas poseen un escaso valor diagnóstico y pronóstico, consideradas en sí mismas, salvo que se orienten de forma específica para la prevención terciaria, tal y como hemos expuesto con anterioridad.

3) Dominio: Hace referencia a la capacidad de vencer un obstáculo (en el maltrato podría expresarse como atención o desatención) que surge de exigencias internas del propio niño/a, de factores de estrés del entorno y del conflicto entre las tensiones internas y las del entorno, implicándose en todo ello las capacidades que se obtienen de los patrones de comportamiento y aquellas otras que se desarrollan espontáneamente y orientándose ellas mismas por el propio sujeto. En los malos tratos a la infancia es un componente clave para la prevención terciaria, sobre todo con vistas al establecimiento de un pronóstico. P.e. la detección de una serie de síntomas y signos de maltrato nos inducen a pensar en un proceso u otro y en una u otra forma de intervención, pero tras esa objetivación el profesional debe saber buscar y detectar las posibilidades de reacción de una familia en una situación de especial estrés, lo que incluye evaluar correctamente los factores compensadores ante el riesgo y, de esta forma, realizar una orientación terapéutica coherente y con posibilidades de ser aceptada por esa familia concreta en esta situación dada. El profesional sanitario, por su posición relevante en la relación con la familia, puede y debe saber evaluar las situaciones relacionales acompañantes (p.e. presencia de psicopatología en las figuras parentales y/o en los niños/as) a la hora de realizar una orientación de derivación, más o menos inmediata, a los servicios sociales de su territorio cuando detectan una situación de malos tratos a la infancia. Esta capacidad de los servicios sanitarios va a depender del conocimiento, estructural y funcional, de la red de protección a la infancia, dentro del marco legislativo existente.

IMPLICACIONES PRÁCTICAS DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Incluyen dos aspectos claves: por una lado las necesidades, desde cualquiera de los niveles asistenciales del sistema sanitario, tanto dentro del propio sistema sanitario, como en la interacción con los otros sistemas de atención a la infancia. En segundo lugar, incluye el aspecto de mejora continua de la calidad de la atención a la infancia con necesidades especiales.

1.- Necesidades:

1.1. Necesidades estructurales y funcionales: Existen profesionales para la atención a la infancia, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. En determinadas situaciones estos profesionales han desarrollado protocolos específicos de atención a la infancia (programa del niño sano, protocolos de intervención de atención coordinada entre salud mental y servicios pediátricos, desarrollo de interconsultas, etc.). La distribución de servicios y de profesionales que trabajan con estas características es muy irregular y poco homogénea. Por lo que habría que abordar como necesidades específicas a las que se debe de dar respuestas, tanto a la cobertura asistencial

en un territorio determinado, incluyendo Atención Primaria, Atención Especializada y Salud Mental Infantil, como al funcionamiento y la formación de los profesionales en temas psico-sociales de la infancia y, en particular, en lo referente al maltrato en la infancia.

1.2. Necesidades de instrumentos operativos: La falta de homogeneidad en la distribución y el funcionamiento de los recursos existentes, hace que se constata la necesidad de elaborar protocolos de detección e intervención unificada, con especial énfasis en los aspectos legales y del recorrido adecuado en la atención a la demanda, en caso de maltrato a la infancia, dentro de la red asistencial de atención a la infancia. Estos protocolos no solo se refieren a aspectos clínicos, claves para la detección, sino también a los instrumentos de notificación y método de derivación a otros servicios asistenciales, tanto sanitarios como sociales.

1.3. Necesidades para la interacción entre los distintos sistemas: La carencia básica consiste en que se detecta una cierta autosuficiencia por parte de cada uno de los sistemas que abordan la atención a la infancia, de tal suerte que todos y cada uno de ellos piensan que por sí mismos pueden y deben dar respuesta a la totalidad de los problemas que puedan surgir en la atención al desarrollo de la infancia o bien que es responsabilidad exclusiva de uno de los "otros" sistemas. Este hecho puede constituir uno de los elementos fundamentales para explicar la descoordinación funcional en la intervención, las reticencias al trabajo conjunto y la evidencia de duplicidades y solapamientos en la intervención, redundando todo ello en una disminución en la eficacia para la resolución de los problemas de la infancia en general y de la maltratada en particular. La atención a esta necesidad residiría en:

1.3.1. Intercambio de información acerca de la estructura, funcionamiento e indicadores de impacto de cada red asistencial y del contenido real de sus programas.

1.3.2. Establecer un estilo de trabajo que haga posible el abordaje conjunto de los problemas: comisiones socio-sanitarias de área, sesiones de estudio y análisis de caso conjunto, interconsultas, etc.

1.3.3. Elaboración conjunta y puesta en marcha de protocolos de detección, análisis de caso y de secuencia priorizada de la intervención. En estos protocolos se debe aclarar convenientemente, al menos, los siguientes aspectos: criterios de inclusión en el protocolo con independencia del sistema que lo proponga o detecte, responsable de cada caso, co-responsabilización en todo el proceso de intervención de todos los dispositivos de atención a la infancia en el territorio (sanitarios, educativos, sociales, judiciales, etc.).

2.- Mejora continua de la calidad: Hemos hecho referencia, en el apartado anterior, a que la descoordinación y falta de homogeneidad en la atención a la infancia, conlleva un menor grado de resolución de problemas -disminución de la eficacia-, lo que origina la duplicidad y solapamiento en los recursos y en las intervenciones, dando lugar a un incremento del coste económico -disminución de la eficiencia- e incluye un menor grado de satisfacción tanto en las familias atendidas -clientes externos- como en los profesionales -clientes internos-, independientemente del sistema al que éstos pertenezcan, que prestan la atención -disminución de la efectividad-. La respuesta a estas situaciones es y debe ser compleja, por ello se habla de proceso de mejora continua de la calidad (PMCC), que incluye tomar medidas de forma consensuada entre los diferentes sistemas y que debe girar en torno a: formación de profesionales en temas generales de la infancia y del desarrollo psico-social, adscripción de recursos cualificados para la atención de la infancia, elaboración y desarrollo de instrumentos para el análisis y resolución de problemas en la infancia y metodología de evaluación continua dentro de cada sistema y entre los diversos sistemas.

Finalmente, queremos resaltar que a lo largo de todo este trabajo hemos obviado, de forma consciente, hacer una excesiva referencia a los malos tratos en la infancia como algo específico: No se puede hacer una aproximación a un problema específico de la infancia sin poseer un concepto claro acerca del desarrollo infantil y de los problemas que surgen a lo largo de él. Es decir, no es posible concebir una formación por procesos de forma aislada, sin una conceptualización y una práctica basada en el conocimiento y los instrumentos para la atención a las necesidades globales de la infancia, necesidades éstas que en las situaciones de maltrato se hacen más evidentes y que requieren la aplicación de aspectos globales a cada situación particular, dentro de un marco dinámico y contextualizado, como es el proceso de desarrollo del niño/a. Aquí cabe resaltar la formación de todos los profesionales, con un carácter serio y riguroso, para contribuir verdadera y efectivamente a una mejora continua de la calidad en las prestaciones de atención a la infancia.

PROPUESTAS CONCRETAS

1. Formación de pre y postgraduado: Formalmente estos temas psico-sociales y del maltrato a la infancia aparecen en los programas de formación de pre y postgraduado, no obstante la aproximación conceptual suele ser descontextualizada (p.e. se fragmentan las lesiones por aparatos y sistemas, sin integrarse sintómicamente), parcial y sesgada (p.e. la exposición meramente descriptiva del maltrato físico y, solo en época reciente y excepcionalmente, del abuso sexual) e incompleta (p.e. se exponen formas clínicas aisladas y sin contemplar ni las secuelas ni el abordaje terapéutico desde una perspectiva evolutiva y longitudinal). Como consecuencia la especificidad en la detección es muy elevada, pero la sensibilidad (en la doble acepción epidemiológica y profesional) es muy reducida. Ante este panorama parece pertinente desarrollar los contenidos formalmente expuestos en los programas formativos, de forma más unificada e integrada en los aspectos psico-sociales, en particular de los malos tratos.

2. Formación continuada: Debe orientarse a la adquisición y consolidación de habilidades terapéuticas y actualización de los nuevos avances en estos temas, comprendiendo tres bloques básicos:

2.1. Conocimiento del uso práctico, en la detección y primera valoración del riesgo, de los factores de riesgo y de las escalas de valoración clínica (p.e. síntomas y signos físicos, funcionamiento familiar, características del niño/a y de la demanda).

2.2. Conocimiento del marco legal y de los agentes sociales con responsabilidades en las primeras medidas de protección y tutela de la infancia en dificultad social (servicios sociales y organismo de tutela de cada Comunidad autónoma). Hay que referirse al marco legal estatal y al propio de cada Comunidad Autónoma.

2.3. Conocimiento y manejo de instrumentos para una adecuada intervención terapéutica y una coordinación con las redes implicadas en la protección de la infancia y en la salud mental de la infancia y adolescencia (p.e. formas de información a la familia, notificación a los servicios sociales y al sistema judicial, técnicas de seguimiento de las posibles secuelas en los niños/as maltratados).

3. Organización de los servicios:

3.1. Delimitar el organigrama de las diferentes redes asistenciales para la atención a la infancia (incluyendo los diferentes niveles asistenciales de cada uno de ellos y su forma de acceder a ellos), que existen en un territorio determinado y que pueden ser necesarias para la detección y el tratamiento (p.e. servicios especializados de salud mental infanto-juvenil de referencia, hospital de área, unidades específicas como los de adolescencia o abusos sexuales) junto con aquellos más propiamente responsables de las medidas de protección (p.e. servicios sociales, organismos de tutela de las comunidades autónomas, fiscalía).

3.2. Disponer de protocolos diagnóstico-terapéuticos, con la actuación específica de cada sistema de atención a la infancia, en los que se incluya la interconsulta entre las diferentes agencias como un instrumento operativo eficaz (p.e. técnicas de análisis de caso conjunto entre los servicios sanitarios, los educativos y los servicios sociales de un territorio determinado, donde se aborde las características del caso problema y los pasos en el tratamiento y la co-responsabilización en el seguimiento).

4. Investigación: Las especiales características de estos procesos de dificultad psico-social en la infancia, como es el maltrato, exigen que los procedimientos más adecuados sean los basados en las metodologías de investigación-acción para:

4.1. Desarrollo de instrumentos para mejorar la detección de los malos tratos, tanto en servicios de atención primaria como en los servicios de urgencia hospitalarios (p.e. ítems a incluir en la historia clínica ante situaciones de probable maltrato en sus diferentes formas de presentación).

4.2. Establecimiento de protocolos de intervención terapéutica, incluyendo parámetros que permitan la evaluación del tratamiento, sobre todo del impacto longitudinal de los malos tratos en la biografía del niño/a víctima de ellos.

BIBLIOGRAFIA

- Browne, K. & cols.: Early prediction and Prevention of Child Abuse. Ed. John Wiley & Sons Ltd. Manchester, 1988.
- Centre International de l'Enfance: Los niños víctimas de sevicias y maltratos. Documento para el Proyecto CII. París, 1980.
- Crivillé, A.: Parents maltraitants, enfants meurtriers. París: Ed. ESF, 1987.
- Fernández Villar, A. et al.: Intervenciones psico-sociales en la primera infancia: Integración y coordinación en el territorio. Rev. Psiquiatría Infanto-juvenil, 1991, 3, 231-236.
- Helfer, R.E.: Child abuse and Neglect: Assessment, Treatment and Prevention, October 21, 2007. Child Abuse and Neglect, 1991, 15, Sup. 1, 5-15.
- Kempe, R.S. & Kempe, C.H.: Niños maltratados. Ed. Morata. Madrid, 1989.
- Killén Heap, K.: A predictive and follow-up study of Abusive and neglectful families by Case Analysis. Child Abuse and Neglect, 1991, 15, 3, 261-273.
- Martín, L.: Aspectos psico-sociales en los exámenes de salud en la infancia. Rev. Psiquiatría Infanto-juvenil, 1991, 3, 177-179.
- Martín, L.; Paul, J. de; Pedreira, J.L.: La infancia maltratada: contenidos psicopatológicos. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Ed. Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 1995, tomo II, págs. 1297-1322.
- Martín Alvarez, L. & Pedreira Massa, J.L.: Atención de salud y prevención del maltrato en la infancia: instrumentos para los diferentes niveles de intervención. Jornadas sobre Maltrato infantil: actuaciones socio-educativas y sanitarias. Junta de Comunidades de Castilla-la Mancha, Consejería de Bienestar Social. Albacete, noviembre de 1996.
- Meadow, R.S.: ABC of Child Abuse. London: Br. Medical Journal, 1989.
- Moliner, Mª.: Diccionario del uso del español. Madrid: Ed. Gredos, 1987, tomo 2.
- Paul, J. de & cols.: Maltrato y abandono infantil: Identificación de factores de riesgo. Ed. Servicio Central de Publicaciones del País Vasco. Vitoria, 1988.
- Pedreira, J.L.: Factores que intervienen en el éxito de los programas de intervención en los malos tratos a la infancia. En Libro de Actas II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1993, págs. 303-322.

- Pedreira, J.L.: Protocolos de salud mental infantil para atención primaria. Madrid: ELA-Arán, S.A., 1995.

- Rodríguez-Sacristán; J.; Pedreira, J.L.; Menéndez, F. & Tsiantis, J.: La Salud Mental en la infancia. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Ed. Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 1995, tomo II, págs. 1349-1395.

- San Martín, H.: Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva. Barcelona: Masson, S.A., 1986.

- Solnit, A.A.: Prenez soin de vos enfants comme vous souhaitez qu'ils prennent soin de vos petits-enfants. En Anthony, E.J.; Chiland, C. & Koupnik, C. (Edits.): L'enfant à haut risque psychiatrique. Paris: PUF, 1980, págs.397-406.

- Wolfe, Th.: Child abuse. Ed. Sage. London, 1987.

Teresa Pi i SUNYER

El grup Nadó-Interacció neix a partir d'una inquietud dels diferents membres que el componen per treballar conjuntament amb altres professionals el tema de la prevenció d'un establiment del vincle mare-fill/a mal establert, a través d'un enfoc multidisciplinari.

A partir dels diferents llocs de treball, sorgeix la necessitat en tots nosaltres de connectar amb altres professionals del mateix àmbit materno-infantil per compartir la preocupació d'establir una xarxa fluida que permeti desenvolupar una coordinació mútua.

Des d'una època anterior, alguns de nosaltres portàvem un temps treballant conjuntament amb el grup de l' Afree (Association de Formation et de Recherche sur l' Enfant et son Environnement) de Montpellier, França. Aquest grup, que porta constituït des de l' any 1982, basa la seva orientació dinàmica en un treball preventiu i multidisciplinari amb pares en situació afectiva vulnerable abans del naixement del seu fill/a i en les seves primeres etapes de vida.

El mes de gener de 1995, membres de l' Afree es desplacen a Barcelona i a la seu del Centre Joan Amades ens reunim en una primera trobada uns trenta professionals dedicats a l' àmbit de la infància.

En aquesta trobada, els membres de l' Afree presenten la seva pràctica i també cada professional que hi assisteix. S'estableix un intercanvi àgil i que coincideix en els punts essencials. A partir d'aquí, se succeeixen diverses reunions amb els professionals que varen assistir a la primera. Ens trobem entre ells: psiquiatres, psicòlegs, assistents socials, infermeres, un neuropediatre, una neonatòloga i altres. El compartir preocupacions i necessitats detectades en el treball de cadascú, genera un interès principal que consisteix en establir uns objectius comuns a les trobades i en definir-nos com a grup: el trobar una identitat pròpia.

El fet de que sorgíssim de diferents àmbits, possibilitava el formar part d'alguns dels grups de treball constituïts en les diferents institucions de les quals proveníem, entre elles l' Afree. Decidim no emparar-nos sota el rètol de cap d'elles en concret i de moment ens constituïm per el nostre compte.

És urgent, doncs, saber qui som. Aquesta fase culmina al trobar un nom: Nadó Interacció i en un compromís econòmic i d'assistència regular a les reunions mensuals per part de cadascun de nosaltres. En aquest moment assistim amb regularitat unes quinze persones a les mateixes.

El desembre de 1995 ens trobem una altra vegada a Barcelona amb el grup de l' Afree i ells consideren que el que necessitem es centrar-nos sobre un treball concret sobre el qual basar les nostres trobades. Comença doncs, una segona etapa en la que una psicòloga del grup es proposa per efectuar observacions a bebès recent nascuts a l' Hospital de Granollers, on la neonatòloga cap de secció també forma part del mateix i en les trobades treballem sobre el material exposat.

Durant el curs 95-96, es treballa sobre cinc observacions fetes. Transcorregut aquest temps, el grup constata la necessitat d'aproximar la discussió interna a experiències professionals properes a cadascun. Decidim per el curs següent, cadascú de nosaltres presentar una exposició sobre la pròpia feina, sobre un cas concret o sobre un projecte de treball i així es porta a terme. En aquest moment van sorgir preguntes referents altre cop a la nostra identitat, com a professionals i com a grup:

- Quan presentem el nostre treball, en nom de qui parlem? Al grup venim a títol individual i a la feina treballem en equip.

- Presentar el treball quotidià representa reconèixer situacions de dubtes, inconformitats, davant dels altres - estem preparats per fer-ho? Qui som cadascú de nosaltres i qui són els altres per accedir a aquest intercanvi? El mes de juny d'aquest any vam tenir una tercera trobada amb l' Afree per definir el punt en que ens trobàvem. Un membre del grup va presentar un cas i es va treballar sobre el mateix. Vam comprovar que la trajectòria que portem es va consolidant com a grup de referència i que les diferents etapes viscudes han estat part del procés natural de la seva evolució. Aquesta presentació d'avui ens confirma com a grup davant dels altres professionals del mateix àmbit, doncs podem dir que hem trobat un llenguatge comú que ens permet comunicar-nos amb fluïdesa i entendre'ns. Veiem la necessitat primordial de poder tenir aquest primer grau de comunicació interna per poder accedir i ser permeables a la necessitat de recolzament que demanen les famílies en situació vulnerable. El professional ha de protegir i acompanyar a les

famílies, perquè aquestes siguin capaces de trobar un espai on se les pugui entendre i se les reconegui com a famílies capaces de tirar endavant amb els seus propis recursos i les seves dificultats. Creiem que el maltracte infantil també té a veure amb el maltracte assistencial. Si nosaltres ens afegim a les famílies com una carència més - el sentir-se abandonats - ens afegim al risc de malestar. Si ens organitzem de forma no coordinada, amb ruptures entre nosaltres, no protegim als nens ni a les seves famílies. El maltracte també depèn de nosaltres, els professionals.

Treballem per la prevenció de situacions de repetició de malestar; per evitar una cadena de situacions no resoltes que es vagin agreujant, de cara a futurs embarassos i naixements perquè puguin ser rebuts amb harmonia i amb la confiança en poder ser uns pares suficientment bons, junt amb el nostre recolzament, trobat en el moment en que ells siguin capaços de rebre'l, sensibles al vincle que pot arribar a unir-los.

FORUM 2

UTILITAT I/O NECESSITAT DE L'AUTORITAT JUDICIAL PER AL TRACTAMENT DE CERTES FAMÍLIES
MALTRACTADORES
UTILIDAD Y/O NECESIDAD DE LA AUTORIDAD JUDICIAL PARA EL TRATAMIENTO DE CIERTAS FAMILIAS
MALTRATADORAS
UTILITÉ ET/OU NÉCESSITÉ DE L'AUTORITÉ JUDICIAIRE POUR LE TRAITEMENT DE CERTAINES FAMILLES
MALTRAITANTES
NEED FOR LEGAL AUTHORITY IN THE TREATMENT OF CERTAIN FAMILIES THAT ABUSE THEIR CHILDREN

OCT 20 16.00/17.30 TARRAGONA TS

COORD.	José M ^a PALACIO del VALLE	Spain
PART.	Jaap DOEK	The Netherlands
	Michelle ROUYER	France
	Anna Maria SCAPICCHIO	Italy

José M^a PALACIO del VALLE

Licenciado en Derecho, Universidad Complutense de Madrid. Asesor Ejecutivo del Gabinete de la Excm. Sra. Ministra de Justicia.

Jaap DOEK

Law Professor, Vrije Universiteit Amsterdam and deputy-judge in the district court of the Hague. Past president of ISPCAN.

Michelle ROUYER

Psychiatre, psychothérapeute. Médecin responsable du Placement Familial Thérapeutique Le Relais Alésia.

Anna Maria SCAPICCHIO

Licenciée en Psychologie. Centre de Consultation Familial de l'Université Catholique, Naples.

Jaap DOEK

JUDICIAL INTERVENTION IN CASES OF CHILD ABUSE AND INCEST IN THE NETHERLANDS:
LEGAL AND THERAPEUTICAL POINTS OF VIEW.

1. Introduction. In presenting the various aspects of judicial intervention in the Netherlands the following should be kept in mind: Judicial intervention is seen as the last resort. It means that other ways to help the victim and her/his family and the perpetrator should be considered first and if possible implemented. But this is only possible if everybody involved is willing to cooperate, the so-called voluntary treatment. "So-called" because in many cases something has to be done and if the persons concerned are not willing to cooperate the "not-so-attractive" alternative is the involvement of the court either for a child protective measure or for criminal charges. In reporting, investigating and handling cases of child (sexual) abuse, the so-called Confidential Doctors Bureaus (CDB'S) play an important role.

Available figures (1989/1990) show that in about 80 à 85% of the cases treatment/care is provided without imposing a measure for child protection. The CDB's don't report cases to the police for prosecution. So we don't know in how many of the cases reported to the CDB's (about 15.000 in 1996) prosecution of the perpetrator took place. But we know that cases of physical child abuse are rarely prosecuted whereas in cases of child sexual abuse (incest) it takes place more frequently (Van Montfoort 1993).

2. Intervention by the (juvenile) court to protect the victim. The Dutch civil code offers the following measures for child protection: a supervision order which means that a social worker is

appointed to offer the parent(s) and the child the necessary (therapeutic) help. It is possible to place the child in foster care or in an institution within the framework of this measure. The social worker has, unfortunately and due to a large case load, very little time for guiding/supervising the family. If any more specialised treatment is necessary he may refer the parent(s) and child to the appropriate service (e.g. mental health). They have to comply with that referral.

The other measures are:

- termination of parental powers (rarely applied with an exception of various serious cases involving young children e.g. of drug addicted parents;

- a provisional custody meant for every urgent intervention. This measure suspends parental authority and allows the child protective service to immediately place the child in a safe environment (e.g. foster care).

The council for child protection is the body that has the power to file a case with the juvenile court. The council usually investigates the case and makes a report, which can be seen by the parents and the child of 12 yrs and older.

Unfortunately, the judicial intervention does not guarantee immediate and appropriate treatment. What it does (at least should do) is to protect the child against further abuse. But the measure can certainly create conditions by which proper treatment can be provided even over the parent's objection.

3. Intervention by criminal courts. If a case of incest is prosecuted, one of the problems authorities face is "evidence". In most of these cases there is only one witness: the victim. Therefore particular attention is given to the (credibility of the) testimonies of the child-victim.

The police in about 11 different places has special interview rooms for interviewing young children (child-friendly, video taped interviews which can be watched from behind a one-way-screen). According to a recent decision of the Supreme Court experts can play an important role in strengthening the credibility of the child-witness and in that way they can contribute to the establishment of convincing evidence.

In cases of incest (and other cases of sexual abuse) the victim can be granted financial compensation by the criminal court. The police and public prosecutors are obliged to give the necessary information about this possibility and to refer the victim (+ parents) to supporting services. Special attention is given to the perpetrator in cases of incest because he is often a close relative, (step)father, brother, of the victim.

Imprisonment may be imposed in very serious cases but often other options are explored. One is that e.g. the father is told that he public prosecutor is willing to suspend further action if the father is willing to participate in a specific treatment program (the same is possible in court: the judge imposes a penalty but the execution can be suspended if treatment is accepted). On the bases of an experiment with this approach a treatment model with five stages has been developed (Frenken/Van Stolk 1990).

Although information about criminal prosecution of sex crimes is available, nothing specifies about incest.

4. Problems. The main problem in having to possibilities of court intervention is that they may start at the same time and interfere with each other. So far no specific guidelines have been developed. I'll discuss possible solutions.

Michelle ROUYER

RÔLE DU JUGE DES ENFANTS DANS LE CADRE D'UN PLACEMENT FAMILIAL
THÉRAPEUTIQUE

Le Placement Familial Thérapeutique Le Relais Alésia accueille 30 enfants âgés de 0 à 12 ans à l'admission.

Les 2/3 ont été placés par ordonnance du juge des enfants.

Il s'agit de situations de danger où la maltraitance physique et psychologique à l'égard de l'enfant a fait l'objet d'un signalement juridique. La mesure de placement est prise pour une période d'un an renouvelable en fonction de l'évolution de l'enfant et de ses parents. Les durées de séjour sont de 3 à 10 ans ; elles peuvent se prolonger jusqu'à la majorité, quelquefois après la main levée du juge à la demande des parents.

Tous les enfants présentent des troubles du comportement et de la personnalité qui se sont développés dans la famille et n'ont pu être traités efficacement et avec continuité. Ces familles ont en commun la conviction de leur toute puissance à l'égard de l'enfant, exprimée par des affirmations « mon enfant est à moi, j'en fais ce que je veux » ou dans l'inceste « mon enfant c'est moi ». Il existe une confusion des rôles et des générations qui conduit à la parentalisation de l'enfant, une non reconnaissance des interdits du meurtre et de l'inceste qui s'exprime par la violence des parents répétant avec l'enfant ce qu'ils ont déjà vécu.

Notre intervention ne peut être thérapeutique que si elle s'appuie constamment sur la parole du juge en tant que représentant de la loi juridique commune à tous.

C'est pourquoi l'admission au Placement Familial ne se fait jamais en urgence et nécessite une préparation dont le premier acte est la notification par le juge aux parents de la mesure qu'il a prise, c'est à dire l'illégalité de leur comportement à l'égard de l'enfant.

La participation des parents au projet thérapeutique est une exigence de notre centre et fait l'objet d'un contrat où le rythme, la durée, les modalités des contacts parents/enfants sont fixés par le juge après concertation et arbitrage entre le désir des parents et nos propositions.

L'établissement d'un projet thérapeutique implique la reconnaissance de l'appartenance de l'enfant à sa famille, le droit des parents à demander le respect de leur culture et de leur religion, à être tenu au courant de l'évolution de l'enfant, le devoir de participer à toutes les décisions concernant l'enfant : soins, scolarité, loisirs. Ce travail de mise en place des rôles de chacun ressitue l'autorité parentale avec ses limites. La séparation de l'enfant n'est qu'une mise à distance, elle ne change pas immédiatement l'emprise incestueuse.

L'intervention du juge, notre référence à sa parole, introduisent un tiers médiateur jusqu'alors inexistant dans les familles transgressives. Les parents pour lesquels la représentation paternelle a fait défaut sont confrontés à une autorité hiérarchisée à trois niveaux : l'équipe du Placement qui doit rendre des comptes au juge, le juge lui-même et la loi au-dessus de lui, dont il est le représentant.

Ce fonctionnement garantit les limites imposées aux parents et crée un espace symbolique permettant que notre parole à visée thérapeutique soit entendue, discutée par les parents sans être persécutrice car elle s'appuie sur une autre parole incontournable, celle de la loi commune à tous.

Il nous paraît capital que le juge ne soit pas une figure abstraite, mais intervienne en personne, puisse être connu par son nom et accessible comme médiateur et arbitre.

Au cours du placement, les audiences avec le juge revêtent un caractère de rituel un peu solennel car elles ont lieu au palais de justice et permettent au juge des enfants de faire le point, de répondre aux demandes de prolongation de placement, de modification des visites, et du retour. Ces rencontres avec le juge des enfants sont importantes pour les parents, l'enfant et l'équipe du Placement, qui sont reçus séparément et ensemble. Les parents sont écoutés, confirmés dans leur autorité parentale avec ses limites. L'enfant donne son avis dès que son âge le permet et apprend que ses désirs peuvent être entendus mais ne sont pas tout puissants. Le juge donne aussi des limites au travail que nous faisons car s'occuper d'enfants maltraités peut conduire au risque de s'approprier l'enfant, reproduisant ainsi une position de toute puissance semblable à celle qui existait dans la famille. C'est un risque de maltraitance grave car l'attaque des liens entre l'enfant et ses parents l'ampute de ses racines.

Les situations prises en charge plusieurs années n'aboutissent pas toujours au retour de l'enfant dans sa famille, mais les enfants ont pu grandir en intégrant leur histoire, aussi douloureuse soit-elle, et maintenir des liens avec leurs parents moins fusionnels et moins passionnés.

Dans tous les cas, l'intervention du juge des enfants a été déterminante et indispensable. Cependant, pour qu'elle soit opérante, il faut qu'il soit réellement présent et que, par sa fonction, il protège et contrôle le travail clinique et social mis en place. Ce qui est souvent possible si le juge des enfants ne change pas trop souvent, et si l'alliance entre le judiciaire, le thérapeutique et le social peut s'établir dans la confiance mutuelle sans confusion des rôles de chacun.

Annamaria SCAPICCHIO

L'expérience professionnelle que je rapporterai est contextualisée à Naples, qui est une ville complexe du Sud; lieu de grands enthousiasmes et énergies, mais aussi une ville qui exprime des besoins sociaux insatisfaits depuis longue date, unis à la dégradation et à la pauvreté.

S'impose ici une distinction pour mieux comprendre la différence entre les parcours d'intervention, entre les problèmes liés à l'incurie et aux vexations envers les enfants, d'une part, et ceux de l'abus sexuel, de l'autre. Ce dernier, en effet, en tant que phénomène transversal, par rapport aux appartenances sociales, n'a pas du tout ou moins besoin d'une collocation sociale et culturelle, soit pour être compris, que pour donner spécificité à l'intervention psycho-sociale et judiciaire. Par rapport au mauvais traitement, le contexte de dégradation dans lequel vivent tant de familles et/ou d'abandon et de délaissement par rapport aux mineurs qui sollicitent dans les services une réponse de type social. La question complexe de l'enfance victime de délaissement et de mauvais traitement à Naples se situe dans des familles et dans un tissu social marqué par la pauvreté et le chômage, qui sont strictement associés à l'illégalité. Le phénomène du délaissement et de la vexation est largement répandu chez les familles qui font l'expérience d'un malaise diffus, qui voit souvent, comme dernier anneau du cercle vicieux des victimes, les enfants.

Il vaut la peine de souligner qu'à Naples revient malheureusement encore le record de l'évasion scolaire (dans certains quartiers elle touche le 15%), de l'incidence de maladies infantiles (signe de manque de soins), de mortalité infantile (celle-ci, aussi liée ou non à des accidents domestiques); beaucoup d'enfants passent leurs journées dans la rue.

Le grand malaise expérimenté par les enfants de ces zones sociales sont assujettis à un niveau de tolérance élevé de la part des services sociaux et du Tribunal pour les mineurs (1) qui,

faute d'un réseau efficace de services et d'opérateurs, aussi bien que d'une politique sociale capable de considérer cette complexité, a pris généralement le parti, dans ces années-ci, de n'intervenir qu'en situations limites, avec des interventions très envahissantes et déstructurantes, en reconnaissant son impuissance en tant qu'organisme judiciaire, à intervenir sur un tissu social si étendu et complexe. Ainsi, dans ces réalités sociales, l'intervention judiciaire (généralement T.M.) apparaît limité aux cas les plus graves.

On est en train d'essayer, surtout dans ces dernières années, de promouvoir dans ces zones, où la présence des mineurs à risque est très élevée, des interventions de réseau de prévention et traitement qui s'adressent avant tout aux contextes "faibles" comme le secteur de l'éducation territoriale, l'activation de figures de soutien pour les mineurs (tutor), des activités d'agrégation et de formation pour les mineurs, en alternative à la rue, et de "soutien" aux familles, tâchant de promouvoir, ainsi, une culture alternative à celle, violente que reçoivent les enfants, même à l'intérieur de leurs propres familles.

Depuis à peu près deux ans, dans certaines zones de la ville, on a activé des structures stables de coordination chargées de promouvoir des projets à réseau pour l'intervention psycho-sociale. La présence de ces structures territoriales est transversale à un projet plus spécifique: "Projet de réseau pour la prévention et le traitement des vexations et de l'abus sexuel envers les enfants" promu, en collaboration avec la Mairie de Naples, par le Centre de consultation de l'Université Catholique qui a été établi depuis sept ans à Naples.

Le "Projets de réseau pour la prévention et le traitement des vexations et de l'abus sexuel envers les enfants" vise à intégrer, dans les limites des différentes fonctions et compétences, la complexité du traitement dont a besoin un mineur victime de l'abus et sa famille.

Le projet, qui s'articule en plusieurs phases, prévoit dans ses objectifs:

- la prévention primaire et secondaire de l'abus et du mauvais traitement;

- la constatation diagnostique;

- le traitement des mineurs objets d'abus et/ou de vexations, soit individuellement, soit avec leur famille.

Les activités mises en oeuvre par le projet sont poussées par la prise de conscience murie péniblement, que la complexité de l'intervention sur le mineur, victime d'abus sexuel, demande l'interjonction complexe entre parcours thérapeutiques, parcours de protection, parcours judiciaires. Nous sommes en train d'essayer un travail de plus en plus en équipe, même interinstitutionnel, qui s'active dans la phase diagnostique sur trois niveaux (Médicosocial-psychologique) et qui se rattache à la personne qui a des tâches de tutelle du mineur et qui se rend disponible à collaborer avec les Autorités judiciaires pour activer le parcours pénal.

Cette activation est toujours nécessaire dans les cas d'abus sexuel, où on a besoin de construire des parcours intégrés avec les services, les ressources territoriales et les autorités judiciaires, surtout dans le traitement d'enfants et de victimes de l'abus sexuel. Ces quatre dernières années nous avons suivi à peu près 60 cas d'abus sexuel.

Le traitement de ces cas a montré de façon de plus en plus évidente la nécessité de développer un rapport de collaboration et d'intégration, outre qu'avec les services territoriaux, d'une façon particulière avec le Tribunal des mineurs, avec la Procure de la République et avec la Préfecture de Police.

La collaboration s'est développée surtout ces deux dernières années, et non sans difficultés, à cause de la diversité de cultures, moyens, langages.

Cependant cette collaboration active a consenti à l'individuation des instruments de coopération et à l'institution, au près de la Procure Ordinaire, d'un pool spécialisé de magistrats, qui s'occupe de l'abus sexuel sur les mineurs. Cette expérience est en train de se répandre dernièrement même dans des Procures plus petites de la Région. Même auprès de la préfecture a été instituée une section spécialisée en crimes dont sont victimes les mineurs. Il est aussi en cours, un essai pour améliorer les parcours d'entente entre la Procure Ordinaire et le Tribunal pour les mineurs. A l'intérieur du projet nous avons prévu que le psychologue, qui a suivi l'enfant dans la phase du diagnostic, puisse continuer à le soutenir dans le complexe chemin judiciaire, en favorisant chez l'enfant la compréhension des différents rôles et des différentes fonctions de qui institutionnellement a été appelé à s'occuper de sa situation.

Le psychologue en charge, dans le domaine des mesures de tutelle introduites par le Tribunal pour les mineurs, peut être nommé ensuite, par la Procure Ordinaire, comme auxiliaire du Juge dans l'écoute du mineur. A l'intérieur des procédures judiciaires l'écoute du mineur dans le procès pénal est faite à travers la mesure de l'audition protégée (2), pour laquelle ont été apprêtées, dans le Tribunal Ordinaire de Naples, des salles spécifiquement équipées. A l'intérieur de ce type d'intervention intégrée, nous avons expérimenté comme même le procès pénal peut représenter, grâce à des mesures de sauvegarde appropriées et à une intégration avec le parcours psychothérapeutique, un moment réparateur, la représentation d'un scénario de protection sociale qui peut s'activer à l'égard de l'enfant.

(1) Organisme juridique qui s'occupe de la tutelle et de la protection des mineurs.

(2) L'enfant n'est pas mis en contact direct ni avec ceux qui abusent ni avec les autres acteurs du procès pénal. Le mineur est écouté avec l'aide d'un expert dans un lieu mis en communication avec la salle où se déroule le procès à travers l'installation d'un écran à circuit fermé.

FORUM 3

EL RETORN DEL NEN A LA SEVA FAMÍLIA NATURAL: LA PROBLEMÀTICA DEL SEGUIMENT
EL RETORNO DEL NIÑO A SU FAMILIA NATURAL: LA PROBLEMÁTICA DEL SEGUIMIENTO
LE RETOUR DE L'ENFANT DANS SA FAMILLE NATURELLE: LE PROBLÈME DU SUIVI
RETURNING THE CHILD TO THE BIRTH FAMILY: THE PROBLEMS OF FOLLOW-UP

OCT 20 16.00/17.30 LLEIDA TS

COORD.
PART.

Jacque ROBERTS
Marc GERARD
Pere GÜELL
Michael LITTLE
& Mary RYAN

United Kingdom
Belgium
Spain
United Kingdom
United Kingdom

Jacque ROBERTS

Executive Councillor for ISPCAN. Senior Manager for Services for Older People in Dundee City Council, Scotland.

Marc GERARD

Brussels, Belgium

Pere GÜELL

Psicòleg de l'Equip d'Atenció a la Infància i Adolescència (EAIA) del Casc Antic. Districte de Ciutat Vella. Ajuntament de Barcelona.

Michael LITTLE, Mary RYAN

Dartington Social Research Unit, University of Bristol.

Pere GÜELL

MALTRACTAMENT INFANTIL I SEGUIMENT: UNA INTERVENCIÓ COMPARTIDA.

1. LES FAMÍLIES.

Moltes de les famílies en les quals s'ha produït situacions de maltractament infantil són famílies amb déficits i múltiples problemes psicosocials. Aquestes famílies solen rebre atenció per part de diversos serveis (serveis socials, centres de salut mental, serveis d'atenció a les toxicomanies, recursos educatius especialitzats,...) i és freqüent que estableixin amb ells una relació de dependència. Que hi hagi molts serveis intervenint, però, no sempre és garantia d'una millora significativa dels problemes que afecten a la família, entre ells el maltractament infantil.

Aquesta característica de famílies multiproblemàtiques i multiassistides, caldrà tenir-la molt present en les intervencions que es portin a terme des dels serveis d'atenció i protecció infantil.

2. L'ATENCIÓ A LA INFÀNCIA MALTRACTADA A CATALUNYA.

La detecció i l'atenció a la infància maltractada és una tasca que, d'una o altra manera, comparteixen tots els serveis que ajuden a millorar els problemes de la família; problemes que formen part de l'origen i el manteniment del maltractament, la millora o resolució dels quals pot ajudar a tractar-lo.

A Catalunya, però, la xarxa d'atenció social té l'encàrrec específic d'atendre les situacions de maltractament infantil. Dintre d'aquesta xarxa, podem destacar els Serveis Socials d'Atenció Primària (SSAP), que tenen caràcter polivalent - i per tant atenen distintes necessitats i problemàtiques de les famílies -, i els Equips d'Atenció a la Infància i Adolescència (EAIA), que són serveis especialitzats en l'atenció a la infància maltractada. Els EAIA varen començar a funcionar a Catalunya a l'any 1986 i a Barcelona a l'any 1990. SSAP i EAIA són serveis que es complementen en l'atenció de les necessitats i dificultats de la infància. Per això, és important que ambdós serveis mantinguin una estreta coordinació i tinguin la capacitat d'establir, dintre d'una estratègia única, les funcions que els pertocarà en cada moment del procés de seguiment. El procés d'intervenció en els casos de maltractament infantil comença, generalment, per una etapa de detecció per part dels serveis propers a la família i de primeres actuacions per part dels serveis socials d'atenció primària. El SSAP, recull les observacions dels distintes agents socials, valora la dimensió del problema i coordina i porta a terme les intervencions més adequades per tal de modificar la situació de maltractament.

Quan el maltractament sigui greu, les actuacions del SSAP no aconsegueixin provocar canvis en la situació familiar i no es pugui preservar el nen del maltractament, el SSAP deriva el cas a l'equip especialitzat en l'atenció i protecció infantil, l'Equip d'Atenció a la Infància i Adolescència.

L'EAIA realitza un estudi en profunditat del maltractament i el context en què s'ha produït, proposa les mesures d'atenció a la família i de protecció del nen i elabora un pla de seguiment

d'aquestes mesures. En funció de la valoració diagnòstica i pronòstica, el seguiment es portarà a terme amb el nen a casa, o bé lluny de la seva família natural.

Segons les mesures d'atenció i protecció que s'apliquin, serà un o altre servei qui globalitzarà el seguiment i coordinarà les actuacions que es portin a terme des dels distintes recursos que treballen amb la família. Així, per exemple, quan se separa el nen del seu entorn familiar, és l'EAIA qui coordina el procés de seguiment; i quan les mesures d'atenció i protecció s'apliquen estant el nen a casa, és, generalment, el SSAP el servei que farà el seguiment.

3. EL SEGUIMENT: UNA DINÀMICA COMPLEXA.

El seguiment és una etapa de la intervenció amb la qual es pretenen aconseguir canvis en el context sociofamiliar on s'ha produït el maltractament. Podem destacar dues funcions bàsiques: el tractament i el control. El tractament el podem definir com a ajuda per al canvi, i el control com la constatació d'aquest canvi i del seu manteniment. Entre els serveis d'atenció social i protecció infantil s'ha debatut àmpliament sobre la compatibilitat del control i el tractament, així com si hauria de ser un mateix equip el qui assumís totes dues funcions o, en canvi, un equip hauria d'exercir el control i un altre fer el tractament.

La nostra pràctica ens mostra com ambdós rols estan presents, tant en l'atenció dels serveis socials polivalents com dels especialitzats, i que són necessàriament complementaris per aconseguir els objectius de canvi proposats. La qüestió és com els serveis manegen l'un i l'altre durant el procés de seguiment. Com s'ha dit, moltes de les famílies ateses pels equips d'atenció social i protecció infantil presenten múltiples problemes (toxicomanies, problemes de salut mental, minusvalideses, manca d'habilitats de criança,...), i són ateses per diversos serveis, els quals participen, d'una o altra manera, en el seguiment del maltractament infantil. Aquesta situació de multiassistència fa que sigui indispensable una estreta coordinació entre tots els serveis, i també que hi hagi un equip que articuli i dinamitzi tot el procés de seguiment. En cas de no ser així és probable que augmentin les possibilitats de fracàs de la intervenció. És important que en el seguiment es disposi de recursos qualificats, que permetin modificar els factors d'inici i manteniment del maltractament. A destacar serveis psicoterapèutics que intervinguin en la dinàmica interna i relacional de la família, així com serveis educatius que modifiquin les conductes de criança i tracte inadequades. No es pot responsabilitzar la família d'una mala evolució si no li ha estat ofert el tractament adequat. Si no hi ha una intervenció adequada per part dels serveis, el seguiment probablement es limitarà al control, a vigilar la família; però no es tractaran els factors que han desencadenat i que poden propiciar de nou el maltractament.

El seguiment és un procés dinàmic i més o menys llarg, tant per la complexitat de les relacions que s'estableixen entre la família i els serveis que intervenen sobre el maltractament, com per la dificultat i la lentitud en què es produeixen els canvis. La relació que s'estableix entre els serveis - sobretot amb els equips d'atenció i protecció infantil - i la família, generalment s'inicia en un context en que predomina el control. És difícil per a la família comprendre i acceptar que poden confiar en aquells per qui se senten vigilats. El repte pels serveis és canviar aquesta relació, de forma que progressivament es passi de la confrontació a la confiança. Només d'aquesta manera, la família podrà reconèixer el maltractament i les dificultats que l'afecten, i considerar el professional com algú que els podrà ajudar a millorar.

El desenvolupament del seguiment hauria de permetre una progressiva participació de la família en la presa de decisions i que, finalment, reassumeixi les responsabilitats sobre la vida del nen. Així, es passaria d'una etapa més intervencionista per part dels serveis, a una altra menys directiva i més basada en l'acompanyament i l'orientació. La duració del seguiment s'hauria de condicionar a la modificació de l'entorn sociofamiliar que ha propiciat el maltractament. No és fàcil, però, mesurar la dimensió del canvi, i la seva valoració s'hauria de fer, sempre que sigui possible, mitjançant el consens entre els serveis i també entre els serveis i la família.

Encara que el seguiment sigui un procés llarg, no hauria de perllongar-se, però, indefinidament. La continuació o finalització s'hauria de decidir en funció de la situació personal del menor, la funcionalitat dels serveis i la resposta que reben de la família. En cas de no ser així, ens podem trobar davant d'uns serveis cansats que es limiten a vigilar, i davant d'unes famílies cansades que fan tot el possible per eludir la persecució a què se senten sotmeses per aquests serveis.

4. DIFICULTATS QUE AFECTEN EL SEGUIMENT.

El seguiment, s'ha dit, és un procés dinàmic i complex, i no està exempt de dificultats, tant pel que fa al funcionament dels equips i la relació entre els serveis, com pel que fa a la relació dels serveis amb la família. Podem destacar, entre altres, les següents:

A. SERVEIS I PROFESSIONALS

- MANCA D'UN EQUIP QUE COORDINI EL CAS. No sempre hi ha acord entre els equips respecte a qui ha de tenir la responsabilitat principal sobre la intervenció. Aquesta situació pot comportar que cap dels equips l'assumeixi, i que en quedi ressentida l'articulació i l'eficàcia del seguiment.

- MALA COORDINACIÓ. Hi ha alguns serveis que no la consideren prou important, per la qual cosa hi dediquen un temps insuficient. Això té com a conseqüència que, moltes vegades, els contactes siguin únicament telefònics i de poca qualitat. No resulta fàcil la coordinació quan hi ha molts serveis implicats, tant pel que fa a la previsió d'espais de discussió com pel que fa a la presa de decisions.

- **DESACORD ENTRE ELS SERVEIS.** La manca de consens entre els serveis que treballen amb la família pot afectar l'actuació dels professionals, bé perquè l'equip discrepant es desentengui de l'estratègia acordada per la majoria, bé perquè a causa del poc convenciment, en faci una implementació inadequada.

- **RECURSOS INADEQUATS.** Amb una certa freqüència els recursos que s'utilitzen en el seguiment són els més viables i no pas els més idonis. Una de les causes determinants és el retall de pressupostos que en els darrers temps s'està produint a les administracions públiques: col·lapse d'alguns equipaments, reducció del nombre de centres residencials o manca de serveis psicoterapèutics en són alguns exemples.

- **MANCA DE PREPARACIÓ DELS PROFESSIONALS.** En general, els professionals que comencen a treballar en els equips especialitzats d'atenció i protecció infantil no tenen una específica preparació teòrica i pràctica prèvia, i la qualificació s'ha d'adquirir en el mateix lloc de treball, de forma sobrevinguda.

- **CANSAMENT DELS PROFESSIONALS.** El "burnout" és una situació que afecta bastants professionals que treballen amb la infància maltractada. Aquests professionals pateixen un estrès important, viuen les seves actuacions com a ineficaces i perden l'interès per la feina i pel tracte envers les famílies.

B. SERVEIS I FAMÍLIA.

- **EL NO RECONeixEMENT DEL MALTRACTAMENT.** La primera dificultat que presenten les famílies maltractadores en la relació amb els serveis és el no reconeixement del maltractament. Algunes famílies responen a la intervenció, i durant el seguiment reconeixen almenys l'existència d'un conflicte i, d'una o altra manera, del maltractament. Altres, però, no arribaran a fer mai aquest reconeixement, cosa necessària per crear un context d'ajuda i avançar cap al canvi.

- **RESISTÈNCIA I OPOSICIÓ AL CONTROL.** Algunes famílies responen favorablement al control, a l'autoritat que atribueixen als serveis i, principalment, als equips d'atenció i protecció infantil. Altres famílies, en canvi, viuen el seguiment com una persecució a la qual se senten injustament sotmesos i elegeixen l'evitació o la confrontació amb els professionals.

- **NO S'ACONSEGUEIX CREAR UN CONTEXT D'AJUDA.** Hi ha famílies que no reconeixen en els professionals la capacitat d'ajuda, i no s'aconsegueix crear un context de confiança i de col·laboració que permeti afavorir una dinàmica de canvi.

- **ELS INCONVENIENTS DE LA DERIVACIÓ.** Si s'ha arribat a establir un bon "rapport" entre la família i el servei, la derivació del cas a un altre servei pot ser un inconvenient important per a la família. Si aquesta derivació no es fa adequadament, amb un bon acompanyament de la família a l'altre servei, pot produir-se un retrocés en el procés d'intervenció.

- **GREU DETERIORAMENT DEL SISTEMA FAMILIAR.** Hi ha algunes famílies que presenten un tal deteriorament de la situació personal dels seus membres (com ara toxicomanies i malalties mentals greus) i/o del funcionament familiar (com per exemple nuclis extremadament violents), que no permeten la intervenció dels serveis. El pronòstic de canvi és clarament desfavorable i el seguiment, pràcticament impossible.

5. CONCLUSIONS.

1. El seguiment és un procés dinàmic i generalment llarg, tant per la dificultat i lentitud en que es produeixen els canvis en l'entorn sociofamiliar, com per la complexitat de les relacions que s'estableixen entre els serveis i la família.

2. És important que durant el temps que duri el seguiment hi hagi una bona coordinació entre els serveis que treballen amb la família, que reuneixi esforços, faciliti el consens i augmenti l'eficàcia de les intervencions.

3. Cal que hi hagi un equip que coordini les intervencions que es porten a terme durant el procés de seguiment, equip que també hauria de ser el principal referent per a la família.

4. El control i el tractament són dues funcions necessàries i complementàries en el procés de seguiment, que d'una o altra forma estan presents en la relació entre els serveis i les famílies maltractadores. Els professionals haurien de tenir suficient suport institucional i legal, així com habilitats tècniques per poder manejar una i altra funció.

5. El repte per als professionals és aconseguir passar del control a una relació de confiança, en la qual la família deixa de sentir-se perseguida, accepta els serveis com a dispositius d'ajuda i s'incorpora en el procés de presa de decisions.

6. Els professionals que treballen en serveis d'atenció i protecció infantil haurien de comptar amb un pla de formació especialitzada, espais de supervisió i possibilitat de mobilitat laboral. Això ajudaria a evitar situacions de cansament i estrès, que poden afectar significativament la relació entre el professional i la família, i també l'evolució del seguiment.

Michael LITTLE & Mary RYAN

RETURNING THE CHILD TO HIS/HER NATURAL FAMILY

Recent research has shown the number of separations between children in need (to use the technical term from English law) and natural families has decreased steadily over the last 20

years (in England from 65,000 per annum to less than 30,000). Most children in need are now supported from home.

Research from Dartington has demonstrated that 92% of children in need separated to residential or foster care eventually return home to live with relatives, usually including the child's mother. Most research in England had focused on separation. The Dartington research was one of the first to concentrate on return (or re-unification using the US technical term).

The workshop will:

- define return
- set out the legal context
- illustrate patterns of separation and return among different groups of children in need
- set out those factors which predict which children return
- set out those factors which predict which children return successfully
- explore the experiences of those children who do not return.

FORUM 4

ABUS INFANTIL I EXPLOTACIÓ COMERCIAL SEXUAL DEL INFANTS
ABUSO INFANTIL Y EXPLOTACIÓN COMERCIAL SEXUAL DE NIÑOS
ABUS SEXUEL ET EXPLOITATION COMMERCIALE SEXUELLE DES ENFANTS
SEXUAL ABUSE AND COMMERCIAL SEXUAL EXPLOITATION OF CHILDREN

OCT 20

18.00/19.30

LLEIDA

TS

COORD.
PART.

Helena KARLÉN
Victoria NOGUEROL
Muireann O'BRIAIN

Sweden
Spain
Ireland

Helena KARLÉN
ECPAT Sweden

Victoria NOGUEROL

Psicòloga clínica. - Vicepresidenta de la Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos a la Infancia (A.P.I.M.M.)

Muireann O'BRIAIN

Senior Counsel at the Irish Bar. Consultant to ECPAT International Registrar, Irish Labour Court.

Victoria NOGUEROL

EL ABUSO SEXUAL INFANTIL Y LA PORNOGRAFIA.

Desafortunadamente el número de niños en todo el mundo que son objeto de explotación y abusos sexuales es importante. Los últimos estudios sobre incidencia y prevalencia indican que se está dando un aumento aunque no existen estadísticas, al ser el abuso sexual un problema oculto, las existentes hacen referencia a los casos detectados o denunciados.

El abuso sexual a los niños es una práctica que puede tener graves consecuencias en los menores. Los datos hoy existentes son suficientes para constatar la gravedad del problema tanto por su extensión como por las dramáticas consecuencias, a corto y largo plazo, para muchas de las víctimas.

De ellas y de acuerdo con las investigaciones, las mayores áreas de impacto psicológico descritas en los abusos sexuales infantiles son las reacciones fóbicas, la depresión, el aumento de la agresión, los trastornos en la conducta sexual y la confusión de roles sexuales. La explotación sexual de los niños es practicada por una amplia variedad de individuos y grupos a todos los niveles de la sociedad todos los cuales pueden contribuir a la explotación mediante la indiferencia, la ignorancia de las consecuencias nocivas sufridas por los niños o la perpetuación de actitudes y valores que consideran a los niños como mercancías económicas.

No obstante, la explotación sexual comercial de los niños es una violación fundamental de sus derechos. El niño es tratado como un objeto sexual y una mercancía. La explotación comercial de los niños constituye, por tanto, una forma de coerción y violencia contra ellos. (World Congress against commercial sexual exploitation of children, Swedish Government, 1996).

En la presentación, se dedicará una atención especial a la pornografía infantil como parte de la explotación comercial y el abuso sexual infantil. Cuando la pornografía tiene una relación directa con la explotación sexual de menores ésta va a implicar:

- Menores de edad en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía.

- Obligar a los menores de edad a ver actividades sexuales de otras personas por ejemplo a los padres u otras personas que impliquen a los niños en la observación del coito, u obligarlos a ver pornografía.

- Utilizar el poder y la fuerza para obligar a relaciones pornográficas utilizando a menores para ello.

Tanto en investigaciones realizadas sobre el abuso sexual infantil, como en nuestra experiencia clínica, se observa que algunos niños y adolescentes víctimas de abusos sexuales, son expuestos simultáneamente a observar actividades sexuales y/o a ver pornografía antes o durante la realización de los abusos sexuales.

Se presentarán, por tanto, algunos casos atendidos en nuestro centro de psicología, donde se ha manifestado la explotación sexual de estos menores en relación con la pornografía.

Diferentes mujeres, quienes han padecido el abuso sexual en la infancia, manifiestan en terapia psicológica haber sido expuestas a revistas y películas pornográficas por sus padres o adultos de confianza cuando eran niñas. Muchas no soportaron la situación de abuso sexual a que estaban siendo sometidas y se escaparon de casa. Durante estas escapadas, o cuando se fueron definitivamente, fue posible que se implicaran en actividades promiscuas, pornográficas o de prostitución. Cuando estas mujeres, abusadas sexualmente en su infancia, se dedican a ser modelos de pornografía, estriptease, topless o prostitución, están repitiendo los patrones abusivos aprendidos. Algunas sienten que el sexo es lo único para lo que son buenas. Pueden pensar que ahora son pagadas por algo que un adulto de su confianza les robó en su infancia.

Por lo tanto, algunas víctimas de abusos sexuales se dedican durante la adolescencia y juventud a la prostitución o pornografía como consecuencia del aprendizaje y experiencias sexuales vividas en la infancia.

También se dedican a la pornografía los niños y adolescentes. La creciente demanda de sexo ha llevado a implicar a niños en este fenómeno, se demandan modelos pornográficos y prostitutas cada vez más jóvenes. Puede ser que de esta manera el cliente de prostitución crea que se protegerá del SIDA. Parece ser, asimismo, que se ha incrementado notablemente el mercado internacional de niños dedicados a la pornografía.

Para encontrar una solución a este importante problema es esencial que se de una cooperación internacional y control entre los gobiernos que experimentan problemas similares. Se debe dar una coordinación para parar la corrupción y controlar y proteger a los jóvenes que salen, estableciéndose una Ley internacional sobre la pornografía y tráfico de niños para el reclamo turístico.

Muireann O'BRIAIN

LEGAL CHALLENGES IN PROTECTING CHILDREN FROM COMMERCIAL SEXUAL EXPLOITATION

ECPAT is unique among NGOs in its methods of working alongside governmental agencies and police services to combat the commercial sexual exploitation of children.

My role as Consultant to ECPAT International has been to provide a legal advice and assistance service to the ECPAT support groups, legislators and police services in all parts of the world who are working in their own areas against the commercial sexual exploitation of children. Some groups have needed help in interpreting their national laws, some have needed assistance to change those laws or make new ones, some have wanted advice about how to initiate prosecutions against offenders.

Another aspect of the work has been assistance to the international office in Bangkok in preparing for the World Congress which took place in Stockholm in August 1996. ECPAT presented the Background paper on Legislative and Enforcement Responses, and also the paper on Pornography and the paper on the profile of the Sex Exploiter. As part of the preparations an important Law Consultation was held in Bangkok in January 1996. It was seen that combating commercial sexual exploitation of children requires an interdisciplinary approach, involving legislators, police, prosecution personnel, social service personnel, and customs service personnel. That Consultation considered several important issues, such as inter-state co-operation, extraterritorial legislation, bilateral arrangements for extradition, procedural safeguards in cases in which children are victims and witnesses, the use of pornographic evidence, the role of the customs services, police and customs co-operation, the role of police Liaison officers etc.

The results so far of the ECPAT campaign (in co-operation with UNICEF, Interpol, other child-centred NGOs and several inter-governmental agencies) has been a heightened public awareness of the problem of commercial sexual exploitation of children, and the worldwide sharing of information on possible legal tools for improving the situation nationally and internationally. Some of the legal tools and administrative measures can be described as examples: Extraterritorial legislation.

Many countries refuse to extradite their nationals, and so they are willing to prosecute those nationals at home for offences committed abroad. There is normally a requirement that the offence be a serious offence, and that the offence be also an offence in the country in which it is

committed. Until recently, offences against children were not prosecuted, usually because they were not known to the authorities in the national's jurisdiction.

In the past few years, however, offences committed against children in foreign jurisdictions have become known to the national police, and the existing legislation has been used to prosecute offenders. Thus in Norway, Sweden and the Netherlands, men have been prosecuted in their own countries under long-standing legislation for offences committed against foreign children.

Some countries did not have such legislation, or at least it was not easily adaptable to such prosecutions. Thus the laws had to be changed. In Germany, additional legislation was introduced in 1993 which enabled the prosecution of offences against foreign children to be pursued in Germany, even without the requirement for double criminality, and even without a complaint having been made by a foreign government. In France in 1994, legislation was introduced which enabled a national to be tried in France for offences committed abroad, again, no complaint had to be made by a foreign government, and there was no requirement for double criminality. In other countries, new legislation, specifically designed to combat child sex tourism was passed. This was the case in Australia in 1994, New Zealand in 1995, Ireland in 1996 and Canada in 1997. Legislators in Japan, through a governmental Task Force, are currently considering legislative changes which will address the shortcomings in the existing extraterritorial legislation and provide other safeguards in relation to child pornography, child trafficking and child prostitution.

Proactive customs' authorities responses to seized pornographic material.

In New Zealand in 1993, a special Child Pornography project, inspired by the work of the United States Child Pornography and Protection Unit, was established. Under the project, child pornography confiscated by the customs services, instead of being simply removed from the importer and destroyed, was investigated by the customs and police services. The investigations could and often did lead to the identification of the abused children, the prosecution of their abusers, and the identification of other abusers, even whole networks or abusers, as well as the seizure of large quantities of illegal material.

Police specialised Liaison Officers in third countries. Several countries place Liaison Officers in other countries to assist in the detection of serious crime committed by their nationals. Drug trafficking and money laundering are the kind of crimes which have justified the placement of such officers abroad. In recent years, Liaison Officers have also been charged with responsibility for the collection of information and evidence relating to offences against children committed by their nationals. The Netherlands has recently given this additional jurisdiction to its L.O. in the Philippines. Other countries which have L.O.s in Asia are Australia, the United States, the United Kingdom, and the Scandinavian countries. There are considerable difficulties for such officers in working in a foreign jurisdiction, since they operate under the authority and with the permission of the local police chiefs. However, through co-operation with each other and co-operation with the local enforcement officers, they are able to gather important information which is then transmitted to their national authorities for follow-up.

Taking of evidence by video-link. In many developed countries, the giving of evidence by children by video-link in sex abuse cases is commonplace. However, Australia went a step further when it provided in its 1994 legislation that witnesses from outside Australia could give evidence by video-link in prosecutions of child sex abuse cases committed by Australians abroad. The Court must be satisfied that the taking of evidence in this manner is consistent with the interests of justice. This type of child-protective procedure will be followed in the planned Thai legislation which is intended to reform the Code of Criminal Procedures in relation to the taking of evidence from children. It will provide for the taking of evidence on video, and the use of the video in court proceedings.

Case Studies

Given the number of prosecutions of child offenders for offences committed abroad in recent years, ECPAT decided that some in-depth studies of such cases should be carried out. From these studies we can draw certain conclusions about the relevance of extraterritorial jurisdiction and of childfriendly procedures in child abuse cases involving more than one jurisdiction. There can be no doubt that any case involving child abuse, whether it involves a foreign jurisdiction or not, is fraught with difficulty. When there is a foreign element, those difficulties are compounded by language, expense, the requirement for co-operation from the foreign jurisdiction and the vulnerability of children abused in an environment of extreme poverty.

(The initial conclusions from the case studies will be detailed and two of the cases will be describes in detail.)

FORUM 5
 LA PARTICIPACIÓ I EL ROL DELS MITJANS DE COMUNICACIÓ EN LA PREVENCIÓ DEL MALTRACTAMENT INFANTIL
 LA PARTICIPACION Y EL ROL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION EN LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL
 LA PARTICIPATION ET LE RÔLE DES MÉDIAS DANS LA PRÉVENTION DES MAUVAIS TRAITEMENTS À ENFANT
 THE ROLE OF MASS MEDIA IN THE PREVENTION OF CHILD ABUSE

OCT 21 10.45/12.15 COLONIA TS

COORD.
PART.

Jirí DUNOVSKÝ
 Esther MALLAS
 Kieran McGRATH
 Martí TEIXIDÓ

Czech Republic
 Spain
 Ireland
 Spain

Jirí DUNOVSKÝ

M.D. Phd. Child Crisis Centre. Health-Social Faculty South Bohemian University České Budějovice. Prague.

Esther MALLAS

Diplomada en Treball Social. Servei d'Acolliment Familiar, l'Ajuntament de Barcelona.

Kieran McGRATH

Lawyer in Social Work. Senior social worker St Clare's Sexual Abuse Assessment Unit, in The Children's Hospital, Temple St., Dublin.

Martí TEIXIDÓ

Mestre d'escola, Doctor en Ciències de l'Educació, Universitat Autònoma de Barcelona. Professor associat de Pedagogia a la UAB.

Esther MALLAS

LA DIMENSIÓ SOCIAL DELS MITJANS DE COMUNICACIÓ

La protecció a la infància i especialment els maltractaments infantils, els mitjans de comunicació constitueixen un dels contextos que poden ser de protecció o bé de risc. Els elements a tenir en compte per què puguin actuar com a protecció o bé risc són els següents:

- Els subjectes als quals arriben: infants, joves, adults i gent gran.
- El temps de consum que en fan aquests subjectes.
- Els continguts de les programacions.

Si analitzem un dels mitjans amb més possibilitats d'influència, la T.V. veiem que:

* Tenen "poder" sobre la població infantil, la juvenil i l'adult. Existeix una clara tendència a imitar conductes que es veuen a la pantalla i fins i tot es fan processos d'identificació amb alguns personatges. La T.V. "és un membre més de la família".

* Menors i adults consumeixen T.V. diàriament.

* Els seus continguts ofereixen models de conductes que contribueixen a crear falses formes de resolució de conflictes, induint als telespectadors a conductes poc -o gens- respectuoses amb els drets humans.

* La publicitat que s'emet, indueix als infants a engany o genera una confusió entre realitat i ficció.

* Hi ha una tendència al consum de T.V. en solitari de nens i adults (en una mateixa casa hi ha varis aparells de T.V.), convertint-se amb mainadera dels més petits i companyia habitual dels adults.

Els mitjans de comunicació són dirigits per adults. No existeix cap mena de participació dels menors ni dels adolescents en els òrgans directius. Per tant ni la veu, ni el que pensen dels menors pot fer-se sentir. El que es fa "per als infants i amb els infants" és segons els desitjos, els criteris i els interessos dels adults.

Creiem important fixar l'atenció en el tipus de tractament que la premsa i la T.V. dona als infants. En la premsa, l'infant és tractat sempre com objecte. Poques vegades ells hi participen. Si ens fixem en els titulars de les notícies, veiem que el que sobresurt és la part negativa (maltractaments, violacions, abandó). Mai la notícia va més enllà, no tracta d'averiguar el perquè, els motius, les circumstàncies i donar una oportunitat informant de serveis o recursos perquè els fets no es repeteixin. No es planteja el mal que aquella notícia pot fer a un menor, quan la veuen publicada, ni es pensa que aquest menor pugui estar en un tractament social i que per ell no sigui el millor moment per sortir als diaris. Fins i tot, des dels serveis socials o serveis d'atenció als menors, tenim seriosos problemes amb els periodistes per fer-los entendre el perjudici que pot representar per un infant el que surti una determinada notícia amb un títol determinat i més encara

que es demani la seva col·laboració per donar a conèixer una situació de la qual ell/a s'està esforçant per sortir-ne.

Pocs periodistes hem trobat amb una sensibilitat i motivació pel tema i donar-li un tractament que realment sigui en benefici del menor, és a dir, que primer es pensi en l'infant i després en la notícia.

En canvi, a la T.V., els infants són objecte i, també són subjecte. Podem parlar de dos tipus de participació: la passiva, en la que els adults utilitzen els infants per crear una opinió sobre ells, oferir uns models, unes modes. I l'activa, és a dir, requerir la seva presència per realitzar programes seguint les mateixes pautes i esquemes que per els adults. Cal dir que quan s'utilitzen els infants per la creació de models i modes, sovint s'arriba a una perversió de l'estètica - només tenen possibilitats els de físic agradable (rossos, guapos, prims, elegants....) - , excloent a tots els que no reuneixen aquelles condicions, donant-los poc valor i generant una poca auto-estima.

Dins dels mitjans de comunicació, tenim una especial preocupació per les noves tecnologies - ens referim a Internet - pel que suposa l'increment ràpid del consum que se'n fa, per la nul·la capacitat de control que n'existeix, i per la ràpida expansió que un fet determinat pot tenir. Darrerament les notícies sobre les xarxes de pornografia infantil que tots i totes coneixem són prou il·lustradores d'aquest fet. Però pensem que dins d'aquesta ràpida evolució de la tecnologia, ja entrem en l'època en que gràcies a la televisió digital, no serà necessari un ordinador personal per ser un cibernauta i navegar per Internet, ja que des d'un televisor domèstic s'hi tindrà accés. D'aquí a poc temps, la situació pot estar molt menys controlada del que ho és ara.

Segons l'informe del "Estudio General de Medios", aproximadament mig milió d'espanyols utilitzen la xarxa Internet. Aquesta xifra contrasta amb les tres hores i trenta-quatre minuts diaris que cada espanyol dedica a veure la televisió, segons les dades que l'empresa Sofres ha donat sobre el consum de T.V. de l'any 1996 (a Catalunya es situa per damunt de les 3 hores 47 minuts). Pensar que en un termini de temps relativament curt, els actuals televidents puguin ser, també, consumidors d'Internet, ens fa plantejar que urgeix una reflexió des de diferents sectors de professionals que treballen en el camp de la infància i en el dels mitjans de comunicació, del nou tipus de relació amb la informació i l'entreteniment - lleure - que la interacció entre T.V. digital i Internet pot provocar i els seus efectes sobre la població en general i especialment en els infants i joves.

Fins ara hem vist com els mitjans de comunicació poden ser contextos de risc; però si se'n fa un bon ús, aquests mateixos mitjans poden convertir-se en poderosos contextos de protecció que contribueixin a la prevenció dels maltractaments. Tres hores i mitja de T.V. diàries podrien oferir moltes possibilitats i això no vol dir de cap manera que els programes han de ser educatius. Pensem que aquestes hores, si les comptem anualment i les comparem amb les hores lectives escolars, un infant, al llarg de tot l'any, passa més hores davant de la televisió que a l'escola. Només aquest fet, ens hauria de fer plantejar les enormes possibilitats de les quals podríem disposar si els mitjans que tenim els utilitzéssim positivament.

Per aconseguir que els mitjans de comunicació participin en la prevenció dels maltractaments cal:

- Fer un debat entre professionals de la informació i dels serveis socials i els serveis d'atenció a la infància, per acordar el tractament que s'ha de donar als temes dels infants, quins són els grans trets dels continguts que haurien de tenir els programes infantils, com s'hauria de fomentar la participació dels infants en els mitjans de comunicació.

- Preparar als professionals, bàsicament els periodistes, per especialitzar-se en temes d'infància i de serveis socials (com s'ha fet en temes de medicina o altres). En aquest sentit valorem positivament la iniciativa del Ministerio de Asuntos Sociales i la Universitat Complutense de Madrid, dins la facultat de Ciències de la Informació, de realitzar un Màster de Tècniques de Comunicació en Serveis Socials amb un total de 525 hores lectives.

- Aprofundir sobre el rol dels M. de C. en la difusió sobre els drets dels nens i les seves necessitats. Incorporar el terme de rendibilitat social i no solament el de rendibilitat periodística.

- Aprofitar les denúncies i els suggeriments de la mateixa audiència per realitzar programes de reflexió-difusió (vulneració de drets, participació, maltractaments, difusió de serveis existents per abordar diferents situacions de crisi...), fugint dels actuals "reality shows" i sèries carregades de violència i odís.

- Fomentar la participació dels nens en els M. de C. per aprendre a moure's en el medi i distingir entre la realitat i la ficció.

- Respectar i complir tota la legislació que protegeix a joves i nens, així com els acords o tractats internacionals subscrits per Espanya (lleis estatals, autonòmiques, directives europees, Convenció dels Drets de l'Infant). La llibertat d'informació no ha d'anar en contra dels continguts ètics en els mitjans audiovisuals.

- Que els mitjans de comunicació cerquin la col·laboració de les institucions i serveis de protecció de la infància per endegar programacions de qualitat, que protegeixin la dignitat humana, en especial la dels infants. Això exigeix, també, que per part de les institucions hi ha d'haver la disposició d'aportar idees que siguin útils als mitjans de comunicació.

Les associacions de telespectadors i de radiooients també tenen un paper molt important en relació als mitjans de comunicació, en relació a les famílies dels infants i en relació a les

administracions, per quan poden exercir un control vers els primers, unes recomanacions vers els segons i unes demandes ajustades al compliment de la legislació vigent, vers els tercers.

A Catalunya, el passat mes de febrer es va crear el Consell d'Audiovisuals, encarregat de vetllar pels continguts ètics en els audiovisuals. El juny d'aquest mateix any va emetre un dictamen en el que feia varies peticions a les cadenes de T.V., a les administracions i els pares. Dissortadament la publicitat que s'ha donat d'aquest Consell a través dels propis mitjans de comunicació ha estat ben escassa. La seva capacitat d'influir caldrà que es desenvolupi amb força si volem entrar al proper segle amb uns mitjans de comunicació que siguin una contribució a millorar la situació dels infants i joves.

Kieran McGRATH

"PARTICIPATION AND THE ROLE OF THE MASS MEDIA IN THE PREVENTION OF CHILD ABUSE"

There is no doubt that the upsurge of interest regarding child abuse and neglect in Western countries in recent years would not have been possible without the active highlighting of it by the mass media. This has brought about a huge amount of public, and therefore, political interest in maltreated children, which has led to legal and other reforms.

However, there is also a downside to extensive media attention. The media sometimes takes a simplistic approach to child abuse which makes many child protection professionals decidedly uncomfortable. Participation in the media can be very stressful and the media can, at times, be very unfair to professionals. When deficiencies in child protection systems are highlighted by the media these are too easily represented as the fault of professionals, rather than inadequacies in the system within which professionals work. When tragedies occur the media can be quick to scapegoat for professionals. As Reder et al (1993) have pointed out "Outcries in the media and recurrent public inquiries into professional practices help maintain the unreal beliefs that all child abuse... can be prevented and that it is only because of bad practice that professionals fail to eradicate it. The recurrent vilification of social workers probably helps calibrate public concern, allowing a sudden outpouring of anger so that the problem can recede from social awareness."

Many statutory child protection agencies are media-phobic and have a very defensive attitude towards the media, which is often interpreted by journalists as indicating that they have something to hide. This does a grave disservice to front-line staff. When the media blame professionals for a perceived failure to prevent child abuse this has the effect of letting society off the hook for its failure to tackle the root causes of abuse. This is all the more reason why professionals who know the reality of the work at first hand should engage with the media.

The speaker has extensive experience of dealing with the media in Ireland on matters related to child abuse and is strongly of the opinion that child protection professionals should develop a familiarity with the media in the interests of the children they seek to help. He will present practical suggestions about how this can be achieved in ways that reduce the risk of causing undue stress for front-line staff.

Martí TEIXIDÓ

PARTICIPACIÓ I ROL DELS MITJANS DE COMUNICACIÓ DE MASSES EN LA PREVENCIÓ DEL MALTRACTAMENT DELS INFANTS. PUNT DE VISTA PEDAGÒGIC: L'EDUCACIÓ EN MATÈRIA DE COMUNICACIÓ

0. Clarificació

Els mitjans de comunicació de masses (MCM), traducció de mass media, identifiquen els sistemes i organitzacions dels humans amb una o més intencionalitats que multipliquen avui les seves possibilitats amb el suport d'instruments tecnològics.

INTENCIONALITATS COL·LECTIVES	
Audiència	→ economia
Propaganda	→ política
Publicitat	→ comercial
Comunicació	→ social
Divulgació	→ cultural
Contribució	→ seguretat

INTENCIONS INDIVIDUALS	
Descans	→ sedant/hipnòtic
Companyia	→ en soledat
Contingut	→ de comunicació
Objecte	→ d'educació
Director	→ cultural
-	→ autoritat moral

1. Descripció de situacions amb relació a l'ús de MCM dels infants

Els mitjans de comunicació calmen, seden els infants. La TV és un habitual cangur electrònic de 4 a 9 anys. Els adults estan molt ocupats per a acompanyar els infants.

Els infants saben ben aviat què han de demanar que els regalin, què els han de donar per esmorzar, quines marques de vestit o calçat els han de comprar...

Per als adolescents hi ha una música-disc que els identifica totalment; els fills de diferents famílies, de diferents estrats culturals i econòmics tenen les mateixes preferències. L'adolescència és sociològica abans que psicològica i puberal.

Els adults tenen les seves particulars preferències: els esports per a canalitzar el super-ego dels homes que no tenen temps per a estar amb els fills; melodrames per a canalitzar els sentiments de les dones; els informatius en zapping reiteratiu que va carregant de sentit negatiu la vida.

Un televisor a cada habitació amb l'excusa de la llibertat d'elecció; l'infant es desmembra del grup de pertinença i conforma el sentit de la vida segons què decideixi la televisió.

No hi ha mediació educadora dels adults sobre els infants en moltes famílies.

Els efectes de la televisió poden ésser directes en situacions d'extrema desatenció dels infants, sigui física, psíquica o espiritual.

Cal desfer el malentès: Perjudiquen els MCM, la TV...? o bé perjudiquen les persones adultes?... Els que programen, els que no fan mediació educadora amb els infants.

2. Contextualització a la nostra societat

- La tesi de Postman: La desaparició de la infantesa. No hi ha secrets per als infants davant la televisió. La infantesa deixa de ser l'estat d'innocència però els MCM estan molt interessats en la infantesa i adolescència perquè activa el consum amb càrrec al poder adquisitiu de la família.

- La socialització primària es trenca davant l'excés informatiu i de l'espectacle de ficció que s'infla amb les situacions extremes i amb la misèria humana. No queda res com a inqüestionable als ulls dels infants. La normalitat estadística (certa o aparent) dona la norma moral del què és correcte i del que no és correcte; de manera directa als infants i indirectament a través dels adults que tenen una feble construcció de personalitat i amb la manca d'opinió reforcen la normalitat.

- Emergència de l'antiga tesi de Platon difosa com a prohibició dels músics i poetes a la república ideal. La tesi bàsica és: no s'han d'explicar les misèries humanes als infants, no sigui que renunciïn als ideals de bondat, virtut i valentia; no explicar-les als infants no comporta negar el valor poètic o que agradin a la majoria.

- Societat postmoderna on l'estètica està molt per damunt d'una ètica tova, on la comoditat ha substituït l'esforç, on l'acció és moguda més per sensacions que per racionalitat. El relativisme i la tolerància que han de protegir del fonamentalisme i la intolerància com a excessos, han esdevingut valors amb entitat pròpia que desprestigen tot intent d'universalitat a través de la raó i afebleixen davant situacions d'opressió humana com la fam, la violació i la violència no-defensiva que son conquestes democràtiques per consens social.

- Societat del lleure i del consum on hi ha un excedent disponible que es pot gastar sense necessitat. La lluita per captar al consumidor -que no ciutadà- personalitza l'oferta i no dubta en fer ús sense límit de la seducció, de l'engany i de la confrontació generacional.

- Tremendisme informatiu: domini de les informacions negatives, escassa divulgació de les accions de fraternitat humana i alienació en la informació de l'esport-espectacle i dels romanços afectius-espectacle.

3. Efectes del maltractament a la infància constatatats

- Modelatge contrari a una socialització primària a través de les escenes i arguments en produccions de ficció molt properes a la vida dels espectadors.

- Presentació precoç de la complexitat ètica de la vida humana en produccions obertes als infants o en franges horàries d'audiència infantil. Complexitat que els infants no poden comprendre llevat que els pares tinguin molta formació i hi estiguin molt atents.

- Excessiva confusió entre realitat i ficció en una època en que som capaços de mostrar en pantalla la societat virtual que no existeix i que l'infant percep com a real en no haver adquirit els referents necessaris.

- Anticipació de problemes i conflictes dels adults fent violència als infants que no tenen la necessària 'resilience'.

- Esquizofrènia entre divertir, valent-se de tot i amb el que calgui, i educar entès com a acció sèria i compulsiva que oblida l'humà que riu.

4. Atribució de responsabilitats

- Els professionals i productors dels MCM han de considerar la "distinta naturalesa de l'infant" que exigeix una certa protecció. La cultura ha introduït la metamorfosi de la persona: infant, adolescent, jove, adult, ancià. Sense censures conculcadores de la llibertat, cal respectar els diferents estadis de personalització humana.

- Els agents educadors: família, escola i esglésies o agrupacions religioses han de complir amb la mediació educadora (racional i afectiva) que els correspon per evitar els efectes directes dels MCM que en alguns casos poden esdevenir perjudicials i destructius.

- L'autoritat democràtica que ha de regular qüestions bàsiques de la vida pública, sense censures fonamentalistes, ha de convertir en directrius acords de consens social (franges horàries, audiències, valors de socialització primària, alfabetització verbal i icònica) i ha de promoure un pacte social per a la protecció de la infància a les diverses edats.

5. Propostes d'intervenció social

El criteri general no és de censura i de control ideològic sinó de pluralitat democràtica. Calen però dos subcriteris protectors de la infància: a) Presentar les situacions que trenquen la socialització primària ben contextualitzades (violència, engany, sexualitat lliure, robatori...) de manera que se li vegi una explicació que els adults poden acabar de explicar i valorar com a acceptable o no. b) Preservar la programació infantil de continguts propis dels adults que no responen a interessos/necessitats dels infants.

Mediació educadora de la família i de l'escola de caràcter racional i afectiu alhora. Així, els MCM i els seus continguts poden ésser anticipatoris per a la prevenció d'accidents, de frustració, de pèrdua d'un familiar per mort...

Alfabetització verboicònica de l'escola a l'ensenyament primari i secundari. S'ha de capacitar els alumnes per a llegir comprensivament els relats textuals i audiovisuals habituant a les operacions mentals de decodificació destriant els elements denotatius dels elements connotatius i inferint les intencionalitats de l'emissor. És una alfabetització que avui ha esdevingut més important que l'alfabetització verbal per a un desenvolupament autònom i per a esdevenir adult amb llibertat. Producció i selecció d'alguns programes infantils amb clars objectius de socialització primària i educació bàsica dels petits ciutadans. Aquests programes s'han de fer segons les lleis de composició dels MCM i conservar el seu caràcter lúdic i informal front als vídeos educatius que tenen un caràcter racional i sistemàtic desmesuradament escolaritzat.

Mediació educadora en el propi mitjà de comunicació de masses. Amb petites introduccions o epílegs es poden emmarcar programes o donar pautes d'intervenció als pares-mares. Seria ben interessant que amb alguna revista es presentés la programació infantil i tots aquells productes de comunicació de masses: films, música, ràdio, còmics, jocs... amb valoracions i propostes per a la intervenció educadora a diferents edats dels infants.

FORUM 6

CONSTRUINT UNA SOCIETAT AMICAL PER A LA INFÀNCIA
CONSTRUYENDO UNA SOCIEDAD AMIGABLE PARA LA INFANCIA
CONSTRUCTION D'UNE SOCIÉTÉ AMICALE POUR L'ENFANT
BUILDING A CHILDHOOD-FRIENDLY SOCIETY

OCT 21

16.00/17.30

GIRONA

TS

COORD.
PART.

Peter NEWELL
Teresa LEMA
Rosario VALDECANTOS
Corinne WATTAM

United Kingdom
Spain
Spain
United Kingdom

Peter NEWELL

Co-ordinator of "EPOCH - End Physical Punishment of Children", and EPOCH-WORLDWIDE. Chair Council of the UK Children's Rights Development Unit.

Teresa LEMA

Fiscal Substituta de la Fiscalia del Tribunal Superior de Justicia de Catalunya.

Rosario VALDECANTOS

Lda en Filosofia y Letras, Universidad de Sevilla. Profesora Centro de Acogida, Diputación Provincial de Sevilla. Miembro fundador de ADIMA (Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato)

Corinne WATTAM

University of Lancaster.

Peter NEWELL

Child abuse and neglect are extreme but frequent symptoms of societies which are not friendly to children. And as child abuse and neglect become more visible, all too often the adult responses to them add to the un-child-friendly nature of society. In particular, children's freedom and mobility are reduced dramatically by unreasonable or unrealistic fears. And the detail of investigation and interventions following abuse may not respect the child's basic rights - to have their views taken seriously, to privacy, to due process and so on.

The Convention on the Rights of the Child, ratified by all European countries, provides a detailed framework of principles and standards for building a childhood-friendly society. Those involved in child protection should use this framework to seek to build such a society. Coalitions of organisations promoting children's rights exist in many European countries; child protection

organisations and relevant professional groups should join them, and should adopt the Convention, incorporating it into their constitutions, ethical principles, and ways of working.

While practitioners may need at times to focus narrowly on particular manifestations of abuse, the characteristics of abusers or their victims and so on, none should lose the wider focus - above all on the need to improve the status of the child in society. By joining, or forming, coalitions advocating children's rights, child protection practitioners strengthen the movement for children's rights in every society, increasing the pressure on politicians and governments to give children a high political priority. Protection is just one facet of the child's rights: using the Convention as a framework ensures that protection is considered alongside the need to respect participative civil and political rights, and to ensure adequate provision of services. The Committee on the Rights of the Child, the international Committee of 10 experts which monitors implementation of the Convention, has emphasised the holistic nature of the Convention, that all its articles are inter-dependant. It has given certain articles a special status as "General Principles" - non-discrimination; best interests of the child to be a primary consideration; the right to life and maximum survival and development; and respect for the views of the child, who in particular has a right to be heard in all judicial and administrative proceedings which affect him or her.

The Committee has emphasised the need for children to be accorded high priority by governments, and developed quite detailed proposals for what it terms "general measures of implementation" - ways of making children visible in government and ensuring government works effectively for children; here too the child protection world should be active in campaigning for appropriate and effective government structures. For example, the need for an overall governmental strategy for children, permanent mechanisms to co-ordinate policy and action between the many government departments and other bodies relevant to implementation, and between different levels of government; budget analysis to determine the amount and proportion spent on children; monitoring and evaluation, including accountability to Parliament, and the establishment of special offices - children's ombudspersons and commissioners to act as watchdogs for children.

The most directly relevant of the Convention's articles to child abuse is Article 19, requiring states to protect the child from "all forms of physical or mental violence, injury or abuse, neglect or negligent treatment, maltreatment or exploitation, including sexual abuse...". And its second paragraph provides a non-exhaustive list of protective and preventive measures. At the end of last year (1996) the Committee on the Rights of the Child circulated very detailed Guidelines for the periodic reports which all states which have ratified the Convention must submit every five years (initial reports were required two years after ratification, and the Committee's guidelines for these reports did not go into much detail. The new Guidelines reflect the concern the Committee has shown over one particular issue closely related to the status of the child - that of "legalised" violence to children.

The Committee has indicated that the Convention requires a review of legislation to ensure that no level of violence to children is condoned. In particular it has emphasised that corporal punishment in the family, or in schools and other institutions, or in the penal system is incompatible with the Convention. In the official report of its seventh session in November 1994, the Committee stated: "In the framework of its mandate, the Committee has paid particular attention to the child's right to physical integrity. In the same spirit, it has stressed that corporal punishment of children is incompatible with the Convention and has often proposed the revision of existing legislation, as well as the development of awareness and educational campaigns, to prevent child abuse and the physical punishment of children".

The Committee has emphasised that both legislative and educational measures are needed to change attitudes and practice. It has commended States parties which have implemented a clear prohibition of corporal punishment in the family as well as in institutions (including Austria, Sweden, Norway, Finland, Denmark and Cyprus), and stressed that the purpose is educational rather than punitive, and that such reforms tend to lead to less rather than more prosecutions of parents, because of the change in attitudes which they promote. In most if not all states the law does protect children from serious physical assaults, defined as child abuse or child cruelty. But in many countries, either criminal or civil (family) law or both includes specific confirmation of parents', and some other carers' and teachers' rights to use violent forms of punishment, often with the stipulation that such punishment must be "reasonable" or "moderate". The Committee has singled out such legislation for particular criticism - in the UK and in many other countries throughout Europe and worldwide.

In a concluding statement to the General Discussion on Children's Rights in the Family, organised as the Committee's contribution to International Year of the Family in October 1994, a Committee member stated "As for corporal punishment, few countries have clear laws on this question. Certain States have tried to distinguish between the correction of children and excessive violence. In reality the dividing line between the two is artificial. It is very easy to pass from one stage to the other. It is also a question of principle. If it is not permissible to beat an adult, why should it be permissible to do so to a child? One of the contributions of the Convention is to call attention to the contradictions in our attitudes and cultures".

By focusing on the whole child, and on the human rights of children, the Convention exposes the adult contradictions and hypocrisies which are the real roots of child abuse. It is thus a

powerful tool for building the child-friendly societies in which abuse is exceptional and the child's development and freedom is maximised.

(The paper will draw on an analysis of the work of the Committee on the Rights of the Child during its first six years, carried out by Peter Newell and Rachel Hodgkin in preparing for UNICEF an "Implementation Handbook" on the Convention on the Rights of the Child, due to be published in January 1998).

Teresa LEMA

EL MENOR ANTE LA LEY Y LA JUSTICIA

Se hace necesario plantear el problema del tratamiento de la infancia en los aspectos jurídicos - de irremediable consecuencia cuando es objeto de algún maltrato o, en definitiva, de una situación de desprotección - desde una doble perspectiva:

La regulación legal en las leyes vigentes.

La aplicación particular de estas leyes respecto de un menor concreto y que implica el que éste entre en el mecanismo de la Justicia.

1.- Previsiones Legales.

a) Se ha de partir de la norma fundamental, la Constitución de 1978, ya que, por supuesto, el menor, como toda persona goza de los derechos y libertades fundamentales que proclama nuestra Carta Magna.

A partir de ésta se dictaron las consiguientes normas de desarrollo del contenido y ejercicio de tales derechos.

Tal normativa constituye la principal y mejor protección para la infancia, si bien aunque no específica de ésta, ya que es común a todos los ciudadanos, pero que sin la cual, difícilmente podría existir aquella.

Así, a partir de la entrada en vigor de la Constitución se inició en España una importante reforma legislativa en orden a la efectiva protección de la infancia maltratada que hasta entonces venía siendo regulada y abordada en un plano casi-administrativo que prestaba al menor una asistencia más benéfica que jurídica.

Por supuesto que en el Código Penal sí que tenían encaje como delito determinadas situaciones de malos tratos físicos, pero el tratamiento concreto del menor no era previsto específicamente en la Ley más allá de las causas de privación de la patria potestad reguladas en el Código Civil, que implicaban un laborioso y complejo proceso civil.

La primera y principal reforma en un sentido moderno tal como hoy se concibe la protección del menor, fue abordada por la "Ley 21/87, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción", antes la Ley 11/1981, de 13 de mayo, de modificación de la Filiación, Patria Potestad y Régimen Económico del Matrimonio había adecuado esta normativa al mandato constitucional, suprimiendo la distinción entre filiación legítima e ilegítima, equiparando al padre y a la madre a efectos del ejercicio de la patria potestad y posibilitando la investigación de la paternidad.

La regulación contenida en la citada Ley 21/87 constituye la base de la vigente normativa en la materia, donde coexisten además de las normas del Derecho Común otras normas autonómicas, que rigen en los respectivos territorios con competencias asumidas en materia de protección de menores.

Cabe destacar la importancia de la Ley del Parlament de Catalunya, "Llei 8/95, de 27 de julio, d'atenció i protecció dels infants i adolescents" así como de la ley estatal "Ley Orgánica 1/96, de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor", que responden a la necesidad de matizar el conjunto de los derechos de los menores -contenidos con carácter general en la Constitución y normas de desarrollo a que se ha hecho referencia anteriormente- combinando, por una parte, la posibilidad de su ejercicio con la necesaria protección que, por razón de la edad, los menores merecen. Por otro lado, pretenden ofrecer el marco indispensable para ejercitar las políticas en torno a la infancia y posibilitar la actuación de la administración pública a fin de garantizar el respeto a sus derechos.

La publicación de estas normas -y otras análogas en diferentes comunidades autónomas generó severas críticas en ciertos sectores doctrinales, que las calificaron de innecesarias precisamente bajo el argumento de que la regulación específica que contenían respecto del ejercicio y reconocimiento a los menores de determinados derechos, ya estaba prevista en otras leyes por cuanto en nada se diferencian los derechos fundamentales de los menores de los de los adultos.

A mi entender, estas leyes suponen un gran avance en el tratamiento de la infancia e implican una sensibilidad del legislador respecto a las necesidades específicas de la misma, en un intento de configurar un marco normativo propio, de mas fácil acceso para los propios menores, que tendrán así recopilados en un texto normativo la regulación de sus derechos expresados de una forma que les permita un "ejercicio responsable" de los mismos y configurando un entorno social favorecedor para el desarrollo integral de su personalidad que les capacite para una "vida responsable" de adultos.

Y también es verdad que estas leyes no serán más que una loable declaración de principios, si no van acompañadas de las consiguientes dotaciones presupuestarias que posibiliten la creación de los recursos reales y efectivos para el cumplimiento de lo que en ellas se dispone.

El tratamiento jurídico de las situaciones de posible maltrato o desprotección de los menores está contenido también en leyes estatales y autonómicas.

En concreto en el derecho común se contienen en el Código Civil y, en Catalunya en la Llei 37/91, de 30 de diciembre sobre medidas de protección de los menores desamparados y de la adopción. Legislación que fue objeto de recientes reformas mediante la Ley Orgánica 11/96 y Llei 8195, respectivamente, y ya citadas con anterioridad.

Esta normativa, enmarcada en el campo del derecho civil, posibilita la actuación inmediata de los poderes públicos ante cualquier situación de desprotección en que pueda encontrarse un menor, al atribuir a la Entidad Pública competente y dependiente de la Administración la competencia para apreciar por sí misma, mediante resolución motivada, la situación de desamparo del menor, así como la ejecución inmediata de las medidas de protección, que pueden consistir en su separación del núcleo familiar, si fuere preciso. Y atribuyendo a la misma Entidad Pública legitimación para acudir a los Tribunales de Justicia en los supuestos de que los padres impidan la ejecución de tales medidas.

La actuación de la Administración podrá ser revisada por la Autoridad Judicial, si los padres, personas legitimadas, o el Ministerio Fiscal se opusieron a ella.

No puede dejar de hacerse referencia a las normas reguladoras de las relaciones paterno filiales -derecho de familia- que serán de aplicación directa ante posibles situaciones de maltrato o desprotección de menores por parte de uno de sus progenitores, cuando el otro sí que cumple con sus obligaciones y, por lo tanto, no se hace necesaria la intervención de los mecanismos de protección de los poderes públicos, por cuanto legalmente ese menor no estará en situación de desamparo.

En estos supuestos también se contempla legalmente la posibilidad de apartar al menor del progenitor que lo maltrata, dejándolo bajo la custodia exclusiva del otro.

d) Paralelamente a toda esta legislación en el campo del derecho civil, determinados supuestos de malos tratos o abuso a la infancia podrán tener encaje en alguno de los tipos delictivos previstos en el Código Penal.

e) En España tiene una especial importancia el papel que las leyes atribuyen al Ministerio Fiscal en materia de protección y defensa de los menores, dentro de la más amplia misión que tiene encomendada de promover la acción de la justicia en defensa de la legalidad, de los derechos de los ciudadanos y del interés público tutelado por la ley (Art. 1 y 3-7 de la Ley 50/81, de 30 de diciembre, por la que se regula el Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal).

Así, el Ministerio Fiscal está legitimado para el ejercicio de todo tipo de acciones ante los Tribunales en interés de los menores y asimismo está facultado para instar de la Administración su actuación inmediata para la efectiva protección de éstos.

El propio Código Penal prevee expresamente en aquellos delitos de los que solo pueden ser víctimas los menores, que el Ministerio Fiscal promueva las acciones pertinentes con objeto de privar de la patria potestad o de la custodia a los autores de estos delitos (a título de ejemplo, el art. 189-3 encuadrado dentro del Capítulo V del Título VIII "de los delitos relativos a la prostitución".)

2.- Actuación ante los Tribunales de Justicia.

El abundante y completo tratamiento del menor en las leyes sustantivas contrasta con la escasez de normas procesales reguladoras del procedimiento a seguir ante los Tribunales de Justicia, precisamente, para obtener la aplicación de aquellas leyes cuando sean vulneradas o se reclame su ejercicio. Cuando de hecho las circunstancias que pueden abocar a un menor a verse inmerso en el mundo de la justicia procederán normalmente de una previa situación de conflicto del propio menor con la sociedad, o con su familia, o, sencillamente, de una crisis en el seno de la familia del menor de la que él, aún siendo ajeno, será irremediablemente perjudicado. Tales situaciones hacen mas vulnerable al menor y por ello desde determinados sectores jurídicos y sociales se alzan voces que reclaman una pronta reforma procesal que subsane tales deficiencias.

a) Así, en el procedimiento civil, salvo en los de separación matrimonial y divorcio y en los de jurisdicción voluntaria, que serán de aplicación en los procesos de adopción, acogimiento familiar y oposición a las resoluciones de las Entidades Públicas, no se prevee el trámite de audiencia al menor, por lo que para solicitarla y acordarla se deberá invocar la Convención sobre los Derechos del Niño de 20 de Noviembre de 1989, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en concreto el Art. 12-2 que tras proclamar el derecho del niño a expresar su opinión en todos los asuntos que le afecten, prevee "se dará en particular al niño la oportunidad de ser escuchado en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño..... Con fundamento también en las tan citadas leyes 1/96 y 8/95, que en sus artículos 9 y 11, respectivamente, entre otros, contienen previsión tan este sentido.

b) Problemática diferente se plantea en el procedimiento penal, donde se adolece de tratamiento específico del menor más allá del genérico a toda víctima del delito.

Si es generalizado el sentir de que la gran olvidada del derecho penal es la víctima, por supuesto que el menor como tal también lo es.

El procedimiento penal se regula esencialmente desde el punto de vista del delincuente y el tratamiento de las víctimas se enmarca esencialmente en leyes complementarias (además de la referida regulación en el campo del derecho civil) que, por fortuna, en los últimos tiempos han experimentado un notable avance concretado en las siguientes: Ley 35/95, de 11 de diciembre de ayuda y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual y Ley Orgánica 19/94, de 23 de diciembre, de protección a testigos y peritos en causas criminales.

Toda esta ausencia de regulación específica podrán ser subsanada, y de hecho así ocurre ante determinados Tribunales, con una especial sensibilidad y "buen sentido" de los llamados a aplicar la ley y demás coadyuvantes de la Justicia.

Cualquier posible reforma deberá venir acompañada de la necesaria especialización de los profesionales llamados a aplicarla, pues la ley que puede imponer determinadas obligaciones y comportamientos, nunca podrá cambiar la actitud con que estas se apliquen por profesiones carentes de la sensibilidad y formación necesarias para tratar con seres tan fuertes y al mismo tiempo vulnerables como son los menores.

Rosario VALDECANTOS

UN MEJOR TRATO A QUIENES PROCEDEN DEL MALTRATO: REFLEXIONES DESDE UN CENTRO DE ACOGIDA

Una sociedad amigable para la infancia debe, por definición, defender y promover sus derechos, así como perseguir el buen trato en todos los aspectos básicos que afectan a niños y niñas: debe brindarles a todos la mejor educación posible, una atención sanitaria que les solucione los problemas que se les puedan presentar; debe tener leyes que les protejan, entornos adecuados y estimulantes en las ciudades y pueblos en que viven, especial atención y protección en ámbitos específicos de especial vulnerabilidad (defensa de los abusos, pero también de las manipulaciones, del tratamiento inadecuado en los medios de comunicación, etc.).

Naturalmente, la atención a todas estas cuestiones básicas está planteada de manera muy diferente en los países desarrollados y en aquellos otros que tienen que hacer frente a gravísimos problemas de supervivencia, de desarrollo, de conflictos armados permanentes, etc. La forma en que los niños viven su infancia, las situaciones por las que tienen que pasar en su vida cotidiana, la respuesta a sus necesidades y la protección y promoción de sus derechos, se plantea de forma completamente diferente en unos y otros países.

Los llamados países desarrollados suelen esconder en su interior profundas desigualdades, muchos de cuyos aspectos afectan directamente a la infancia. Y puesto que en ellas se dan importantes tasas de malos tratos, negligencias y abusos, este tipo de sociedades demuestra de verdad su grado de desarrollo y su madurez cuando está preparada para hacer frente y atender todos aquellos casos en los que se conculcan los derechos de la infancia, cuando niños y niñas sufren malos tratos del tipo que sean.

Puesto que mi experiencia profesional se desarrolla en un recurso de atención a la infancia (soy profesora en un Centro de Acogida Inmediata), abordaré mi aportación a este forum desde esa experiencia y desde la constatación de las peculiaridades de estos niños y de la atención que reciben, señalando en qué dirección podrían ir algunos cambios para lograr que nuestra sociedad desarrollada aportara un mejor trato a la infancia crecida en situaciones de maltrato. Analizar la problemática que subyace en estos casos, las características de los niños y niñas que llegan a un dispositivo del tipo Centro de Acogida, y las que considero serían propuestas razonables para construir una sociedad más amigable con este sector de la infancia, es el propósito de mi intervención en este forum.

El Centro de Acogida en el que desarrollo mi actividad profesional es un dispositivo dependiente de la Diputación Provincial de Sevilla, una institución que cuenta con una larga tradición en recursos para la atención a la infancia. El Centro es un servicio para el acogimiento con carácter inmediato o urgente de los niños y niñas que describiré posteriormente. Tiene 20 plazas y allí están los niños el tiempo indispensable para estudiar su caso y proponer la alternativa que se considere su mejor solución.

En relación con la problemática grave por la que estos niños acaban ingresando en un Centro de Acogida Inmediata enumeraré algunos de los que me parecen rasgos más significativos.

- Las drogas, el alcohol y la prostitución, todos relacionados con un muy bajo nivel económico y social, están presentes en un número bastante elevado de casos. Los niños que crecen en ambientes donde están presentes estos problemas, sobre todo los dos primeros, se desarrollan en un ambiente de fuerte agresividad y violencia, en familias desestructuradas, con unos modelos de adultos muy negativos que frecuentemente reproducirán si no se modifica para ellos esa dinámica.

- El maltrato infantil: la negligencia, el maltrato físico, la explotación sexual y la mendicidad son otras causas que determinan quizás en menor medida el ingreso en estos centros.

- Cada vez más, la emigración ilegal, aunque aún con índices bajos.

Desgraciadamente, los niños que, procedentes de estas situaciones, acaban llegando al Centro de Acogida, constituyen sólo una pequeña proporción de los que realmente necesitarían medidas de protección y apoyo. En sus ambientes de procedencia existen sin duda muchos otros niños que están viviendo auténticos infiernos y que no tienen la suerte de que se produzca (o se capte)

una señal de alarma que haga intervenir a los mecanismos de protección. Como más abajo veremos, la mejora de los mecanismos de detección nos parece una de las consideraciones básicas a hacer respecto al tipo de niños y niñas a que nos estamos refiriendo. Téngase en cuenta que en el momento en que se detectan graves situaciones de riesgo y comienza el estudio del caso y la búsqueda de alternativas, se inicia la salida de las difíciles situaciones de partida en que estos niños se encuentran. ¿Qué características tienen los niños y niñas que llegan a un Centro de Acogida como el nuestro? Son bastante distintos de los niños-tipo de nuestras sociedades desarrolladas, de la imagen que ofrecen o tenemos de nuestros propios hijos:

- Son en general, niños impulsivos, con bastante tensión general, con frecuencia agresivos, con falta de controles y normas, muy dispersos, con una atención mínima.

- No responden a un lenguaje tranquilo e individualizado, tendiendo a reaccionar sólo cuando se usa el grito o el imperativo. Su lenguaje es deficitario, pobre, con bastantes defectos.

- Su capacidad de abstracción, razonamiento, observación y análisis de las cosas suele ser muy pobre y deficitaria.

- No tienen adquiridos (o los tienen con notable retraso) aprendizajes escolares básicos, lo cual les predispone a un casi seguro fracaso escolar, siendo muy frecuente la no escolarización de niños mayores de 6 años o un fuerte absentismo.

- Finalmente son también niños con una débil autoestima, con una imagen de sí mismos pobre y negativa, con fuerte desconfianza hacia los demás y la realidad.

En nuestro Centro, como me parece que ocurre en muchos otros casos, las salidas más frecuentes para estos niños son:

- Reinserciones en familia extensa (abuelos, tíos) o, en menor medida, con sus padres.

- Acogimientos o/y adopciones.

- Institucionalización en Comunidades Infantiles a medio plazo, siempre que no se vea una salida a corto plazo. En la actualidad, tiende a ser la opción menos frecuentemente utilizada.

¿Qué actuaciones podrán plantearse para mejorar la respuesta social a estos niños, siempre con el objetivo de construir para ellos una sociedad más fácil?

Se me ocurre mencionar o proponer varias que considero importantes y factibles:

- El incremento de la conciencia social, de la sensibilidad ciudadana, es siempre una de las vías incuestionables. Tanto para conocer el problema, como para ayudar a detectarlo, como para aportar alternativas, la concienciación y sensibilización social es un requisito previo para la mejora de la atención a la infancia necesitada de protección y promoción.

- En el mismo sentido se debe mencionar el incremento de los mecanismos de prevención, muy en particular a través de la ayuda y asistencia a familias en las que se da una concentración de situaciones de riesgo.

- Una vez que el caso ha llegado a los circuitos de asistencia social y de intervención, son también muchas y muy necesarias las medidas que se deben mejorar o iniciar en la atención concreta.

- En primer lugar, habría que dedicar mayor número de recursos económicos. Sobre todo en países como España, donde si bien se ha hecho mucho, nos queda aún bastante para llegar a los estándares de otros países. Con mayores recursos es mucho más fácil mejorar la detección y la asistencia.

- La red de servicios sociales existentes en nuestro país es insuficiente, siendo imprescindible potenciarla y hacerla más eficaz. Se necesitan más equipos profesionales de atención a estos casos, tanto a niveles básicos (ayuntamiento, barrio...), como a niveles centrales (equipos de recepción y tratamiento de casos...). Estos equipos deben ser estables, especializados y con mejor formación, lo que requiere, una vez más, recursos. En determinados temas se requieren equipos especializados en temas como abuso sexual, jurisprudencia sobre menores, etc.

- Una clarificación de competencias y una mejor coordinación entre los diversos ámbitos de actuación (los propios técnicos de atención al niño, la policía, los jueces...).

- Una mayor agilidad y operatividad en el tratamiento de los casos de menores, ya sea en el ámbito de los servicios sociales o en el ámbito judicial.

- Más recursos, de nuevo, para mejorar las respuestas que se dan a los casos concretos: mejorar los procedimientos de apoyo y seguimiento a las familias de origen de los niños si éstos se reinsertan; mejorar la selección, formación y seguimiento a las familias de acogida y adopción; dedicar mayores recursos o racionalizar los existentes para que los casos de institucionalización sean más cortos y permita una mejor adaptación de los niños; mejorar la cualificación del personal que trabaja con estos niños.

Se podrían seguir enumerando nuevas propuestas de mejora en el campo social hacia la infancia. Hay un camino que seguir en el que unos países van antes que otros, aunque todos persiguen -o deberían perseguir- el objetivo común de perfeccionar las respuestas sociales a la infancia, especialmente a la infancia en situación de riesgo.

Es evidente que se requieren medios y presupuestos (aunque muchas veces es muy llamativo lo que puede conseguirse con una mayor racionalización de los recursos existentes), pero sobre todo, y con carácter previo, se requiere por parte de las sociedades una demanda y exigencia clara a sus gobiernos (no importa de qué signo sean) para que atiendan y se preocupen por la infancia, la que vive en situaciones favorables, pero también y sobre todo la que vive en circunstancias y medios desfavorecidos.

Foros de debate como este Congreso, con participantes de una diversidad de procedencia geográfica y profesional, contribuyen a movilizar y dinamizar a las sociedades y, por tanto, a construir una sociedad que trate bien a la infancia.

FORUM 7

LA IDENTIFICACIÓ DE "BONES PRÀCTIQUES" I LA SEVA DISSEMINACIÓ
LA IDENTIFICACION DE "BUENAS PRÁCTICAS" Y SU DISEMINACION
L'IDENTIFICATION DES "BONNES PRATIQUES" ET LEUR DISSÉMINATION
THE IDENTIFICATION OF "GOOD PRACTICES" AND THEIR DISSEMINATION

OCT 21 16.00/17.30 TARRAGONA TS

COORD.	Kari KILLÉN	Norway
PART.	Carme COMELLAS	Spain
	Elena REDONDO	Spain
	Encarna M. SANCHEZ	Spain
	Wendy STANTON-ROGERS	United Kingdom

Kari KILLÉN
Dr. Philos. First Researcher, NOVA, Norwegian Institute of Social Research. Consultant on child abuse and neglect at Nic Waals Institute.

Carme COMELLAS
Pedagoga. Equip d'Atenció a la Infància i Adolescència (E.A.I.A.) de Ciutat Vella, Ajuntament de Barcelona.

Elena REDONDO
Psicóloga, Servicio Infancia y Familia, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Encarna M. SANCHEZ
Centro de Acogida. Servicio de Infancia y Familia, Diputación de Sevilla.

Wendy STANTON-ROGERS
Psychologist. Senior Lecturer in the School of Health and Social Welfare, Open University.

Carme COMELLAS

"SENTIMIENTOS Y EMOCIONES: COMENSALES EN EL EJERCICIO DE NUESTRA INTERVENCION."

Me gustaría poder introducir dentro de este espacio, una reflexión referida a las vivencias que nosotros, los profesionales, tenemos en relación al ejercicio de nuestra praxis. Me quiero referir, sin pretender generalizar mis opiniones, a las emociones y sentimientos con que nosotros, los interventores, nos manejamos frente a situaciones de grave conflicto socio-familiar y cuando debemos proteger a la infancia que se encuentra en situación de desventaja de derechos. Recibimos frecuentemente, un fuerte impacto emocional, del que a menudo nos queremos olvidar. Nos situamos frente a situaciones vitales graves, frente a transacciones humanas destructivas que nos provocan reacciones emocionales intensas: sentimientos de horror, de cólera, de injusticia, de miedo, de pena, de impotencia, de desesperanza. Sentimientos que a veces emanan del corazón, otras de la cabeza y otras, incluso del estómago.

Nos tenemos que manejar con las desgracias y conflictos de la gente, tanto sociales como personales. Todo el día giramos alrededor de los problemas de los demás, como si nosotros estuviéramos vacunados de ellos.

Escudriñamos vidas ajenas, que debemos valorar e intervenir para cambiar, y en muchas ocasiones, también tomar decisiones que afectarán al futuro de estas familias y niños, y debemos suponer que para bien.

Los sentimientos y las emociones, también están presentes en la relación profesional / familia, relación que entiendo como un proceso interactivo, de influencia mutua, necesaria para poder intervenir terapéuticamente. Así pues, voy a tratar de incorporarlos como una variable más a tener en cuenta, en el análisis de nuestra práctica.

No solemos hablar de emociones, en relación a nuestro trabajo con estas familias. Nos podemos sentir inseguros y cuestionados. No solemos debatir nuestras grandes dudas, tendría que ver con reconocer nuestra propia vulnerabilidad, con asumir también nuestros límites. Tenemos también nuestros miedos. Los sentimientos frente a determinadas situaciones nos pueden bloquear, y nos solemos armar de corazas técnicas para que no nos afecten, para no ser débiles, pero... ¡ahí están!

Protegemos a los más débiles, intentamos compensar situaciones de derechos, pero...

¿Quién nos protege a nosotros?

¿Cómo nos protegemos del impacto emocional, que produce nuestra intervención?

¿Cómo nuestras emociones influyen en el modo en que valoramos, intervenimos, y tomamos decisiones, es decir, en nuestras praxis?

¿Cómo influyen las emociones en la relación con las familias?

¿El tipo de familias con las que trabajamos, produce el mismo tipo de emociones o reacciones específicas en todos los interventores?

Emoción, proviene del verbo latino "movere" (moverse) + el prefijo -e, significando algo así como "movimiento hacia" y sugiriendo que en toda emoción hay una tendencia a la acción.

Las emociones e intuiciones guían nuestras respuestas inmediatas.

La emoción alimenta y da forma a las operaciones de la mente racional y la mente racional ajusta y a veces censura las entradas procedentes de las emociones.

Quiero destacar algunas variables que enmarcarán nuestras posibilidades de reacción emocional, en nuestro quehacer diario.

* Por una parte, analizamos e intervenimos, a partir del ENCARGO, desde el cual operamos, y que tiene que ver con los derechos sociales a los grupos desprotegidos, plasmados en la legislación vigente.

En este sentido, y sin que sea propiamente el objeto de mi reflexión, me gustaría introducir el contexto desde el cual operamos en Cataluña, los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia, EAIA (creados a partir de la ley 11/85 y el decreto 338/86). La ley otorga a estos equipos una función de control, entendida como valoración, con el encargo de diagnosticar las situaciones señaladas como de alto riesgo social respecto de un menor, y determinar posibles situaciones de desamparo. Y Plantea como primera medida a adoptar de protección: "... La atención en la propia familia del menor, mediante ayudas de soporte psicosocial de tipo personal o económico de la Administración ", de lo cual se desprende una función de ayuda a la familia, siempre que no entre en grave conflicto con el bienestar del niño, pudiendo suponer en estos casos, la separación del menor de su núcleo familiar.

La dificultad de nuestra tarea, viene determinada por la propia complejidad del abordaje de estas familias, así como por el encargo, que puede crear confusión al pretender combinar control y ayuda. Está claro, que predomina la función de control, aunque a veces nos cueste reconocerlo, y lo manejemos de la mejor manera terapéutica posible.

Nuestro encargo, nos indica tanto nuestras funciones, como nuestras decisiones: " lo que debemos hacer", al margen de lo que sentimos, o lo que nos hagan sentir las familias. Prevalece en nuestra actuación el derecho social del menor a ser atendido, aunque ello implique en ocasiones batirnos con nuestros propios juicios, valores y contradicciones.

* La otra variable, a tener presente, son nuestros CONSTRUCTOS, dado que cuando intervenimos en núcleos humanos, y debemos tomar decisiones que afecten o afectarán a las personas, también debemos emitir juicios de valor que serán los que sustenten las acciones posteriores.

Los profesionales, somos también personas, y tendemos a interpretar el mundo y las acciones de los demás en función de nuestros propios parámetros personales y de creencias, que serán también los que sustenten y den sentido a las reacciones emocionales que de esta interpretación se deriven.

Analizamos, desde nuestro particular tamiz, el cual nos hace leer, vivir y sentir la realidad de una manera particular, aunque haya otras posibles descripciones de ella, que puedan dar explicación a los fenómenos observados. Entra en juego nuestra historia personal y procedencia familiar, nuestras experiencias en situaciones parecidas, nuestra educación, problemas, valores éticos, prejuicios personales, ideas preconcebidas etc.

Manejarnos con nuestras reacciones emocionales. Riesgos relacionales.

Los profesionales nos debemos manejar, con situaciones familiares y personales muy precarias, donde están presentes relaciones no adecuadas y violentas entre sus miembros, dañándose tanto física como emocionalmente. Historias vitales, donde predomina la privación y los fracasos, como constante. Suelen ser familias que no han pedido nuestra intervención, no se plantean cambiar, ni entienden porque lo deben hacer, y que con nuestra presencia, pueden sentir que amenazamos su manera de pensar, de vivir, y en definitiva su equilibrio familiar.

Nos debemos sobreponer muchas veces, a la ingratitud, la desconfianza, e incluso las amenazas con las que intentan desmoralizarnos y disuadirnos de nuestra actuación. Cuando un profesional ve y conoce una situación familiar que contrasta con su idea, o pensamiento de lo que es normal, puede sufrir entre, el saber lo que sería mejor para la familia, y no poderlo decir; o decirlo y no poder verlo actuado. Son situaciones tan evidentes, que no sabemos que nos producen emociones. Lo más difícil de soportar es nuestro pensamiento lógico, delante de tanto desastre.

• Hay familias, que en la interacción con nosotros, no nos piden nada, en ocasiones solo que les dejemos tranquilos, en un intento de seguir negando su propia realidad, dadas sus dificultades si la reconocieran en poder superarla.

A pesar del desorden organizativo, jerárquico, emocional, del caos general, no parecen vivir su situación con angustia, cosa que no entendemos, porque a nosotros sí que nos la produce. Y ellas lo saben. Son familias supervivientes, al estilo: "Usted tranquila señorita."

Nuestra lógica, nos invade y partimos del sentimiento impulsivo de "saber lo que se debería hacer". ¡Es tan lógico para nosotros el pensar lo que sería lo mínimo para que estuvieran bien!

Desde el poder que nos otorga el lugar privilegiado en el que nos encontramos, solemos transformar la presencia de la familia, en necesidad y petición de ayuda, cuando en realidad somos nosotros que sentimos la necesidad de intervención.

Con ello, el mensaje que les transmitimos es: "Necesitáis ayuda", "La familia tiene problemas", "El niño tiene dificultades".

Somos nosotros los que valoramos su situación como caótica, en muchas ocasiones antes que ellos. Somos nosotros, los que deseamos que se produzcan cambios, y pensamos que nuestra intervención puede producirlos.

Como "sabemos", desde nuestros constructos, lo que hay que hacer, preparamos guiones de sus nuevas vidas, en los que en realidad ellos no se sienten protagonistas. Guiones, que en muchas ocasiones son ideales, pero lejos del alcance de las familias. ¿Cómo lo van a intentar? Son nuestros planes de trabajo, no los suyos.

• En otras situaciones, las familias interaccionan con nosotros de manera bien distinta. Nos invaden con reiteradas y constantes situaciones de crisis, graves y urgentes, traspasándonos la angustia vital en la que viven. Son familias "dinamita".

Consiguen envolver a los profesionales en el caos y angustia que a ellos mismos les oprime, generando un paralelismo funcional en los servicios, basado fundamentalmente en la acción y no, en la reflexión, y generando constantes actuaciones profesionales, que en la mayoría de ocasiones sólo consiguen disminuir la angustia del profesional y alejar a la familia temporalmente.

Generalmente los técnicos, delante de estas familias, acabamos agotados y experimentando los mismos sentimientos, y actitudes que solemos atribuirles a ellas: tensión, desesperanza, falta de objetivos y planificación, inmediatez e impulsividad en las acciones, desilusión, impotencia, resignación, cansancio, pasividad.

En definitiva, insatisfacción, caos e imposibilidad de resolver conflictos. Me atrevería a decir, que la reacción que tenemos en estas situaciones, tanto con un tipo de funcionamiento familiar, como con otro, está basada en una Empatía Autorreferente: vemos su sufrimiento, situación, y no podemos soportar más las emociones y sentimientos que nos producen a nosotros. Frente a este sentimiento, la reacción, es intentar reducirlo lo más rápidamente posible, dando respuestas inmediatas, como solución a nuestras angustias inmediatas, en perjuicio del buen quehacer profesional y a riesgo de pasar de una postura pedagógica y terapéutica, a una de sustitución: de "Yo te explico como hay que hacer" a "Yo te hago lo que hay que hacer", con el consecuente riesgo de ser puestos fuera de juego. Pensamos que es lo mejor para las familias, para el niño y lo actuamos.

¿Cuál es el camino que eligen ellas? ¿Cuál sería la postura correcta?

Son reacciones, que podríamos denominar Acogedoras-Colusivas, utilizando la terminología de Maurizio Coletti, caracterizadas por la dificultad del profesional, en poner límites a la relación con la familia, y en muchas ocasiones emergentes desde la ingenuidad del inicio laboral, o desde un exceso de implicación motivacional. Por supuesto, poco efectivas, en relación a producir cambios estables en las familias.

La reacción más idónea, como ya sabemos, es la más difícil, no de decir, sino de actuar, cuando estamos inmersos en el dolor y desesperanza familiar, e implica, por una parte, poder controlar nuestros propios sentimientos, y por otra adoptar una postura empática con la familia, del tipo: "Imaginamos lo que deben sentir, y estamos dispuestos a acompañarlos en el camino para que puedan dejar el sufrimiento, si ustedes quieren".

El profesional, puede que, tras una serie de fracasos de las reacciones acogedoras-colusivas, empiece a no dar crédito a las familias, corriendo el riesgo de pasar a relacionarse desde reacciones situadas en el polo opuesto.

Cuando constatamos que las familias sólo han experimentado pequeños cambios, generalmente superficiales y motivados por la acción substitutiva del profesional, y que ésta no internaliza, pasamos a una posición de impotencia en relación a la familia, y a nosotros mismos. No entendemos porque no aprovechan las oportunidades. Nos sentimos enojados, engañados, escépticos, y atribuimos incapacidad y resistencia a la familia, para poder variar su situación. Podemos empezar a actuar partiendo de constructos rígidos de definición de las familias, a estereotiparlas: "Esta familia no va a cambiar nunca". De hecho, seguimos utilizando nuestra lógica aplastante, aunque a veces el sentimiento de fracaso, nos dificulta también el poder utilizar el sentido común.

Hemos invertido mucho tiempo, muchas energías, y seguramente muchas emociones, y no nos sentimos gratificados. Si nos sentimos impotentes, y fracasados, traspasamos este sentimiento a la familia, y ésta se vive como incapacitada y como que no hemos aguantado verlos fracasar. Si el profesional renuncia, la familia renuncia.

Nosotros sentimos que no hemos sabido, o no hemos podido ayudar, y la familia siente que nunca va a poder cambiar su situación, que nadie la puede ayudar. Empieza la espiral de la cronificación y multiasistencia de muchas familias.

Podemos empezar a dar descrédito a lo que nos digan las familias, aunque sean datos reales. Establecemos límites muy rígidos en la relación familia y profesional, pudiéndonos convertir en figuras, que aparecen como perseguidoras de la familia, consiguiendo provocar en ellas, una reacción de huida del agente, que viven como punitivo. Empezamos a poner en peligro la empatía hacia la familia. En realidad, nos estamos defendiendo de lo que nos ha producido ver fracasar nuestra intervención. Nos protegemos de nuestros sentimientos. Son las reacciones, que Coletti denomina Sádico-Colusivas, caracterizadas por los límites rígidos en la relación profesional-familia, que no permiten tampoco relaciones terapéuticas, y como respuesta a los sentimientos que nos produce el no saber como ayudar a cambiar las cosas, después de haberlo intentado reiteradamente.

En definitiva, y a modo de conclusión, trabajamos con vida, con emociones: las ajenas y las nuestras. Las emociones están presentes en las relaciones profesionales que establecemos. Nos debemos permitir sentir las, reconocerlas y controlarlas, incluso, y porque no, incorporarlas dentro de las relaciones profesionales.

Debemos también contemplar los riesgos que corremos si nos dejamos invadir por las emociones tan intensas con las que nos manejamos. Debemos identificar nuestros límites, y buscar estrategias para compensarlos, y objetivarlos. Por eso, son tan importantes en nuestro trabajo, los espacios de supervisión profesional, donde también tenemos que incorporar aspectos de supervisión emocional.

La soledad profesional, en nuestros trabajos, es un factor de riesgo para nosotros, porque se puede traducir, en ciertos momentos, en soledad emocional. El trabajo en equipo, diluye emociones individuales, así como permite la objetivación de los elementos y dinámicas familiares.

"La conciencia de uno mismo es la facultad sobre la que se erige la empatía, puesto que cuanto más abiertos nos halleemos a nuestras propias emociones, mejor será nuestra destreza en la comprensión de los sentimientos de los demás." (John Mayer Y Melissa Kirkpatrick.)

Elena REDONDO, Ramón MUÑOZ

MANUAL DE BUENA PRACTICA PARA LA ATENCION RESIDENCIAL A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA¹

El trabajo que les presentamos se inserta dentro del contexto de la creciente preocupación de los profesionales y de los administradores, del ámbito del bienestar social, por la calidad de los servicios ofrecidos.

También es el resultado de una larga reflexión de los autores sobre el papel de las ONGs en el campo de la protección infantil. Hace unos años, en unas Jornadas sobre Maltrato Institucional², Ramón Muñoz se preguntaba por cuál debería ser el papel de las ONGs respecto a las instituciones que tienen el mandato social de proteger y atender a los niños. La respuesta que ofrecía era la de demandar calidad pero proporcionando al mismo tiempo estándares de buena práctica como guía de una atención de calidad.

El Manual, que aquí comentamos, responde a ese objetivo y ha nacido de la colaboración entre la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI) y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Definir calidad no es fácil. Una aproximación interesante es la que considera calidad como un movimiento que persigue la mejora continua del servicio. Un movimiento en el que suelen contemplarse dos componentes esenciales:

- Uno, el científico-técnico, referido al grado de adecuación del servicio que se presta a los conocimientos científicos y técnicos actuales sobre el tema
- El segundo, de carácter interpersonal, referido a la satisfacción de las necesidades del cliente, incluyendo el trato ofrecido y el proceso de comunicación.

El mayor problema encontrado en el desarrollo de la calidad en el ámbito de los Servicios de Protección Infantil (en nuestro país) ha sido la falta de estándares de buena práctica. Para mejorar la calidad de la atención es esencial disponer de especificaciones del proceso claras, científicamente demostradas y revisadas periódicamente, que nos indiquen cuáles son las pautas de actuación más efectivas ante una determinada situación, convirtiéndose en referentes del comportamiento de los individuos e instituciones que atienden a los niños y adolescentes.

¹ Con este mismo nombre se está desarrollando un programa de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI), subvencionado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y dirigido por los autores.

² MUÑOZ CANO R. (1994): Las asociaciones de prevención del maltrato infantil ¿pueden constituir alguna garantía de la calidad del trato a los niños por parte de las instituciones?. En I Jornadas sobre infancia maltratada: El maltrato institucional. A.V.A.I.M. (Asociación para la Ayuda a la Infancia Maltratada). Vitoria-Gasteiz: Diputación Foral de Alava.

Es importante destacar que los estándares no implican control, sino que representan las prácticas consideradas mejores en la atención de los niños y adolescentes. Permiten comparar, valorar la distancia o la aproximación entre estas metas y lo que efectivamente se está realizando. Los estándares pueden estimular la mejora de los servicios pero sólo en el caso de que cuestionen el valor de las prácticas actuales, proporcionen la convicción de que el cambio es deseable y ofrezcan una base que permita examinar y medir la práctica.

Una forma de lograr esto es familiarizar a los profesionales directamente implicados en la atención al niño (bien en la atención directa, bien en la planificación) con la cultura de los estándares. Los Manuales de Buena Práctica, que son en definitiva la aplicación de un conjunto de estándares de calidad a la oferta de un determinado servicio, han resultado instrumentos eficaces en tal tarea.

Con este empeño nos embarcamos en la elaboración del Manual de Buena Práctica para la Atención Residencial a la Infancia y Adolescencia.

1. ¿Por qué hacer un Manual de Buena Práctica para la Atención Residencial a la Infancia y Adolescencia?

Varias son las razones de ello. En primer lugar, la separación del niño de su familia y la consiguiente atención en un dispositivo residencial suele generar problemas en el ajuste personal y social de los niños. Es necesario, por tanto, cuidar de forma exquisita las condiciones en las que la atención se produce. Un Manual de Buena Práctica que precise tales condiciones puede ayudar en esta tarea.

En segundo lugar, el Maltrato Institucional (en su acepción más amplia) es un riesgo que hay que considerar en toda intervención con niños y adolescentes, especialmente, cuando ésta supone la separación de la familia. Los datos acerca de la incidencia del maltrato institucional en otros países son escalofriantes. Queremos pensar, porque en realidad no lo sabemos, que en España no llegamos a estas tasas. Cuando los Servicios de Protección sacan a un niño o adolescente de su casa están diciendo que van a tratarlo mejor de lo que lo han hecho hasta el momento sus padres. Deben poner, por tanto, todos los medios a su alcance para asegurar que así sea. El Manual puede ser un instrumento de prevención del Maltrato Institucional, entendiendo éste ahora como el resultado de no desarrollar suficientemente el potencial del que la institución y los profesionales disponen para conseguir los objetivos propuestos³.

En tercer lugar, la Atención Residencial ha sido el recurso de intervención dirigido a la infancia que más se ha utilizado y más críticas ha recibido. Se ha puesto en cuestión el que realmente sirva al objetivo que dice perseguir, el bienestar del niño. En la actualidad, parece claro que la bondad no depende del tipo de recurso en sí, sino de la forma en que se ofrece, especialmente, del modo en cómo satisface las necesidades del niño o adolescente. Creemos, por tanto, que establecer un conjunto de pautas sobre cómo debe darse este servicio, es decir, cuáles son las buenas prácticas que han de presidir la Atención Residencial redundará, sin duda, en la bondad de la misma.

Finalmente, en los últimos años se están produciendo cambios en la Atención Residencial. Estos cambios se deben tanto a aspectos vinculados a todo el sistema de protección infantil, como a aspectos internos de los propios dispositivos residenciales. Sólo destacaremos uno de ellos y es el hecho de que la población atendida en los servicios residenciales es diferente a la de hace unos años, debido a que se tiende a utilizar la adopción o el acogimiento en primer lugar y también debido a que es un recurso de sustitución cuando los otros fallan. Son niños y, sobre todo adolescentes, con más y mayores problemas, como consecuencia del maltrato sufrido. En este contexto, el objetivo de los centros no será ya simplemente educar al niño ni compensar sus déficits cognitivos, emocionales y sociales, sino que tendrán que intervenir sobre los daños emocionales que ha sufrido como efecto de unas relaciones familiares distorsionadas. En la confusión y complejidad que todo cambio supone, entendemos que la propuesta de un Manual de Buena Práctica para la Atención Residencial puede resultar un buen instrumento de orientación.

2. Contenido del Manual.

Una vez expuestas, de manera somera, las bases para comprender el por qué de la necesidad de establecer estándares de calidad de la Atención Residencial y de organizarlos en un Manual de Buena Práctica, ha llegado el momento de desentrañar su contenido.

El Manual se centra en los elementos precisos para lograr la calidad de la Atención Residencial en su respuesta a las necesidades de niños y adolescentes, cualquiera que sea el dispositivo utilizado, y se estructura en tres grandes apartados:

El primero de ellos se dedica a:

- Establecer el significado del instrumento que es el Manual.
- Exponer los principios básicos de intervención con la infancia y la adolescencia, como contexto donde se ubica la Atención Residencial.
- Señalar las funciones normalmente asignadas a la Atención Residencial, así como los principios en los que debe fundamentarse.

³ GARRIGA MALLAFRÉ E. (1993): Análisis de las Instituciones y Maltrato Institucional. En III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia.

- Recoger los derechos de los niños y adolescentes atendidos en los dispositivos residenciales.
- Delimitar la población que puede beneficiarse de la Atención Residencial.

La segunda parte propone los estándares de calidad asociados al proceso de intervención que debe suponer la Atención Residencial, es decir:

- El proceso mediante el cual se identifican las necesidades de los niños y sus familias y se abordan en la Atención Residencial.
- La selección del Centro adecuado a tales necesidades.
- El momento de la Admisión del niño en el Centro.
- La evaluación y planificación de la intervención: El Plan de Intervención Individual.
- El desarrollo y seguimiento del Plan de Intervención.
- Los elementos básicos de la intervención: la interacción y comunicación con el niño, y su participación.
- Las áreas de intervención contempladas en la Atención Residencial: Vida cotidiana. Salud. Manejo del comportamiento y promoción del autocontrol. Educación. Ocio y tiempo libre. Habilidades para la vida independiente. Familia. Comunidad.
- La salida del Centro y la desvinculación.
- También se analizan los diferentes programas en los que puede diversificarse la Atención Residencial en su esfuerzo por adaptarse y responder mejor a las necesidades de los niños: Programa Residencial básico. Programa de Atención de Día. Programa de Preparación para la Vida Independiente. Programa de Atención de Urgencia. Programa de Tratamiento Residencial.

Finalmente se proponen pautas de calidad para la organización y gestión de la Atención Residencial:

- Responsabilidades de la Administración y de la entidad que suministra la Atención Residencial.
- Programas de mejora de la Calidad en la Atención Residencial.
- Prevención del Maltrato Institucional.
- Estructura, organización y selección del personal, analizando los diferentes puestos mediante la distribución de funciones, los requisitos para el desempeño de las mismas y las variables de éxito asociadas al desempeño del puesto.
- Prevención del burnout o queme profesional.
- Evaluación de la Atención Residencial
- Mantenimiento, protección y conservación de la documentación.
- La infraestructura y el equipamiento propios de una Atención Residencial de calidad.

3. Proceso de elaboración del Manual.

Si deseamos un Manual operativo, éste no debe alejarse de la realidad ni constituir un simple desideratum, por ello, su preparación exige la participación de los diferentes estamentos implicados en la Atención Residencial. De acuerdo con esto, la confección del Manual sigue tres fases diferenciadas:

En la primera fase, ya concluida, se formulan un conjunto de estándares basado en los conocimientos actuales sobre el tema, las necesidades evolutivas de los niños y adolescentes y las formas probadas de responder a esas necesidades. Para ello se ha realizado una detenida revisión de la literatura científica y profesional y un estudio de propuestas concretas de pautas de mejora de la calidad en la Atención Residencial, aplicando luego las conclusiones a nuestro contexto y elaborando el Primer Manual.

Aunque las propuestas que aparecen en el mismo han mostrado su valor en el desarrollo de programas de calidad en la Atención Residencial en otros países, éstas han de contrastadas con la experiencia de los profesionales de nuestro entorno. Para la segunda fase, en la que ahora nos encontramos, se han seleccionado un conjunto de informantes-clave (en la terminología propia de los estudios de necesidades), integrado por expertos sobre el tema, y por responsables ejecutivos y profesionales de la Atención Residencial de aquellas comunidades que cuentan con una asociación para la prevención del maltrato infantil integrada en la FAPMI. Se trata de lograr aportaciones de profesionales que desarrollan diferentes funciones, en diferentes tipos de centros (según tamaño y función) y que trabajan con diferentes edades. El objetivo no es, por tanto, recoger aportaciones numéricamente representativas, sino buenas y adecuadas aportaciones, ya que una buena práctica no es necesariamente la más común, sino la que resulta más apropiada para satisfacer las necesidades de niños y adolescentes.

En la tercera y última fase se analizarán y estudiarán las aportaciones de los informantes-clave, elaborando el Manual definitivo. De lo expuesto hasta el momento se entiende que ese carácter definitivo se mantendrá hasta que las circunstancias del desarrollo de la Protección Infantil y de la evolución de la Atención Residencial en particular, requieran su revisión.

Para terminar, señalar lo que pensamos es el objetivo más interesante de este Manual: convertirse en un marco de referencia útil para que las instituciones que dirigen, organizan y/o gestionan la Atención Residencial elaboren el suyo propio. Se trata, en definitiva, de un Manual de

Manuales, propuesto como instrumento de reflexión para el desarrollo de estrategias de mejora de la calidad de la atención que niños y adolescentes reciben en dispositivos residenciales.

Encarna M. SÁNCHEZ

En el año 1995, en Sevilla en el IV Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada, presentamos ante los profesionales de la Protección a la infancia, una propuesta sobre Principios básicos y de intervención, que como tal era la primera vez que se presentaba en nuestro país.

Aquella propuesta fue recogida por profesionales vinculados a la Dirección General de Acción Social del menor y la familia, y recientemente ha sido publicada por el Ministerio de Asuntos Sociales. Esta publicación titulada "La buena práctica en la protección social a la infancia: principios y criterios". Es el primer intento en el ámbito de todo el territorio nacional de dar a conocer, debatir y consensuar entre los profesionales unos principios y prácticas de intervención.

La articulación de esta tarea se hace a través del proyecto Buenas Prácticas, que está siendo desarrollado por la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil, España (FAPMI). Desde este programa se distribuirá el documento referido. Su objetivo central es difundir y sensibilizar a los profesionales en torno a estos principios y prácticas. Con el objeto de recoger la opinión de los profesionales, el documento lleva anexo un cuestionario, en el que se solicita al profesional que exprese su grado de acuerdo, o importancia con cada uno de los 15 principios generales y 36 principios de intervención que se les proponen. La recogida de los datos y el tratamiento de los mismos, es otra de las tareas del programa que lleva a cabo la Federación. Este proyecto es un buen ejemplo de una divulgación de buenas prácticas.

Nuestro sistema avanza con bastante buen pie y con cierta rapidez, (desde luego no la que los prácticos desearíamos), pero aún nos queda mucho por hacer. En este foro, me gustaría resaltar algunos de los temas, que desde mi práctica cotidiana en la ayuda a familias y niños, considero más perentorio trabajar:

El primero de ellos es el tema de la coordinación interinstitucional. Quizá hablar sobre este tema no les resulte novedoso. La coordinación es siempre mencionada y aludida en leyes y documentos, hablamos frecuentemente sobre ella y, sin embargo, dista mucho de estar adecuadamente articulada. En mi opinión sin tener clarificadas las responsabilidades de todos los que participan en el proceso de protección como hizo de algún modo el documento inglés Working together under the Children Act, 1989, es bien difícil cooperar. Carecemos de un texto comúnmente aceptado que estipule las responsabilidades de los agentes sociales, instituciones, servicios y centros, dónde cada cuál pueda ver claramente su contribución. Aún hemos de reconocer que desde los servicios sociales comunitarios, o desde los especializados se interviene en familias y niños duplicando actuaciones y sin que todos compartamos información y objetivos, que aseguren que el niño está convenientemente protegido.

En el bienestar general de familias y de los niños intervienen otros sistemas como salud, educación y justicia; nuestro reto más inmediato es articular su cooperación en la protección infantil. Urge pues definir cuáles son las buenas prácticas en el ámbito de la cooperación con los distintos agentes sociales. Hemos avanzado en el proceso de establecimiento y divulgación de buenas prácticas; contamos con servicios de protección de varias comunidades autónomas, que disponen ya de manuales de intervención que recogen las prácticas más aconsejables. No obstante, nuestra asignatura pendiente, sigue siendo el establecimiento de buenas prácticas en el ámbito de la coordinación interinstitucional.

Aunque no es necesario exponer aquí los argumentos que avalan su necesidad, pues son bien conocidos por todos, no podemos dejar de señalar al menos dos momentos de la intervención en los que su presencia es esencial. Me refiero a la evaluación de la situación familiar y del menor y a la ejecución del plan global de protección. Sin una cooperación estipulada, ninguna de estas tareas fundamentales pueden ejecutarse exitosamente sólo desde el ámbito de la protección. Los niños nunca van a estar convenientemente protegidos si el sistema no está bien construido y no dispone de equipos que conozcan y asuman plenamente el rol que les toca desempeñar. Por tanto, la reflexión que hemos de hacernos sobre esta cuestión es trabajar para crear este encuadre común, sin el cuál todas nuestras buenas prácticas no podrán ser desarrolladas.

El siguiente tema para el que reclamo la atención de políticos, organizaciones y responsables es sobre: la formación y supervisión de los profesionales. ¿Quién protege a los profesionales de la protección? Ésta debe ser probablemente la pregunta, no exenta de realidad, que en ocasiones muchos nos hemos hecho. La protección de los profesionales, aunque hablemos en sentido figurado, es realmente necesaria. Y ha de ser enfocada desde la formación y la supervisión.

Los profesionales que tratan con el maltrato infantil, experimentan diariamente ansiedad y estrés. Han de enfrentarse con crisis familiares, con la hostilidad de los padres o tutores, incluso con la incompreensión de los profesionales de otras áreas. De igual modo, tienen que afrontar situaciones complejas, recoger la ansiedad o el temor de los niños y por último adoptar decisiones tremendamente difíciles, de enorme responsabilidad. Es muy frecuente que sientan impotencia o indefensión, incluso que ante tanta carga emocional, es posible que los profesionales tengan

dificultad para mantenerse objetivos o ecuanímenes en sus valoraciones. Así lo resume Kari Killén cuando la hemos oído expresar que: "Hacer esas valoraciones no es sólo un reto intelectual sino un desafío emocional, encarando tanto el sufrimiento del niño como el de los padres..."

El queme profesional, que en ocasiones deja su huella en los profesionales, tiene su origen precisamente en la falta de atención a las consecuencias del impacto, que de muchos de estos retos, antes aludidos, provocan en el profesional de la protección. Los profesionales tienen que estar convenientemente protegidos y sus fuentes de apoyo prioritarias son la supervisión y la formación.

Sin embargo, parece que los profesionales, son reacios a pedir ayuda, a admitir que tienen dificultades para afrontar temas complejos o sencillamente para decir que no saben. Poder compartir estos sentimientos sin ser juzgado es algo que los profesionales pueden obtener de la supervisión. Un apoyo emocional y técnico ha de serles ofrecido y deben recibirlo directa e indirectamente en la realidad cotidiana, mediante supervisiones individuales o en grupos o equipos, siendo las administraciones, en el caso de los servicios públicos, responsables de prever esta dimensión y aportar los recursos necesarios para ello.

Además, necesitan una supervisión técnica que conlleve formación y adiestramientos específicos, tales como cursos para aprender a manejar el estrés, entrenamiento en relajación, consultoría para temas complejos, establecimiento de un tiempo en el horario diario para hablar de experiencias que provocan ansiedades, etc.

Especial atención debe ser prestada al personal que trabaja en centros con niños y adolescentes. Estos tienen que conectar diariamente con las víctimas del maltrato, con niños que en ocasiones muestran una conducta impredecible y perturbada, que requiere una enorme capacidad de trabajo y muchas habilidades personales y técnicas. El apoyo a estos profesionales es muy necesario, ellos trabajan en vínculos y relaciones en los que el conocimiento y control de las emociones son esenciales para obtener buenos logros. Por su parte, los equipos de protección también necesitan que se les supervise regularmente, siendo esto una herramienta eficaz para aumentar la calidad de su trabajo y su disponibilidad. Por todo ello, es necesario reivindicar, como base para una buena práctica, el derecho a la supervisión del profesional de la protección, dado que "el objetivo de la supervisión no es otro que la promoción de buenas y consistentes prácticas, asegurando que los profesionales puedan tomar decisiones de calidad" (Sheffield Family and Community Services Department, 1992).

Reflexionemos ahora sobre como identificar la buena práctica. La identificación de buenas prácticas, en mi opinión puede lograrse desde tres ejes:

El primero podría derivarse de la realización de estudios e investigaciones. Sería provechoso disponer con mayor asiduidad de investigaciones sobre los efectos de determinadas prácticas en las familias y los niños. Las dificultades metodológicas son muchas y existen diferencias sutiles entre los casos, que hacen difícil generalizar resultados. Pero para avanzar con mayor seguridad es necesario poder desarrollar más estudios e investigaciones aplicadas sobre procedimientos de intervención, o incluso sobre determinados juicios de valor que están implícitos en nuestras prácticas cotidianas. En esta línea, son interesantes los estudios para valorar como influye la presencia de los padres en las conferencias de casos (Horton and Robson, 1992; McGloin and Turbull, 1986; Shemmings and Thoburn, 1990).

Un segundo eje, que nos podría ayudar en la identificación de buenas prácticas puede consistir en reforzar y/o introducir sistemas de evaluación ligados a la práctica habitual, de modo que los resultados de las evaluaciones nos ayudaran a seleccionar las prácticas más eficaces.

El tercero, está relacionado con la propia estructuración de la actividad del profesional. Pienso, que una de las formas más económicas de aprendizaje para el práctico es poder conocer los resultados de su trabajo, por el contrario, demasiada atomización de las tareas impide a los profesionales recibir el feedback necesario para mejorar sus prácticas de intervención. El seguimiento (de los propios casos) es una oportunidad singular para el profesional de observar los resultados de la aplicación de unos criterios, de unos juicios o de unas decisiones. Asimismo proporciona un feedback de aprendizaje muy importante para el trabajador, ya que tras el seguimiento, el profesional puede comprobar la validez o no de sus apreciaciones, de sus criterios y en que medida sus predicciones o evaluaciones se confirman o no.

La reflexión sobre la propia intervención debe estar apoyada en el estudio de distintas fuentes de información y documentación que nos ayuden a modificar, en un ejercicio constante de mejora, lo realizado en la práctica cotidiana. Realmente se puede favorecer bastante el aprendizaje de nuevas prácticas evitando el aislamiento profesional, y teniendo abiertas vías de información, documentación y debate con otros profesionales en torno a la práctica profesional.

Por último, señalar algunas actuaciones que podemos desarrollar para la divulgación de la buena práctica tales como:

- Realización de encuentros monográficos, dónde se discutan las prácticas con relación a cuestiones muy específicas, en estos encuentros pueden revisarse y establecerse como normativas determinadas intervenciones.

- Promover estudios y hacer divulgación de buenas prácticas desde organizaciones de carácter profesional y científico, con reconocido prestigio en el campo de la protección infantil.

- Fomentar la realización de sesiones formativas en las que (sin la presión y ansiedad del caso real) poder ensayar o aprender nuevas prácticas y reflexionar sobre las mismas.
- Elaborar y disponer de manuales de intervención para todos los equipos, de tal modo que las decisiones puedan ser tomadas sobre la base de instrumentos y criterios contrastados.
- Solicitar de todas las instituciones que cooperan en la protección de niños, que siempre recojan por escrito todas sus normas, orientaciones para el trabajo y reglas de funcionamiento, y que éstas se encuentren a disposición de los profesionales, los niños y las familias en aquellos temas que sean de su interés.
- Ayudar a los profesionales a identificar sus necesidades formativas y las fuentes de apoyo para sus aprendizajes.

BIBLIOGRAFIA.-

- Fuertes Zurita, J.; Sánchez Espinosa, E.M.: Criterios de la buena práctica en maltrato infantil. Libro de Actas del IV Congreso Estatal de Infancia Maltratada. pp55-73 Sevilla, 1995.
- Hilary Owen and Jacki Pritchard. Good Practice in Child Protection. A manual for professionals. Jessica Kingsley Publishers. London and Bristol, Pensilvania.1996.
- Killen K. Los retos de los trabajadores sociales, desde los servicios sociales de bienestar infantil. Libro de Actas IV Congreso Estatal Infancia Maltratada. pp. 420 Sevilla, 1995.
- La buena práctica en la protección Social a la Infancia. Principios y Criterios. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 1997.
- Supervision Departmental Policy Statement and Practice Guidelines. Sheffield Family and Community Services Department, 1992.
- Working Together under The Children Act, 1989. Home Office, Department of Health, Department of Education and Science, Welsh Office (1991).

Wendy STANTON-ROGERS

BELIEFS, ATTITUDES AND ACTION

It is generally acknowledged that in order to practice as a professional in any setting, both individuals and the organisations for which they work must be 'competent'. Competent organisations are those that provide the necessary standard of working conditions, adequate and appropriate resources, a functional organisational structure, sufficient support and an enabling 'culture' (in terms of the endorsed attitudes and beliefs) in which individuals can carry out their work properly. In this paper, however, I am going to concentrate upon the basic requirements for individual competence.

We usually see this as composed of three main elements:

- having the necessary practical skills, and being able to exercise them to an appropriate standard;
- having the necessary underpinning knowledge to know what to do, and why you are doing it;
- subscribing to and being committed to appropriate values, and holding appropriate attitudes and beliefs.

The first two seem obvious. Anybody working in any aspect of child protection needs to be proficient at a range of general skills (such as being able to set goals, assess situations, plan action and review alternatives, take action, evaluate outcomes and make adjustments) as well as some specific skills relating to their own particular job. For example, in the UK police officers who work in this field need to be skilled interviewers of children, able to both conduct interviews appropriately in terms of legal requirements (for evidence) and to communicate with children in ways which are responsive to the needs and abilities of children at different stages in development and from different social, ethnic and economic backgrounds. Equally all workers in this area need a broad knowledge-base (for example, about the law which applies to their locality, about the needs of children, and about different kinds of family structures and situations). Indeed, often it is impossible to distinguish whether undertaking a particular task is a matter of skill (knowing what to do and being able to do it) or knowledge (i.e. that knowledge which informs knowing what to do and why to do it) because both are equally important.

However, the case for subscribing to particular values, holding particular attitudes and having particular beliefs is often less well understood. Values, attitudes and beliefs are, however, crucial. And, in my opinion, it is often this aspect of competence which proves the major hurdle for good practice. I think there are three main ways in which dysfunctional values, attitudes and beliefs can lead to incompetent practice. First is the most obvious one: prejudice. Sometimes this is quite blatant. I was once told in a country in Central Europe that "We don't have sexual abuse here. Well, it does happen with the Gypsies, but not among our people." Usually, though, it is much more subtle – an unwillingness to believe, for instance, that somebody who is a 'pillar of the community' could possibly be abusing children. Equally prejudice can undermine good practice when it is directed towards other professionals. One of the most damaging child abuse scandals in the UK

arose out of severely prejudiced attitudes between the police and social workers, with each group actively working to subvert the other.

The second kind of way in which inappropriate values can act against good practice is in some ways a more subtle form of prejudice still: the conviction that your own understanding is the only legitimate one, and any other 'interpretation of the facts' is, by definition, wrong. There is a tendency here for this to be most serious among those professionals who have the highest status, though it is also fed by certain 'professional climates' more than others. The major problem here is that unless professionals are able to keep an open mind they are highly vulnerable to jump to wrong conclusions, and when this happens the consequences can be very serious indeed. An example here is where an assumption is made that a parent is 'guilty' of abuse before even the basic features of the case are known. This can lead to treating parents in a very suspicious and hostile manner, which undermines any possibility of gaining their co-operation to carry out the investigation. Yet it is often a child's parent who is the only source of crucial information.

My third kind of dysfunctional attitude has to do with losing sight of what matters. There is a level where this problem can operate in parallel at both an institutional and individual level. For example, King and Trowell (1992) and Parton, Thorpe and Wattam (1997) have argued that in England and Wales our services for children have become overly preoccupied with the pursuit of criminal prosecutions against suspected abusers, in ways which are very damaging to children, and which compromise the welfare and well-being of the children that get caught up in the system. Instead of trying to find out what has happened and discovering the best way to sort out the problem, investigations of alleged abuse become completely dominated by the search for 'evidence', to the point that practice runs completely counter to the basic principles of good practice – such as respecting people's civil rights and treating them with respect. At a more individual level, there can be a tendency for child abuse investigations to become almost like the kinds of car chases shown in movies.

What starts off as a serious attempt to apprehend a criminal becomes, in itself, so exciting and all-involving that those doing the chasing become completely reckless, almost 'high' on the thrill of the chase. This kind of escalation is worryingly common in certain kinds of child protection work, where the 'chase' becomes an end in itself.

Just as an appropriate value-base is the least obvious component of good practice, so too is it the most difficult to disseminate. This is for two main reasons. Firstly, people are not unreasonably suspicious if they feel they are being subjected to 'propaganda' – if they think they are having values dictated to them and imposed upon them. In the UK, for example, there is ongoing debate about the issue of anti-discriminatory practice, and how this has, in the social work field at least, come to be a preoccupying feature of training. The other reason is that whereas it is relatively easy to tell people about the values they should use to guide their practice, it is less easy to 'change hearts and minds' – to get people to adopt attitudes and values that are different from the ones they have grown up with, or belief-systems that are prevalent within the community in which they work.

There are a number of ways in which this can be tackled. Sometimes what is needed is to make people better informed; to present them with information which directly challenges their prejudices (such as getting them to work through statistics, or case studies). Often, however, to be effective, this aspect of practice needs to be approached via participation in experiential learning, such as role-play, or by 'shadowing' another person as they go about their work in order to find out, first-hand, what is involved.

A variety of media can be used. An example here is from our Open University training pack where we used a number of audio tape-recordings. These included children speaking about abuse, parents talking about what it felt like to be investigated, and professionals of different kinds talking about their work. However, our feedback from students told us that the most powerful sections of these tapes were those which were recorded in prison, three interviews with men who were serving prison sentences following convictions for physical and sexual abuse. While we were not seeking to in any way diminish the crimes these men had committed, our students told us that they gained considerable empathy by listening to them, and a greater capacity to 'keep an open mind'.

There is often a temptation when organising professional education and training to concentrate upon disseminating the required knowledge and developing the appropriate skills. These more ephemeral aspects of attitudes, beliefs and values are often overlooked or avoided. I would contend that this temptation needs to be avoided. Unless 'hearts and minds' are changed alongside these other functions, I believe it is impossible to develop good practice.

References

- King, M. and Trowell, J. (1992) Children's welfare and the Law: The Limits of Legal Intervention. Sage: London.
- Parton, N., Thorpe, D. and Wattam, C. (1997) Child Protection: Risk and the Moral Order. Macmillan, Basingstoke.

FORUM 8

LA INVESTIGACIÓ APLICADA DELS FACTORS DE RESILIÈNCIA: VIES DE POTENCIACIÓ
LA INVESTIGACION APLICADA DE LOS FACTORES DE RESILIENCIA: VIAS DE POTENCIACION
LA RECHERCHE APPLIQUÉE AUX FACTEURS DE RÉSILIENCE: VOIES DE POTENTIATION
APPLIED RESEARCH ON RESILIENCE: WAYS OF EMPOWERING FAMILIES

OCT 21 16.00/17.30 LLEIDA TS

COORD.	Joaquín de PAUL	Spain
PART.	Murray DAVIES	United Kingdom
	Colette JOURDAN-IONESCU	Canada

Joaquín de PAUL

Profesor Titular de Psicología Social, Universidad del País Vasco. Miembro Ejecutivo del Comité de ISPCAN.

Murray DAVIES

Regional Director for the NSPCC in Wales and the Midlands of England. Responsible for the NSPCC's national programme of services to schools.

Colette JOURDAN-IONESCU

Professeur Agrégé, Membre du Groupe de Recherche en Développement de l'Enfant et de la Famille à l'Université du Québec à Trois Rivières, Canada.

Murray DAVIES

PARTNERSHIPS WITH PARENTS AND COMMUNITIES

Genuine empowerment can only be achieved through partnership and genuine partnership serves to promote empowerment.

There are many people out there who are there to tell you as a parent when you are going wrong. There is nobody to tell you when you are doing well

In the UK in 1996 the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse reported. The Commission was set up to consider current provision, and to make recommendations for a national strategy for the prevention of child abuse and neglect in the United Kingdom. The Commission recognised the complexity of children's needs, and that parents and primary carers bear the main responsibility for meeting these needs.

The report commented, 'In circumstances where there is serious failure to meet the child's needs, parental care may need to be formally substituted or supplemented. However, even when children are removed from their families, most are subsequently reunited with them. So it is important that parents and primary carers are helped to carry out their responsibilities. Strategies designed to interrupt the 'cycle of deprivation' are necessary but need to be economically as well as personally effective'.

It is recognised that risks to children are greater when they are living in families where there is no full-time worker. Stress in relationships in families increases with difficulties for couples, and between parents, and depression among teenagers and young adults increases greatly.

There is a growing awareness of the consequences of marginalisation of families and communities. Once marginalised, communities become further excluded, jobs are not offered, opportunities decline, health deteriorates, stress increases, relationships become impoverished.

In marginalised communities people frequently have little control over their lives, and can do little to break out of the cycle of poverty of income, environment and culture with the result that apathy, social pathology and violence follows. Family patterns are repeated, generations becoming disenchanted with education not seeing any help for themselves, parenting skills deteriorate, there is a lack of understanding of children's needs, and lack of respect and caring.

However, to counteract this picture, there is also evidence that where areas are more cohesive there is evidence of less stress, less violence and less substance - misuse, and evidence of increases in well-being.

Research shows that in neighbourhoods where people work together, there can be: reductions in crime; child abuse; truancy; teenage pregnancies; improvements in parent's and children's well being; family relationships; behaviour and achievements in school.

In its report, Childhood Matters, the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse described how the role of the community in supporting families had been highlighted in the evidence provided. Submissions from families to the Commission highlighted the strength that is derived from community support. As the Commission state 'This implies that the most

effective strategies to improve family and neighbourhood support are likely to involve partnerships in local communities'

A strong theme in evidence from parents and community organisations to the Commission was that people wanted to have more active involvement in running their communities. 'Sometimes direct help may be needed, such as the skills of a community worker, to facilitate their efforts', Childhood Matters recommends. It considers, 'The role of self help in the community is often overlooked. Many survivors of child abuse and their families who contacted the Commission referred to the benefits they had experienced from meeting people with similar experiences. This helped them to understand that their problems were not unique, to share information, and to develop strategies for gaining access to services.... Where groups are effective, they can be important not only in supporting members, but also in campaigning and educating professionals about their needs'.

The Henley Safe Children Project in Coventry, England, was established to develop neighbourhood support for families with young children, and to make sure that parents and local residents fully participate.

The parents of Henley, through the project, were able to describe some of their findings and needs, 'We have the same fears as professionals for our children - we also have the same expectations for them as everyone else. We have found that people do care about children but we need support to carry on caring. It is very hard for us to keep up our expectations for ourselves and our families when living in this environment. We don't need to be patronised or told what to do all the time. We need to have parent support services so our children can be really safe.

Children need to be loved and cared for by their families and the community they live in. They need to be told that they are important and the people they share the community with are important as well. We all have a responsibility to make children safe.'

The issue facing a successful community re-generation programme is how and where to break into the cycle of deprivation and de-moralisation. Creating a process of engagement in the community which will capacitate and empower its people is vital. In particular empowering adults and young people, raising confidence and esteem, opening up employability and employment and building the communities problem solving capacity. It is important to create pathways of opportunity for adults and young people to access education, training, employment and community involvement thus integrating them from social exclusion into the social and economic mainstream.

Research work by the NSPCC and the University of Warwick in an area of Coventry where there was concern about the high incidence of child abuse showed that those living in the area were isolated from Counsellors and Local Authority Officials, that there were inadequate resources to support families, and the area was stigmatised and poor care and abuse expected. Work with the parents in the community led to a project called 'New Links', where parents are being recruited and provided with training to support other parents. This is an example of building social cohesion, and mutual concern back into the community, and equipping parents to support other parents.

Preparations for partnerships in the community are very important and those initiating developments have to avoid taking or accepting a dominant or controlling role. Whilst this may enable quicker progress and professionals feeling more confident and comfortable about achieving the end result, it would undermine the whole purpose of the project: community proactivity and responsibility.

It is crucial that services dedicated to empowerment also have a specific focus, for example tackling those issues most likely to increase the potential for abuse. Workers should be catalyst for change, not undermining individuals or the community and being aware of the services that the community could or should provide for itself.

In the field of child protection and the prevention of abuse a primary function can be to empower both individuals and the community so that the needs of children can be addressed before it is necessary to intervene to protect the child. However in providing a community service focusing on the well being of children, and promoting greater awareness of the needs of children and families it is probable that a number of children in need of child protection will be identified, and a reputation for disempowering families may be gained.

Encouraging the development of a range of facilities can be helpful enabling isolated families to move to participate in group activities before moving to further and fuller participation in the community. Within communities there is the potential for support, befriending and enabling learning to occur and to identify needs and subsequently develop self help groups. Encouraging young people and adults to develop skills and qualifications to support and assist others in their community also empowers individuals, creates more opportunities and enriches and adds skills to local communities.

In Wales the NSPCC is building on research information about the needs of children, young people and adults, and practice experience by providing opportunities for young people and adults to have experiences of working as service providers, and having training and development opportunities which will lead to formal qualifications.

To achieve this, the NSPCC has established a recognised Assessment Centre for vocational qualifications so providing the necessary assessment structure to enable people to

achieve recognised vocational qualifications. There are new vocational qualifications drawn up by the Care Consortium in the UK, but importantly should also be transferable between European States. These qualifications are particularly suited to young people providing advice and counselling services, parents providing support for other parents in the community. The value of these awards is that they are not academically based, that people can achieve the award through the work that they are undertaking, and that the assessment methods allow for individuals to present what they are doing in ways most suited to them. Thus, for example their practice can be observed, they can be asked to talk about what they are doing and why they are doing it so that people with limited educational attainment will not be disadvantaged and excluded.

In North Wales a project will be taken forward in partnership with the Irish Society for the Prevention of Cruelty to Children with the aim of recruiting young people who are not in employment, providing them with training opportunities to develop advice and counselling skills which can be used in a local service in Holyhead to help other young people. This project will be subject to European INTEREG funding and will be taken forward jointly with similar developments in Dublin.

In Merthyr the NSPCC is working actively now in two communities. There are opportunities to recruit people as volunteers to support families in the area and to provide volunteers with vocational training opportunities. This means that even if there are not permanent employment opportunities, there are ways in which members of the community can start to develop skills and qualifications which increase their opportunities for employment.

These developments are not limited to Wales and the United Kingdom but are relevant across Europe where similar marginalised communities exist, and where it is possible to adopt similar approaches. We should all be aware of the European initiatives to combat exclusion, and foster the economic and social integration of the least privileged groups and to promote solidarity. There are European programmes aimed at contributing to the development of preventive and curative measures to meet the needs of people experiencing greatest economic and social difficulty. Partnerships on common objectives are encouraged, particularly those aimed at addressing social exclusion. Vocational training in particular is encouraged with funding to support quality and innovation in member states vocational training systems through trans national partnerships. There are programmes aimed at preventing youth unemployment, especially those without adequate basic qualifications or training and who face the risk of life-long unemployment, and there are measures to reduce unemployment among women and to develop equal opportunities for women in the labour market.

In the NSPCC our priority is to promote the welfare of children and young people, and to prevent children suffering significant harm. There are significant numbers of children and young people experiencing harm, and inadequate development in opportunities communities which have become marginalised. There are ways in which these issues can be addressed, and new opportunities provided to break out of the cycle of unemployment, poverty and marginalisation which we hope will be taken forward.

Colette JOURDAN-IONESCU

ÉTUDE DES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION DANS UNE POPULATION DE JEUNES ENFANTS FRÉQUENTANT UN SERVICE D'INTERVENTION PRÉCOCE
JOURDAN-IONESCU, C.; PALACIO-QUINTIN, E; DESAULNIERS, R.

Dans une perspective de prévention, il s'avère -nécessaire de mieux connaître les mécanismes par lesquels interagissent les facteurs de risque auquel est exposé un jeune enfant (provenant aussi bien de sa propre constitution que de son environnement) et les facteurs de protection (là encore individuels ou environnementaux) qui pourront lui permettre de mieux affronter certaines situations stressantes. Afin de faire un bilan des connaissances dans le domaine et une intégration de ces connaissances, nous tentons de modéliser l'interaction de ces deux types de facteurs grâce à l'évaluation de la clientèle des jeunes enfants fréquentant un service de stimulation précoce d'un Centre Local de Services Communautaires. Une classification des enfants en fonction de l'effet de l'interaction étudiée permettra sans doute de mieux comprendre le phénomène de résilience chez les enfants à risque. Les jeunes enfants (3-4 ans) fréquentant les Ateliers Cali-jours ainsi que leurs parents font l'objet d'une recherche visant à établir quels sont les facteurs de risque et de protection qui les caractérisent. Il s'agit d'évaluer la symptomatologie, les compétences et le fonctionnement actuel des enfants et, d'autre part, de faire un relevé rétrospectif de tous les éléments qui ont pu concourir à former des facteurs de risque ou de protection. Une batterie d'instruments permet d'évaluer de manière systématique les caractéristiques biologiques, psychologiques et socio-affectives de l'enfant (anamnèse, niveau de développement, compétence sociale, symptômes présentés, soutien familial et social), celles des parents et de l'environnement familial et social (données sociodémographiques, anamnèse, soutien familial et social et niveau intellectuel des parents).

FORUM 9

EL MALTRACTAMENT INFANTIL EN UN CONTEXT DE DIVERSITAT SÒCIO-CULTURAL: MINORIES, REFUGIATS, IMMIGRANTS
EL MALTRATO INFANTIL EN UN CONTEXTO DE DIVERSIDAD SOCIO-CULTURAL: MINORIAS, REFUGIADOS, INMIGRANTES
LES MAUVAIS TRAITEMENTS AUX ENFANTS DANS UN CONTEXTE DE DIVERSITÉ SOCIO-CULTURELLE: MINORITÉS, RÉFUGIÉS, IMMIGRANTS
CHILD ABUSE IN A CONTEXT OF SOCIOCULTURAL DIVERSITY: MINORITIES, REFUGEES, IMMIGRANTS

OCT 21 16.00/17.30 COLONIA TS

COORD.	Oriol VALL	Spain
PART.	Jorge BARUDY	Belgium
	Andrea BRAJŠA-ZGANEC	Croatia
	Talal DOLEV	Israel
	Alain GREVOT	France

Oriol VALL

Servei de Pediatria. Hospital del Mar, Barcelona.

Andrea BRAJŠA-ZGANEC

Institute for Applied Social Research, Zagreb.

Jorge BARUDY

Neuropsiquiatra, terapeuta familiar, Docente departamento terapia sistémica Universidad Católica de Lovaina (Bruselas). Director Centro médico-psicosocial "EXIL".

Talal DOLEV

MSW, School of Social Work, Hebrew University, Jerusalem. Director of Research of the Center on Children and Youth, J.D.C. Brookdale Institute, Jerusalem.

Alain GREVOT

Éducateur spécialisé. Diplômé supérieur Travail Social-Maitrise en Économie Sociale. Directeur de services et établissement de protection de l'Enfance et d'aide à la Famille.

Andreja BRAJŠA-ZGANEC

WAR EXPERIENCES, SOCIAL SUPPORT, EXTRAVERSION AND DEPRESSION IN EARLY ADOLESCENCE

Introduction.

The worldwide investigation of the position of children during war leads us to the conclusion that children are the most jeopardized groups of the population. According to Macksoud, Dyregrov & Raundalen (1993) children's war experiences include the following: violent death of a parent, witnessing the killing of close family members, separation from parents and displacement from home, terror attacks, kidnapping and life threat, participation in violent acts, bombardment and shelling, witnessing parental fear reactions, physical injuries and handicaps and extreme poverty and deprivation. Stress and trauma are the most common psychological consequences of war events. War events have impact on children's social and psychological development. Their influence on children's cognitive, emotional and social well-being in war situation are often negative. Prolonged exposure to wartime stressors can have chronic effects. One of the long term effects of war on children are the depressive symptoms (Kinzie et al. 1989). Therefore it is of particular interest to detect the factors which can help children to cope with war stressors.

Many investigations show the important role of parents and their social support in conditions of war (see Jensen and Shaw, 1993, Elbedour et al. 1993, Garmzy and Rutter, 1988). Social support is a complex transactional process under the influence of the child's personality and their social environment. Vaux (1988) considers that in this sense extraversion, social skills, network orientation, irrational beliefs etc. on the one hand, and the family history, social roles, environmental demands etc. on the other hand play a very important part. Stressful events cause trouble and worries to the individual and influence the individual's personality and their social surroundings. Thus, support processes can alleviate the effects of different stressors, such as war stressors.

The aim of this study.

The aim of the study was to investigate the predictability of the war experiences, perceived available social support (instrumental support; support to self-esteem; belonging and accepting) and extraversion on the level of depressive symptoms for boys and girls in early adolescence.

Method.

Sample and Procedures.

The sample consisted of 583 children, both boys (N=298) and girls (N=285), with ages ranged from 12 to 15 years (median=13 years and 8 months) from 38 elementary schools in Zagreb (the capital of Croatia). Besides residents, the sample included displaced children, from the same classroom as residents, from occupied parts of Croatia at the time of investigation (spring 1995). So, out of 583 children, 281 children were displaced from different parts of Croatia, and were displaced for approximately 3.5 years. The mean educational level of the parents was Mmother=3.27, SDmother=1.00; Mfather=3.50, SDfather=1.01 on a scale from 1 to 5.

Self-report instruments were group administered in a classroom setting (2 to 35 students in a group) with group instructions from the author. Questionnaires assessing perceptions of social support, depression, war experiences and personality were administered during a 50-60min class period. The order of questions concerning social support, depression and personality was balanced, but the questions about war experiences were always at last.

Measures.

The following instruments were used to assess the variables: Questionnaire on Children's Stressful and Traumatic War Experiences (RSTI) (Barath et al. 1993 in Vizek-Vidovi et al., 1994), Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) (Reynolds, 1986), Junior Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-Junior) Eysenck et al. 1994 and Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) (Cohen et al., 1983.) adapted and revised (Brajša-Zganec, 1997).

The Questionnaire on Children's Stressful and Traumatic War Experiences (RSTI) (Barath et al. 1993 in Vizek-Vidovi et al., 1994) encompasses 20 traumatic personal and familiar war experiences. The events are, according to principal component analysis, clustered in five groups: general war events and staying in bomb shelter, loss of home and being refugee, victimization of family members, witnessing victimization and personal victimization. For each child the total war experience score was computed as a sum of the pondered number of the events experienced. Total range is from 0 to 66.

The depressive reactions are examined by Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) by Reynolds (1986), which had been translated into Croatian. The scale consists of 30 items based on the description of depression in DSM-III. Children indicate the frequency of occurrence of the symptoms on a four point scale. Total range is from 30 to 120. The social support concept was assessed with the Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) (Cohen et al., 1983.)

A verbally simplified and shortened version of ISEL scale with 31 items was used. Children were required to mark on a four point scale their degree of agreement with statements describing various child life situations.

According to the principal component analysis ISEL consisting of three factors: instrumental support (total range from 17 to 44); support to self-esteem (total range from 5 to 20); belonging and accepting (total range from 9 to 36) ISEL divided in to three subscales. Extraversion was assessed by the Junior Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-Junior) (Eysenck et al. 1994), Croatian version. Total range is from 0 to 24.

Results.

It is important to note that from a total of 583 children more than 90% of these children had to hide in cellars or shelters, experienced air alerts or general alerts and saw people get beaten, tortured, wounded or killed on television. In addition 70% of these children witnessed shooting close to where they lived. Furthermore, 50% of these children had to leave their home and place of residence, and change school, and 30% of them had to be separated from their parents and family due to war.

The average and standard deviation of results on the total war experience score are for boys M=20.80, SD=13.742 and for girls M=20.86, SD=14.075. There is no statistically significant difference between boys and girls on the total war experience score ($t=0.05$, N.S.) as also for extraversion (Mboys=17.94; SDboys=3.231; Mgirls=17.92; SDgirls=3.314; $t=0.05$, N.S.). Depression score and social support scores indicate the sex differences in early adolescence. Girls assessed that they have more depressive symptoms than boys and this difference is statistically significant (Mboys=60.01; SDboys=12.033; Mgirls=62.05; SDgirls=11.496; $t=2.09$, $p<0.05$). In addition, girls perceived to have more available instrumental social support than boys (Mboys=53.16; SDboys=8.976; Mgirls=56.95; SDgirls=7.473; $t=5.54$, $p<0.01$) and more available social support to belonging and accepting than boys (Mboys=25.42; SDboys=4.485; Mgirls=26.14; SDgirls=4.137; $t=2.04$, $p<0.05$). Sex differences for social support to self-esteem were not found (Mboys=12.63; SDboys=3.505; Mgirls=12.27; SDgirls=3.174; $t=1.30$, N.S.).

We obtained the positive correlations between instrumental support, support to self-esteem and belonging and accepting and negative correlations between three kinds of social support and depressive symptoms for boys and girls.

The results showed that more instrumental support, support to self-esteem and belonging and accepting are related to less depressive symptoms for boys and girls. The low positive correlation between war experience and depressive symptoms is found only for boys ($r=0.25$). If significant, the correlations between social support and war experience are negative (see Table I. and II.). More war experience is related to less social support.

Table I. Correlations between all variables for boys (N=298)

	IS	SE	BA	I-E	D
WE	-.29**	-.16**	-.00	.04	.25**
IS		.38**	.38**	.29**	-.40**
SE			.20**	.25**	-.46**
BA				.40**	-.39**
I-E					-.15**

Table II. Correlations between all variables for girls (N=285)

	IS	SE	BA	I-E	D
WE	-.04	-.11*	.05	.02	.09
IS		.38**	.42**	.23**	-.46**
SE			.32**	.18**	-.38**
BA				.38**	-.31**
I-E					-.14*

* $p<0.05$; ** $p<0.01$

WE - war events

IS - instrumental support

SE - support to self-esteem

BA - belonging and accepting

I-E - extraversion

D - depressive symptoms

Table III. Summary of the multiple stepwise regression analyses of the depressive symptoms on the war events (WE), instrumental support (IS), support to self-esteem (SE), belonging and accepting (BA) and extraversion (I-E) for boys (N=298) and girls (N=285)

	boys			Girls		
	rp	T	p	Rp	T	p
WE	0.146	3.112	.002			
IS	-0.105	-2.230	.026	-0.343	-6.726	.000
BA	-0.257	-5.464	.000			
SE	-0.305	-6.477	.000	-0.225	-4.410	.000
R	0.591			0.516		
R ²	0.350			0.266		
R ² cor	0.341			0.261		
F	39.48			53.06		
P	.000			.000		

Regression analyses showed that more war experiences are related to more depressive symptoms for boys only. More perceived available social support (instrumental support, support to self-esteem, belonging and accepting) for boys, (instrumental support and self-esteem) for girls are related to less depressive symptoms. The used predictors on boys account for 35% of the variance in the depression results and on girls account for 26% of the variance in the depressions results. Extraversion is not a predictor of depression in this set of variables. These findings are discussed according to the long term effects of war, particularly for boys. It seems that girls are more resilient to traumatic experiences than boys or they have a more subjective perception than boys. Also, it seems that boys are less protected in stress situations which is related to differential gender socialization. Similar finding can be found in the literature (for example Hoffman et al. 1993, Elbedour et al. 1993, Cohen, 1996).

FORUM 10

LA INFANCIA A EUROPA: ELS DRETS DE LA INFANCIA A PARTIR DEL TRACTAT DE MAASTRICHT I ELS MOVIMENTS IDEOLÒGICS EUROPEUS SOBRE LA INFANCIA
 LA INFANCIA EN EUROPA: LOS DERECHOS DE LA INFANCIA A PARTIR DEL TRATADO DE MAASTRICHT Y LOS MOVIMIENTOS IDEOLÓGICOS EUROPEOS SOBRE LA INFANCIA
 L'ENFANCE EN EUROPE: LES DROITS DES ENFANTS À PARTIR DU TRAITÉ DE MAASTRICHT ET LES MOUVEMENTS IDÉOLOGIQUES EUROPÉENS SUR L'ENFANCE
 CHILDHOOD IN EUROPE: THE RIGHTS OF THE CHILD SINCE THE TREATY OF MAASTRICHT AND EUROPEAN CHILDREN'S RIGHTS MOVEMENTS

OCT 22 10.45/12.15 TARRAGONA TS

COORD.	Helen AGATHONOS	Greece
PART.	Simone EK	Sweden
	Ty GODDARD	United Kingdom
	Sean LAWLESS	Ireland
	Josep M ^a SOLSONA	Spain

Helen AGATHONOS
 Head Institute of Child Health, Department of Family Relations. Centre for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect, Athens.

Simone EK
 M.d. Political Science, Stockholm University. Senior Adviser, UN Convention on the Rights of the Child in Sweden and Europe Rädda Barnen.

Ty GODDARD
 N.S.P.C.C. Public Policy Department, London.

Sean LAWLESS
 Director of Focus on Children, children's NGO in Ireland and the U.K. Founder member of the European Children's Network.

Josep M^a SOLSONA
 Advocacat. Director Adjunt de l'Institut de Drets Humans de Catalunya. Fundació ADIA.

Simone EK

THE POLITICAL AND LEGAL STATUS OF THE UN CONVENTION ON THE RIGHTS OF THE CHILD IN EUROPE AND IN THE TREATY OF MAASTRICHT.

All members of the European Union, and all other countries in Europe, are States Parties to the UN Convention on the Rights of the Child. They have explicit obligations towards all children in their respective jurisdictions, as well as to children in other countries who require international cooperation and solidarity in order to benefit from their rights set out in the Convention. Positive examples of political actions are taken, but the political will required at all levels to implement fully in Europe the UN Convention on the Rights of the Child, all too often remains manifestly inadequate.

At the May 1997 Stockholm Conference on the best interests of the Child in Europe, MPs, NGOs, experts on children's rights expressed concern that the Revision of the Maastricht Treaty in the Amsterdam Summit of the Intergovernmental Conference on June 16th, 1997 must demonstrate a political will to respect and protect the rights of the child and regard 120 million children living in Europe as citizens.

There was also an appeal that all government shall promote a human development perspective with children's rights in focus and to take this into account when governments plan and realise their macroeconomic policies.

Much more has to be done to achieve full implementation of the Convention of the Rights of the Child.

Sean LAWLESS

WHAT PLACE IS THERE FOR CHILD WELFARE IN TOMORROWS EUROPE?

The Exclusion of Children
 Throughout Europe children are especially vulnerable in the current climate of budgetary restraint on social expenditure. Unemployment and economic recession across Europe have led to

a growing problem of social exclusion, with the children of those directly affected at a particular risk. Children of for example, the long term unemployed, refugees, migrants, ethnic minorities and the homeless often have inadequate access to education, health and other vital services.

Poor health and educational underachievement of these children perpetuates a cycle of disadvantage, with permanent effects on physical, economic and social well-being in adult life.

In spite of the ratification of the United Nations Convention by European Governments, it is accepted that much remains to be done before it can truly be said that the requirements of its 54 articles are fully implemented. There continue to be many disturbing examples of the problems encountered by a significant number of children throughout Europe, those who are emotionally, physically or sexually abused, those living in poverty, those who are homeless, in care or within the juvenile justice system.

Many existing European Union policy areas affect children and young people, but their impact on child and youth protection and welfare is not taken into account in policy formulation and implementation. Child and youth protection has been demonstrated to be most effective in social and economic terms when the main focus is on prevention, rather than the consequences. The effect of existing policies on children and young people needs to be assessed and the development of new policies and programmes needs to be similarly audited. The growing impact of the single market on children and families has not yet been acknowledged although its implications are already apparent in a number of respects, e.g. family mobility and migration, family separation homelessness, minority cultures and languages. Children throughout the Union face many challenges which can only be effectively met through coherent action on a European level.

INTRODUCTION

This document outlines a proposal for the future structure and work of the European Children's Network EURONET. It explains why Euronet was established and why, following the conclusion of the European Union Inter-Governmental Conference, it has been decided to set up EURONET on a more permanent basis. It proposes that EURONET have an agreed work programme underpinned by agreed principles and flexible structure and that steps are taken to draw up a formal constitution for the future. It invites networks and organisations to subscribe to the principles and work programme of EURONET and to join in the work to take these forward.

Background.

EURONET was formed in October 1995 as a loose coalition of networks and organisations who came together to campaign for the interests of children during the revision of the Maastricht Treaty. Together they shared a common concern about the "invisibility" of children within the European Union and the way in which EU policy was developed without taking any account of children's rights or interests. Developments within the EU – such as free movement within the Single Market, and the Information Revolution – were seen as presenting grave threats to children's welfare and requiring action to protect their rights and interests.

During the course of the European Union's Inter-Governmental Conference (March 1996 to June 1997) members of European Union's Inter-Governmental (March 1996 to June 1997) members of EURONET were very active in lobbying and representing children's issues to national governments and MPs, the European Commission and the European Parliament. Much of the success that resulted was the outcome of the support provided to national contacts and platforms of children's organisations which were able to take the work forward within their own countries. As a result EURONET's campaign gained the active support of many of those involved in the IGC process – MEPs. Commission officials, national parliamentarians, government ministers and even prime ministers.

As a result, for the first time in the history of the EU, children have been given an explicit mention in the new treaty concluded in Amsterdam on the 16-17 June. The new treaty also includes further protection for children in the form of a non-discrimination article. This is a major success for EURONET and for the European Children's lobby. For the first time the children's lobby has begun to organise itself in the same way that the women's, environmental, disability, migrants', older people's and animals rights organisations have been doing for some time.

However the changes achieved in the Amsterdam treaty are only the first step in a longer term campaign to put children at the centre of EU decision-making.

The Treaty:

- does nothing to incorporate respect for children's rights as a fundamental principle of the working of the EU.
- gives the European Commission very restricted competence to work on children's issues.
- provides only very limited additional financial resources to tackle a whole range of cross-border and transnational problems affecting children.
- is still very far from the creation of a Citizens Europe where children can exercise their rights and participate alongside adults as full European citizens.

Children's organisations across Europe have huge knowledge of both the problems facing children and the ways in which they can be tackled. They have considerable experience in identifying gaps in services and support, and in developing innovative solutions to fill them. Many of them are also engaged in policy development with local and central government such as Ministers for Children, Children's Commissioners and Ombudsmen. All this experience and knowledge needs

to be made available at a European level to ensure that children's rights are properly defended and represented within European policy-making.

EURONET aims to provide a framework within which this work can progress. European networks, national platforms and individual organisations will be able to contribute their experience and support to taking this forward. Speaking with a clear and united voice the children's lobby will be able to hold the European institutions to account and press for the changes it believes are important. Focusing on carefully selected policy areas, with a limited number of clear messages and taking maximum advantage of the available opportunities, EURONET aims to ensure that the voices of children are heard.

ORGANISATIONAL DEVELOPMENT

Purpose.

EURONET will be a campaigning organisation whose purpose will be as follows:

To develop effective lobbying, information and education programmes on children's issues with the aim of raising the political profile of children in developing European Union and throughout Europe.

Principles.

The following principles represent the core values which underpin the work of EURONET. Any member organisation of EURONET would be expected to subscribe to these principles as a condition of membership.

- Children have a right to live without experiencing prejudice, exclusion and discrimination.
- Children have a right to be heard within the European institutions including the European Parliament, Commission, Council of Ministers and the Council of Europe.
- Children have a right to be recognised as citizens of the European Union with a statement of their fundamental rights included in the Treaty of the European Union.
- Children have a right for their needs and interests to be given priority in the work of local, regional, national authorities and European and International institutions.
- The European Union and the member states have a duty to amend and bring forward legislation which fully reflects and implements the UN Convention on the Rights of the Child.
- Politicians, political parties and political groups have a duty to give priority to children's rights in their manifestos and programmes.
- NGOs and other bodies have a duty to develop inclusive and participatory work with children.
- NGOs have a duty to promote the rights and needs of children including effective campaigning on children's issues within the context of the developing European Union.

WORK PROGRAMME 1997- 1998

The work programme maintains a balance between key decision-makers, ensuring that EURONET is visible with different actors, e.g. different Commission Directorate Generals, European Parliament, Council of Europe, other NGO networks in Brussels, and national networks. It plans to assist members to build links with Presidency activities, national and continues the important IGC work already begun by EURONET. Members will continue to be supported with appropriate briefing material and documents in English and French for their use on a European and national level. An annual general meeting will be held in 1998 which will focus on a specific theme. "Children are Citizens Too" - Children Legal Rights in Europe.

EURONET through its active contact people and the co-ordinating group has been successful at raising the profile of children as legal citizens with member States' Governments, the European Parliament and the European Commission. However, even after the IGC, children are still invisible citizens in the EU Treaty and receive only four mentions in the European Convention on Human Rights. Mainstream decision-makers and policy makers at EU and member state level do not understand the complexity of children's citizenship.

EURONET plans to build on its work from the IGC by ensuring that the current status of children in European legal instruments is clarified and visible. EURONET also needs to continue to make the case for specific mention of children in the Treaty and other relevant legal instruments. This work will include an analysis of the Amsterdam Treaty, the production of a campaigning leaflet on children's citizenship, and action to influence relevant Commission proposals to clarify that they include children.

Making Children's Voices Heard - Children's Participation.

The concept of involving children directly in policy and planning is remote for most EU decision-makers. Additionally Europe is a remote concept for most EU citizens including children. Working with EURONET members who have particular expertise in this area EURONET will, raise awareness with EU decision-makers of the child participation issue, aim to ensure that children's voices are heard in relevant EU policy and practice, input into the European Social Policy Forum. Children and the EU Budget.

The European Union has a large Budget, much of which is spent on the Structural Funds or on agricultural spending. Children, despite forming a significant percentage of the EU population receive very few resources from the European Union, there are only two budgetlines which have children as a target group. EURONET has analysed the EU Budget and found that less than 3 MECU reaches children directly. EURONET aims to ensure that children receive more in EU funds

by ensuring that budgetlines with children as a target group are increased and that the children are mainstreamed into other budgetlines from which they could benefit.

The Fight Against Sexual Exploitation of Children in Europe.

The issue has a high priority with both the European Commission and children's NGOs. EURONET plans to assist the Commission with its hearing next year. EURONET plans to examine with others with expertise in this area, some of the key policy questions for the European Union and to set an EU agenda for action that can be reviewed 6-8 months after the hearing.

Josep M^a SOLSONA

EL SISTEMA DE PROTECCIÓ DELS DRETS DELS INFANTS A LA UNIÓ EUROPEA

La C.E.E. neix després de la Guerra Mundial, com una resposta conjunta de desenvolupar la gran àrea d'influència econòmica, en contraposició de la política hegemònica de blocs.

Per a la seva integració, parteix dels pressupostos del Consell d'Europa, que va ésser creat amb l'esperit de fomentar la reconciliació entre els pobles i les nacions i impulsar els ideals de democràcia dels seus estats part.

La C.E.E., primer en la forma de Mercat Comú i després amb la seva voluntat integradora com a unitat econòmica, ha anat evolucionant cap a l'harmonització de les legislacions internes per afavorir el comerç, la lliure prestació de serveis i circulació de persones i béns.

Aquest nou espai europeu ha hagut d'eixamplar els antics criteris estrictes de nacionalitat, per introduir un nou concepte de ciutadania europea.

La "creació" de la figura de la ciutadania europea ha obligat a la confrontació de les diferents legislacions dels estats part, que comporta una més difícil permeabilitat dins l'U.E., dels fluxes migratoris dels qui vénen de països en vies de desenvolupament, en recerca d'una millora econòmica en les seves expectatives de vida. Això comporta l'existència de grans bosses d'immigrants en situació d'il·legalitat, i víctimes de les més espantoses explotacions.

Aquests treballadors vénen, però, molts cops acompanyats dels seus familiars directes, i entre aquests, una bona colla d'infants.

Aquesta situació d'il·legalitat comporta greus déficits en l'atenció dels més elementals drets d'aquests infants.

- Dret a la salut: La seva condició d'il·legals impedeix que puguin sol·licitar l'ajut dels poders públics per atendre casos de malaltia, programes de vacunació, etc.

- Dret a l'ensenyament.

- Dret a no ser discriminat per raó d'origen, raça o religió.

- Dret a rebre la protecció dels serveis socials públics.

- Tots aquells Drets Fonamentals dels quals són privats els seus pares com a conseqüència de la seva il·legalitat.

Per a paliar aquests déficits estructurals, l'U.E. només ha fet que endurir les respectives legislacions d'estrangeria, per tal d'impedir el fluxe d'immigrants il·legals, segons resulta en l'article C del Projecte de Reforma d'Amsterdam.

Al ser tots els països de la U.E. signataris del Conveni Europeu de Drets Humans, del Consell d'Europa, permet obtenir una via de salvaguarda supranacional que garanteixi els drets dels residents, il·legals o no, en l'àmbit de la U.E., sota la protecció del Tribunal Europeu de Drets Humans, amb seu a Estrasburg.

Des de la seva creació, el Consell d'Europa ha fet una importantíssima tasca de sensibilització pel que fa als drets dels infants, promovent campanyes, Convencions internacionals i polítiques d'harmonització legislativa en matèria de protecció de la infància; en aquest sentit podem citar:

- La Convenció Europea per l'exercici dels Drets dels Infants, adoptada el 25 de gener de 1996.

- Revisió de la Carta Social Europea, d'1 d'abril de 1996, establint la protecció dels joves i infants fora de l'àmbit del treball.

- Convenció Europea de reconeixement i compliment de Decisions respecte la custòdia dels infants i restitució de la custòdia, de 20 de maig de 1980.

- Convenció Europea per a l'Adopció.

- Convenció Europea pels Drets dels fills no matrimonials.

- També el Consell d'Europa, a través de l'Assamblea Parlamentària i del seu Comitè de Ministres, ha efectuat un molt important nombre de resolucions i recomanacions sobre la infància, des de múltiples vessants (assistència social, migració, maltractaments, explotació, etc.).

No podem acabar sense fer una reflexió en veu alta sobre quins són els valors, que nosaltres societat, transmetem als nostres infants. perquè ells puguin transmetre-ho a les generacions futures.

Estem acostumats a gaudir d'un alt nivell de confort, i de malgastament de recursos, que fan perillar, de manera molt seriosa, els drets de les futures generacions que encara han de néixer.

Estem esgotant els recursos del planeta, en un gest d'egoïsme, que fa que les generacions futures trobaran un planeta contaminat, espècies extingides, recursos esgotats, etc.

Per altre cantó, l'individualisme, l'autosatisfacció i l'obtenció de beneficis són el motor immediat de la nostra societat.

L'obtenció de plaer individual sembla poder justificar qualsevol actuació, exaltada pels mitjans de comunicació.

Agències de viatges es lucren organitzant viatges "de plaer" a països amb elevats índexs de misèria, i a costa dels més febles.

Veiem horroritzats l'aparició de xarxes de pederastes, comerciant i deixant sense esperança per tota la vida els infants.

Aquesta és també una part de la nostra Europa, i hem, entre tots, de lluitar per establir una veritable revolució en els valors de la nostra societat, on la sol·lidaritat i el respecte a la dignitat de la persona, en sigui la seva raó de ser.

FORUM 11

PUNTS DE VISTA JURÍDICS I PUNTS DE VISTA TERAPÈUTICS EN LA INTERVENCIÓ JUDICIAL CIVIL O PENAL EN ELS CASOS DE MALTRACTAMENTS INFANTILS I INCEST
PUNTOS DE VISTA JURIDICOS Y PUNTOS DE VISTA TERAPEUTICOS EN LA INTERVENCION JUDICIAL CIVIL O PENAL EN LOS CASOS DE MALOS TRATOS INFANTILES E INCESTO
POINTS DE VUE JURIDIQUES ET POINTS DE VUE THERAPEUTIQUES DANS L'INTERVENTION JUDICIAIRE CIVILI OU PENALE DANS LES CAS DE MAUVAIS TRAITEMENTS AUX ENFANTS ET INCESTE
LEGAL AND THERAPEUTIC POINTS OF VIEW IN A CIVIL OR CRIMINAL, INTERVENTION IN CASES OF CHILD ABUSE AND INCEST

OCT 22 10.45/12.15 LLEIDA TS

COORD.	Albert CRIVILLÉ	France
PART.	Christian CHOMIENNE	France
	Danya GLASER	United Kingdom
	Eduard HERNÁNDEZ	Spain
	Marie-Paule SOMMERS	Belgium

Albert CRIVILLÉ

Psychoanalyste. Directeur de Recherche, Service Social de l'Enfance. Paris, France. Conseiller Exécutif de l'ISPCAN.

Christian CHOMIENNE

Premier Juge des Enfants, Bordeaux.

Danya GLASER

MB, BS, DCH, FRCPsych is Consultant Child and Adolescent Psychiatrist at Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust.

Marie-Paule SOMMERS

Parquet de Procureur de Roi, Bruxelles.

Danya GLASER

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE LEGAL PROCESS AND THERAPY FOR SEXUALLY ABUSED CHILDREN

Introduction.

This paper examines the complex relationship between the process of investigation for legal purposes and the provision of treatment in cases of child sexual abuse and discusses some implications for practice.

Sexual abuse was initially recognised from the accounts of adult survivors, but is now increasingly recognised during childhood. This allows for earlier protection and treatment. The earlier the recognition and the shorter the duration of the sexual abuse, the more likely will be the prevention of re-abuse, and the minimisation of the harmful consequences of abuse which has already occurred. This is due to the fact that, except in acute assaults, the 'natural history' of sexual abuse is a progression from 'grooming' behaviour by the abuser towards the child, moving on to non-penetrative touching of genitalia and enforced masturbation and finally leading on to oral, vaginal and/or anal penetration.

The process of professional involvement. Investigation. Investigation is now part of well defined procedures dealing with suspicions of child sexual abuse. The purpose of investigation is to explore the need for:

Child Protection,
Prosecution,
Therapy.

Child protection is required when an investigation indicates that a child is unprotected from abuse.

Prosecution brings in the police as agents of the criminal legal system. It serves the public interest by bringing abusers into justice. Prosecution has several functions including:

- the protection of potential future victims,
- punishment of, or retribution towards the offender,
- deterrence of other potential abusers,
- rehabilitation of the abuser.

The therapeutic needs for the child and the family are defined as part of the investigation. They include identifying factors requiring therapeutic input in the:

Pre-abuse phase,
Peri-abuse phase,
Post-abuse phase.

The primary aim of the investigation is to establish whether abuse has occurred and if so to establish who the abuser was, and the nature of the relationship between the abuser and the child. The investigation will also establish the nature, duration and circumstances of the abuse.

There are many specific and non specific triggers to investigation, which can be divided into those based on a verbal description of abuse by a child and those based on behaviours and other circumstances.

The Child's Account - the Investigative interview.

Sexual abuse is rarely witnessed and rarely leaves conclusive physical signs. Evidence of abuse therefore rests occasionally on the confession of an abuser but mainly and heavily on the child's description which is therefore subjected to very careful scrutiny. This includes the sequence of events leading to suspicions or concern, the contents and context of the child's first description, possible motivations for the child to have given a false account and the possibility that the child might have been induced into giving a false account. The child's account can now be video-recorded.

Uses of the Videorecorded evidence.

1. In the Criminal Trial and the Civil Hearing.

The video recorded interview may be used as part of the prosecution's case in criminal trials when the alleged abuser pleads not guilty, and in civil divorce and child protection proceedings.

2. Therapeutic uses.

Firstly, an alleged abuser who is shown the video recorded evidence, may then admit the abuse.

Secondly, mothers or other primary carers who find difficulty in believing the child's allegation in the face of an outright denial by the alleged abuser, may come to believe the child.

Investigation versus therapy?

A seemingly smooth pathway suggests that treatment for the consequences of child sexual abuse should follow an investigation which has indicated that abuse has taken place. However, there are several issues which, in practice, lead to conflict between the needs of investigation and the needs for, and of, treatment.

Contrasts Between Therapeutic and Investigative interviews.

There are, on the one hand, defined procedures for investigative interviews, for their use as evidence in court. On the other hand, as part of the treatment process, therapeutic interviews enable the child to describe the source of their distress, gain relief from, and control over, the traumatic memories and an understanding of the child's difficulties. The therapeutic process is not constrained by time requirements, allows many interviews in a longer treatment process. The therapeutic process permits and, indeed, encourages the use of non-verbal, symbolic play and drawing as modes of communication for the child.

Other needs of the child.

In the course of treatment for a variety of difficulties, accounts of sexual abuse may emerge. There is therefore a need for a careful written record of all such work with a setting or to the care of a parent who does not believe that the child has been abused. Under these circumstances, it is unethical to offer post-abuse treatment to the child.

Furthermore, civil proceedings cannot always be foreseen at the time of referral to child mental health services. There may be later divorce and application for contact.

Conclusion.

Children's interests may thus fall between legal considerations and therapeutic requirements. A continuous dialogue between clinicians and law makers is therefore required to ensure that the interests of children do not become lost.

Marie-Paule SOMMERS

L'ENFANT ABUSÉ: UNE NOUVELLE ÉCOUTE DE SA PAROLE EN MATIÈRE PÉNALE

Depuis juillet 1995, une expérience pilote a été menée à Bruxelles, tendant à permettre l'utilisation de moyens nouveaux pour recueillir dans les meilleures conditions la parole d'un enfant abusé.

Elle porte sur deux aspects: l'enregistrement audiophonique ou vidéo de la première parole de l'enfant, et la participation d'un psychologue à cette audition.

Cette expérience a pour but de réduire les effets traumatisants des auditions répétées et d'éviter la victimisation secondaire qui en découle très souvent.

Elle apporte une plus grande rigueur dans la recherche des preuves et la restitution du récit de l'enfant et permet à la justice de bénéficier des apports de la psychologie infantile grâce à un rapport d'expertise qui sera joint au dossier de la procédure.

Cette expérience, soucieuse de concilier l'intérêt de l'enfant et les droits de la défense, vise à améliorer la qualité de l'accueil et de l'écoute des enfants, introduisant une dimension pluridisciplinaire dans les dossiers judiciaires.

Cette communication abordera les premiers jalons d'évaluation de l'expérience bruxelloise.

FORUM 12

LA INFANCIA I ELS PROCESSOS D'EXCLUSIÓ SOCIAL
LA INFANCIA Y LOS PROCESOS DE EXCLUSIÓN SOCIAL
L'ENFANT ET LES PROCESSUS D'EXCLUSION SOCIALE
CHILDREN AND SOCIAL EXCLUSION

OCT 22 10.45/12.15 COLONIA TS

COORD. PART.	Gonzalo MUSITU Teresa BERTOTTI Murray DAVIES Javier URRÁ	Spain Italy United Kingdom Spain
-----------------	---	---

Gonzalo MUSITU

Facultad de Psicología, Universidad de Valencia. Departamento de Psicología Social.

Teresa BERTOTTI

Centro Bambino Maltrattato, Milano.

Murray DAVIES

Regional Director for the NSPCC in Wales and the Midlands of England. Responsible for the NSPCC's national programme of services to schools.

Javier URRÁ

Psicólogo y Pedagogo Terapeuta. Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid.

Murray DAVIES

RESPECTING YOUNG CITIZENS

Radical changes are required in the manner in which children and young people are perceived and how their needs are better understood. To promote these changes in adults, children must be empowered, through participation in and partnership with the formal structures. New routes for the child's voice to be heard and represented independently are critical first steps in respecting children's citizenship and the rights thereby accorded.

The U.N. Convention on the Rights of the Child 1989, provides a fresh impetus for children to participate more actively in decisions affecting their lives, and to challenge established adult and professional views, practices and prejudices.

The Convention on the Rights of the Child acknowledges the responsibility of parents. Article 5 states that governments must "respect the responsibilities, rights and duties of parents ... to provide ... appropriate direction and guidance in the exercise by the child of the rights (in the Convention)". However, it also recognises the potential conflict in the exercise of those responsibilities by asserting that they must be carried out "in a manner consistent with the child's evolving capacity". In other words, adults do not have unfettered rights to act on behalf of children.

The Convention places further constraints on the powers of adults with responsibility for children by requiring, that "In all actions concerning children, whether undertaken by public or

private social welfare institutions, courts of law, administrative authorities or legislative bodies, the best interests of the child shall be a primary consideration" (Article 3). This principle provides a test against which adults need to evaluate their decisions and actions in respect of those children.

Wherever boundaries of childhood are drawn, there is broad consensus that children are more vulnerable comparatively than adults, requiring special measures to protect and promote their needs. And it is this need for protection which is used to justify the continued resistance to giving children more control over decision making in their lives. Children are perceived as lacking competence to take responsibility for their own lives and are viewed therefore as vulnerable and in need of protection.

Listening to children, and hearing what they have to say, is at the root of developing effective human rights for children. This process values the views of children, but is not achieved easily or accepted universally.

Listening requires a commitment from practitioners who already may be trying to juggle with competing demands on their time; and coming from a powerless group it is easier to exclude children. This attitude feeds into professional arrogance, particularly for those professionals defined as experts in specific areas of practice, who may believe and act as though they know what children require. It may be threatening to acknowledge a need to find out views and opinions directly from children.

Research by Butler and Williamson 1994 showed that there are a substantial number of children and young people who have no confidence whatsoever in adult support of any kind. They talk to 'no-one' ... Many children are adamant that there are no solutions, but believe there could be a lot more understanding.

"They don't really listen. And then they don't believe you. My mum is mentally disturbed. And because I wouldn't talk to them - I mean, I've always kept people at a distance, that's just the way I am - they thought I was disturbed, like mum. When I told them about being raped they put it down to my imagination. Why should I imagine that? But he's owned up now. But no-one believed me. Social workers don't listen. They see what they want to see. They don't want to know." (Butler and Williamson, 1994).

The needs to be listened to, and to have somebody to talk to were clearly identified in both the "Children Speak" and the "Child's View of School" projects. Children felt let down by adults, both teachers and parents, because they did not feel that they were being listened to properly:

'Teachers will listen, but not for long enough' - "A Child's View of School" echoes a common complaint amongst both primary and secondary school pupils. There was also a definite feeling that teachers were not always the ideal people to talk to about problems.

Listening requires sensitivity and a willingness to take seriously what children say, not to trivialise it. A good listener according to one 11 year old girl in "Children Speak" is:

"Someone who doesn't immediately get back at you with 'Oh, you're tired, you'll be all right tomorrow', that's not listening."

Children do seek to unload their problems onto friends, and they do want and seek advice, information and guidance from adults. Equally they require adults to respect and keep their confidence and confidentiality, and importantly to countenance a much greater degree of self-determination by young people. Young people are all too aware that, ultimately, it is they who are most likely to bring about a resolution to their problems, and they do not seek, or expect action by others unless they ask for it. Indeed, such action, normally based on an assumption that adults know best, shows that adults are not really listening, and can be unwelcome and humiliating.

'If you tell your teacher or your parents you are getting picked on by other kids, they go in head first, and that makes things worse.' (Boy 13) "Children Speak".

An integral part of really listening to young people is respecting their wishes; empowering them so that they can practice self-determination if they desire, and feel more control of their lives. The views of children show their lack of trust in adults and, from a child's perspective, reveal that there is little on which to base partnerships.

Consultation and listening to the views of children in different settings, reveal important new information and perspectives. It demonstrates that children's perceptions as users and recipients of services are influenced by different considerations to those of the professionals who provide them, reinforcing the danger of relying only on adult and professional views (Davies & Dotchin 1994).

Children demonstrate that they do have views about the dangers they face, what they consider to be harmful and the nature of the help they want. They doubt adult commitment and adults' ability to understand, with the result that there are probably large numbers of children 'at risk' about whom adults never get to hear.

For some children - especially for black children, and for disabled children - there are additional requirements which must be heard and responded to. Black children feel more distant from the predominantly white-orientated services which are available to them, which often are not presented to them in a way which makes them accessible and available. For disabled children the perception that they are less capable, and less able, has a disempowering effect. They need to be listened to; they are also anxious about the ability of adults to understand, and the isolating effects of labelling which limits opportunities.

Principles of participation are based on the assumption that participants in any process actively receive correct and vital information and simultaneously contribute their own special knowledge to it, thereby shaping and customising it.

Central to this process should be the right of young people to participate, to be informed, to be given choices, to be listened to and to learn how to listen. Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of the Child, (1989) states that children have the right to express an opinion, and to have that opinion taken into account in any matter or procedure affecting the child.

This is an opinion shared by children in the context of the running of schools.

'It's the teachers and pupils who know what would probably be more beneficial in the class, not people who haven't been to school for 20+ years'. 'A Child's View of School' NSPCC/CEDC. This is not to suggest that young people feel that they do not need any help, that they 'know it all' already. What the findings of the above project suggest is that children do want advice and guidance from adults, but that they dislike what they perceive to be adults simply telling them what to do without explanation or discussion.

This view is supported by the findings of 'Children Speak', Butler and Williamson.

'If you're given advice, it should be 'maybe' not 'you must' and they should tell you better why they think something is a good idea.'

The strongest impression made by such research into children's opinions and views is the clarity with which they identify the central issues involved in creating a safe environment; for example relationships, and the problems of bullying and protection. Listening to children need not imply that they have control over the outcome of any decision-making process, but it does require that their views are respected. It is a simple, worthy principle and without adherence to it children are denied the most basic of principles - to be accepted as people in their own right.

The reservations of children about adult support centre on whether adults, are capable of understanding the experiences and concerns of children. Adults are described as imposing their own views on a situation, breaching confidentiality, and responding inappropriately by trivialising or over-reacting (Butler & Williamson 1994). This research reported on desirable professional intervention and included careful listening, availability, and a non-judgmental and non-directive attitude, (children wanted less pressure, patient explanation, and an outline of options and suggestions, together with the time and space to give them their full consideration.

"I want my own choices - otherwise my life might be ruined by someone else's mistake" was a view expressed by one young person, and which reflected a common view (Butler & Williamson 1994).

Whilst children want professionals to be sympathetic, supportive and optimistic, they want straight-talking, realism and reliability, and not as it is sometimes seen - 'bullshit and false promises'. Trust and confidentiality also were crucial. Information shared in confidence with professionals should be treated with absolute confidentiality. If professionals cannot help then they should say so; children should be consulted before matters are taken further - it should be their choice if matters go further. Butler and Williamson (1994) found that many young people gave accounts of trust being breached, thus causing them to have little confidence in professional support.

The dilemma for professionals is whether they can respect and respond to such information from children, and then adjust practice and procedures accordingly. It is suggested here that there are a number of ways to proceed.

FORUM 13

ELS INFANTS DE LES MINORIES LINGÜÍSTIQUES
LOS NIÑOS DE LAS MINORIAS LINGÜÍSTICAS
LES ENFANTS DES MINORITÉS LINGÜISTIQUES
CHILDREN OF MINORITY LANGUAGES

OCT 22 16.00/17.30 GIRONA TS

COORD.
PART.

Murray DAVIES
Heulwen SHARP
Elis THOMAS

United Kingdom
United Kingdom
United Kingdom

Murray DAVIES

Regional Director for the NSPCC in Wales and the Midlands of England. Responsible for the NSPCC's national programme of services to schools.

Heulwen SHARP

Responsible for personnel and training, NSPCC Wales. Currently working with the University of the West of England on a research project examining Equal Opportunities practices.

Elis THOMAS

Lord E. Thomas is Chairman of the Welsh Language Board. PhD at the University of Wales. Member of Parliament, President of Plaid Cymru. Trustee of the Big Issue Foundation.

Murray DAVIES

INTRODUCTION

Article 30 of the UN Convention on the Rights of the Child states;

'In those States in which ethnic, religious, or linguistic minorities or persons of an indigenous origin exist, a child belonging to such a minority or who is indigenous shall not be denied the right, in the community with other members of his or her group, to enjoy his or her own culture, to profess and practice his or her own religion, or to use his or her own language'.

Many indigenous communities within Europe speak a language which is not that of the majority of their country. The children growing up in those communities have particular needs which should be addressed in the formulation and planning of services. Some 50 million citizens of the European Community use in their every day lives a language which is not the language of the state in which they live.

Bilingualism is common. Between 60% - 65% of the world's population use at least two languages in their everyday lives. It is important that a European conference addressing the abuse of children should pay attention to differences of language and culture and the need for services to respect and respond to these differences.

European history has created situations where countries have several different languages spoken within their national boundaries, some of these languages have official recognition, and some do not. For example in Belgium, German is spoken along the frontier with Germany and Luxembourg, and is one of the three official languages of Belgium. In France, Alsatian, as a dialectal variant of German is spoken in Alsace, but has no official legal recognition. In Germany, Danish is spoken in Schleswig, and has some protection in law, and North Frisian is spoken in Schleswig-Holstein and protected by the constitution. In Italy a number of languages have legal status: German in Sudtiroi; French in Valle d'Aosta; Greek is regulated by the regional statute in Calabria; and Slovene in Trieste.

It is generally agreed that there are two main indigenous language groups in Europe:

The widely used official languages, sometimes called languages of wider communication, like French, English, German and Spanish; The lesser used languages sometimes called regional or minority languages, like Breton, Welsh, Catalan, Friulan, and Friesian. The rights of the speakers of lesser used languages have been on the agenda of the European Parliament for many years.

The Arfe resolutions on a Community charter of regional languages and cultures included the following, that, a cultural identity today is one of the most important non-material psychological needs.

There have been other European declarations in the 1980's and 1990's acknowledging languages and language groups. These declarations have been concerned with three main areas: Education, in particular to allow and promote the teaching of regional languages, the Media, promoting effective community communication, and Public, Social and Economic Affairs. It is in this last category that the rights of speakers of lesser used languages are acknowledged.

To ensure that individuals are allowed to use their own language in the field of public life and social affairs in their dealings with official bodies and the courts.

On June 23rd 1992 the Committee of Ministers of the Council of Europe decided to accord the European Charter for Regional and Minority Languages the legal form of a Convention. In the preamble, it states, considering that the right to use a regional or minority language in private and public life is an inalienable right conforming to the principles embodied in the United Nations International Covenant on Civil and Political Rights, and according to the spirit of the Council of Europe Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms.

A failure to respect the language and culture of the individual child or young person can be reflected in relationships between child care practitioners and children and young people. The power differential in society is replicated and confirmed if the language is not respected. The status of the language and culture is confirmed in the relationship with the 'official', self esteem is affected, and there is pressure on the individual to deny their roots, origin, and difference.

'Language demonstrates our view of the world, as well as our underlying values and assumptions'

Across Europe there is a wide range of national, regional and local languages. Some have official status, some do not. For all children, their first language is a key component of their identity, their culture, their history and their view of themselves.

Children whose first language is a lesser used language, may face experiences of abuse and harassment within their communities, and can find their experiences of oppression replicated when they need protection from abusive situations, because they cannot express themselves, their thoughts, feelings, and experiences in their preferred language.

In our society children have little power or control and are frequently described as being in the possession of their parents. They have no voice in society, except in so far as adults who care for them allow.

Children who are seen by social workers are further deprived of powers and control by a range of factors which include poverty, special needs, and abuse of all kinds. These children may already feel powerless and may even be brought or coerced into seeing a social worker against their wishes. They may have been in substitute care away from home, and their language and culture for some time, and may have experience of decisions being made about their lives with little or no involvement in the process.

When we work with bilingual children and fail to offer them the opportunity to do so in their preferred language, we compound their powerlessness, and reinforce their sense of weakness and lack of control. In our efforts to hear about their experiences, their wishes and feelings we risk confusion, and misinterpretation of complex and painful issues. In stressful situations, the need to be at ease, to speak without hindrance must be recognised. Failure to do so is oppressive. Ensuring that the child is able to speak to someone who understands their language and cultural background is critically important. It is important for the social worker, but it is vital for the child since it validates that child and her or his experience.

The importance of providing services in the clients preferred language is well established, if not always really accepted. Some authorities are unwilling to develop a language policy because they do not see a demand. They argue that speakers of lesser used languages are negligible and cannot justify the costs to achieve bilingual service delivery. Such views demonstrate the lack of awareness of demography, historical content and the significance of language to the core activities engaged in providing personal social services.

Language is one of the most important ways a child has of acknowledging emotions and expressing needs. The child's language is crucial to his or her understanding of the world. The child's needs cannot be fully or accurately assessed by people who do not speak his or her language.

Understanding the relationship between language and identity is critical to the effective delivery of services. The language of the service is a crucial part of its competence. Respecting and acknowledging a child's language is a core component of acknowledging his or her rights. Devaluing and undermining a language can adversely affect the self image of the speakers of that language.

Heulwen SHARP

BILINGUAL CHILDREN AND THEIR LANGUAGE NEEDS AN ORGANISATIONAL STRATEGY

The language we speak defines our experiences. We do not use language solely to express and describe those experiences it is language which defines and allows those experiences.

Vygotsky 1962 described this:

'Thought is not merely put into words, it comes into existence through them'.

In Wales, the Welsh language is increasingly the language of young people. Of all Welsh speakers, 22% are now under the age of 15 years, and 21% are over 65 years. In some areas of Wales, 30% of the Welsh speakers are under 15 years. Welsh medium education has had an important impact, and legislation in 1988, the Education reform Act gave Welsh official status in the education system. All children in Wales from the age of 5 years learn Welsh either as a first or a second language. Increasingly the population will become bilingual.

The Rights of the Child - Bilingual Children in Europe report comments on importance of recognising that the bilingual person is one integrated linguistic entity, and not the equivalent of two monolingual people; the bilingual person does not necessarily possess specific language skills such as the ability to translate from one language to another; a bilingual person's skills will vary in both languages and will depend on a number of influencing factors; attitudes towards language will influence the linguistic choices of a bilingual person.

When a bilingual person chooses one or other of the languages s/he does so for various complex reasons which include:

because s/he is more confident in that language, wants to be identified with the community of speakers of that language; or thinks that is what is expected of her/him.

Attitudes to language and the use of language are particularly influential. Negative attitudes towards a language either directly expressed or more subtly conveyed:

- influence the speaker's self image,
- affect the speakers confidence,
- can make the speaker wary of using her/his preferred language,
- undermine the speakers right to choice.

'The Rights of the Child - Bilingual Children in Europe'.

Self worth and self esteem are perhaps the most important aspects of human development. Stone 1981 suggests that self esteem is only damaged if the child is rejected and not valued. Language is critical to identity. Language is at its very basic level about communication:

communicating the self to others. In providing services to and helping young people the impact of language must be taken into account.

Legislation affecting the provision of services to children in Wales requires that organisations:

- establish a real partnership with families,
- meet the needs of the child as an individual,
- consider the child's race culture religion and language.

The emphasis on consultation and partnership is central to this legislation. It is impossible to consult and establish a real partnership without communication. It is impossible to communicate effectively without using the chosen language of the child and the parent.

Lord Prys Davies The Welsh Language and Anti Oppressive Practice.

The OMEP Organisation Mondiale pour l'Éducation Pré-scolaire conference in 1984 identified some key principles which emphasised the importance of language to service provision. Children must not be placed in a dilemma about their sense of worth.

If services are not available to the child in her/his own language but only in the dominant language the child will begin to feel undermined. S/He will begin to feel that her language has little or no value and this will reflect on her/his self worth.

People must be allowed to identify themselves, and others should not do it for them.

Knowing who you are and feeling comfortable with that identity is a part of self worth. If your language is not acknowledged you are then forced to adopt another linguistic identity. You do not have control and you are disempowered.

The Central Council for the Education and Training of Social Workers in the UK has identified 5 principles in relation to the Welsh Language and anti oppressive practice:

- A client has the right to choose which language to use with a worker,
- Language is an essential part of a person's identity,
- A person can express feelings more effectively in a chosen language,
- Giving a client a real choice regarding the use of language is the essence of good practice,
- Denying this right is a way of oppressing a client.

CCETSW now recognises that developing guidelines for good practice in social work must include language and language awareness together with other forms of anti oppressive practice. Similarly the Royal College of Speech Therapists in its Guidelines for Good Practice, Working with Clients from Linguistic Minority Communities 1990 states.

The fundamental principle equality of service must orientate this policy as it does with all speech therapy service policies. Thus assessment, therapy, and other aspects of client management should be offered in the language used by the client in the communities in which s/he lives.

The seminar on 'The Rights of the Child - Bilingual Children in Europe' 1995 - supported by the European Commission, identified several principles about models of good practice.

We must recognise that language reinforces self esteem and self identity.

At times of crisis and need the ability to communicate in one's first or preferred language is reassuring and comforting. The opposite is also true, that having to communicate in a second language is anxiety provoking.

It is important to ensure that children are not disadvantaged through an inability to express thoughts adequately or properly.

Inappropriate language, that is the wrong language is bad practice. If the child speaks one language better than another then the worker should use the child's preferred language. If she doesn't its bad practice.

Assessing need can be a political act. It can be about power and dominance and defining the norm. There is a real problem for children with special needs being veered out of minority languages, not by families and the language community but by professionals who only speak the dominant language.

Respecting and acknowledging a child's language is an important step towards respecting the child and acknowledging his or her rights.

All professionals offering services to children with needs should acknowledge the linguistic identity of the individual child.

The child's language is crucial to his or her understanding of the world.

Language is one of the most important ways a child has of acknowledging emotions, and expressing needs.

NSPCC Cymru experience about developing bilingual services has identified the need for an organisational strategy. The Society initially produced a policy statement demonstrating a commitment to both the Welsh and English languages, but this failed to set specific targets to achieve progress, and did not have a system for monitoring progress. With the help of the Welsh Language Board this policy has been changed into a formal language scheme with a strategic plan to enable the organisation to become fully bilingual. This change is reflected in the formal statement introducing the scheme.

'The NSPCC has adopted the principle that in the conduct of public business in Wales, it will treat Welsh and English on the basis of equality.

The NSPCC recognises that the members of the public can express their views better in their preferred language, and that enabling people to use their preferred language is a matter of good practice rather than a concession and that denial of that right could place members of the public at a real disadvantage'

A recognition of the way in which failing to recognise the importance of an individuals preferred language of communication disadvantages them is at the heart of the language scheme. Understanding the importance of a language policy and scheme as being a component of Equal Opportunities practice within an organisation is essential. The scheme enables the NSPCC to promote and facilitate the use of Welsh wherever possible, and moves the NSPCC closer to implementing the principle of equality at every opportunity.

The NSPCC Welsh Language Scheme sets standards for service, addresses the way in which services are delivered, and sets out who is responsible for implementing the scheme. The scheme addresses service planning and delivery, communication with the public through individual contact, groups and meetings, and publications and the media. It is concerned with demonstrating to the public that the organisation respects and responds to both the Welsh and English languages, and is able to follow this up in practice.

Attitudes towards the use of language are important, particularly when one language is recognised as a language of wider communication, such as English, and the other is regarded as a lesser used language, as is Welsh. English is heard in many influential areas, the media, public services and administration, reinforcing its status, and although the Welsh Language is being used more it has not yet achieved the same level of use as English. So, it is important for organisations to emphasise their commitment to both languages, and to actively promote this commitment.

Children and young people and their self esteem can be affected by the status of the linguistic category in which they are placed. People can find themselves isolated and excluded. This pattern of failure to respect language and culture can be continued into relationships between child care practitioners and children and young people. The power differential in society is replicated and confirmed if the language is not respected. When we work with bilingual children, and fail to offer them the opportunity to do so in their preferred language we compound their powerlessness and reinforce their sense of weakness and lack of control. In our efforts to hear about their experiences, their wishes and feelings, we risk confusion and misinterpretation of complex and painful issues.

Ensuring that the child is able to speak to someone who understands their language and cultural background is vital, for the child it validates her or his experiences. A commitment to a language scheme demonstrates a commitment to respecting and understanding the needs of children and young people.

FORUM 14

ELS MUNICIPIS I LA PREVENCIÓ DELS MALTRACTAMENTS INFANTILS
LOS MUNICIPIOS Y LA PREVENCIÓN DE LOS MALTRATOS INFANTILES
LES MUNICIPALITÉS ET LA PRÉVENTION DES MAUVAIS TRAITEMENTS À L'ENFANT
LOCAL DISTRICTS AND THE PREVENTION OF CHILD ABUSE

OCT 22 16.00/17.30 TARRAGONA TS

COORD.	Isabel SIERRA	Spain
PART.	Serafin CARBALLO	Spain
	José Luis LALUEZA	Spain
	& Isabel CRESPO	Spain
	Romy LANGE LAND	United Kingdom
	& Norma BALDWIN	United Kingdom
	Elena REDONDO	Spain

Isabel SIERRA

Doctora en Psicología UAB. Cap del Programa d'Infància, Joventut i Família, Diputació Provincial de Barcelona. Vice-presidenta de l'ACIM.

Serafin CARBALLO

Psicólogo Clínico. Responsable del Equipo de Infancia y Familia del Consell Insular de Mallorca. Profesor asociado, Universidad de Les Illes Balears.

José Luis LALUEZA

Doctor en Psicología. Coordinador de la Titulación de Psicología, Universitat Autònoma de Barcelona. Profesor Titular del Área de Psicología Evolutiva y de la Educación de la UAB.

Isabel CRESPO

Lda Psicología. Profesora Asociada del Área de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad Autònoma de Barcelona.

Romy LANGE LAND

Social work lecturer. Responsible for the development of policy and services for children and families in Glasgow.

Norma BALDWIN

Probation Service, Social Services Department in England. Researcher and lecturer at Warwick University.

Elena REDONDO

Psicóloga, Servicio Infancia y Familia, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Serafin CARBALLO

Se presenta la experiencia de una década del Equipo de Infancia y Familia dependiente del Área de Bienestar Social del Consell Insular de Mallorca. Este equipo terapéutico desde su constitución trabaja desde una orientación teórica ecosistémica. En su aproximación y abordaje del problema de los malos tratos a la infancia ha ido evolucionando hacia una oferta de programas de tratamiento terapéutico dirigidos a la infancia y juventud en riesgo psicosocial y a sus familias, y más en concreto a niños que viven en entornos de maltrato en cualquiera de sus múltiples modalidades.

Por otro lado en aplicación de la competencia del Consell Insular de Mallorca que es el del apoyo técnico y asesoramiento a los municipios pequeños de la isla se ha venido desarrollando sobre todo en los últimos tres años un sistema de trabajo de apoyo, formación, asesoramiento y supervisión con las Unidades de Trabajo Social de los municipios de Mallorca con excepción de la Ciudad de Palma que por sus dimensiones cuenta con sus propios servicios. Esto está permitiendo construir con la Atención Primaria Social un modelo de descripción e intervención común del problema de los malos tratos a la infancia, así como el establecimiento de protocolos de trabajo en estas situaciones.

Al mismo tiempo, el equipo viene hace años ocupándose de manera monográfica de la formación en este campo de los Trabajadores Familiares, convencidos de que es éste un pilar clave e imprescindible en el trabajo con familias maltratantes. Consideramos que todo este trabajo formativo y de apoyo a la Atención Primaria municipal es, desde una perspectiva de la prevención secundaria en los problemas de malos tratos a la infancia, de una elevada rentabilidad en la medida en que se incrementa la capacidad de diagnóstico, prospección y evaluación de situaciones con riesgo de maltrato hacia menores, pero así mismo se mejora los sistemas de afrontamiento y resolución profesional en estos supuestos.

Por otra parte El Equipo decide los proyectos comunitarios de prevención en el campo de la Infancia y Juventud en Riesgo que son subvencionados cada año por el Consell y que se implementan en zonas geográficas de la isla con una mayor concentración de situaciones de necesidad. Al mismo tiempo se intenta incidir sobre diferentes instrumentos económicos que como el de Ayudas a Familias con Menores o el Salario Social son gestionados por el Consell de Mallorca poniéndolos al servicio de los programas terapéuticos y en general de la prevención de situaciones con riesgo. Al tiempo el equipo impulsa y participa en proyectos interdepartamentales dentro del Consell y en coordinación con una red de ayuntamientos de la isla dirigidos a la formación, apoyo y ocupabilidad de madres solas con hijos menores a cargo.

La prevención del maltrato a nivel local requiere una multiplicidad de actuaciones aprovechando todos los recursos técnicos, asistenciales, terapéuticos, económicos, formativos de las administraciones pero también aquellos otros de la cooperación social y del apoyo solidario de la comunidad en un uso flexible, desburocratizado y ágil destinado a aquellas familias que ya han franqueado la frontera de los malos tratos en algunas de sus modalidades en el intento de detener ese impulso a su repetición o el destinado a colectivos concretos que lamentablemente su atrapamiento en la red de las vulnerabilidades individuales y de los riesgos les acercan probabilísticamente a ese escenario del maltrato.

José Luis LALUEZA , Isabel CRESPO & Alberto BARRIENTOS

BASES PARA UN ANALISIS DE NECESIDADES DE LA INFANCIA EN UN TERRITORIO

Lo que viene a continuación es un resumen de algunas reflexiones que, desde nuestro equipo, han ido surgiendo ante el encargo de preparar un instrumento para el análisis de necesidades que permita la elaboración de planes de infancia a escala municipal.

Partimos de la base que "necesidades de la infancia" es una construcción social y, como tal, no tiene como referente ninguna "esencia" de lo que es una "verdadera" necesidad. Tenemos por tanto un primer problema: definir sobre qué necesidades trabajaremos y en base a qué criterios las escogemos entre otras posibles. Un segundo problema es el de la medición. Una vez hemos acordado en qué áreas hemos de introducirnos, deberemos fijar los umbrales por debajo de los cuales consideraremos que una necesidad no está satisfecha.

Abordemos la primera cuestión. Podríamos emular el juego -legítimo- al que se acogieron los psicólogos de hace medio siglo para definir la huidiza noción de inteligencia ("inteligencia es aquello que miden los tests de inteligencia"), lo que traducido a nuestra materia sería algo así: "dejémosnos de elucubraciones, consideremos que las necesidades que atañen a nuestro trabajo son, ni más ni menos, aquellas áreas de la infancia que son objeto de intervención pública y centrémonos en medirlas lo mejor que podamos".

El problema de esta aproximación empírica está en que nos aleja inexorablemente de la prevención (especialmente de la prevención primaria). Las prácticas de los servicios sociales están marcadas por la urgencia y la precariedad de medios. Cuando se hace un trabajo preventivo, demasiado a menudo queda como una campaña con poca continuidad, sepultada por las necesidades de intervención sobre problemas inmediatos.

Finalmente, las necesidades acaban por ser "aquellas áreas sobre las que nuestro servicio puede intervenir porque, por lo que sea, ahí tiene recursos, alguien tomó en su día una decisión, o determinados hechos han producido una presión en ese sentido". No es de extrañar, por tanto, que las diferencias en las prioridades de intervención entre diferentes municipios estén menos relacionadas con la diversidad de problemáticas que con la diversidad de intereses de sus equipos de intervención social. Evidentemente, este abordaje "empírico" es insatisfactorio, porque va a remolque de una actividad que no está suficientemente fundamentada.

Un camino muy diferente sería el de atender a lo que los diversos teóricos de la infancia definen (a partir de sus respectivos modelos de referencia) como necesidades para el desarrollo.

De hecho, éste ha sido el motor de muchas de las transformaciones en la orientación de los servicios sociales. La difusión de teorías sociales y psicológicas que suponen una determinada representación de la infancia o de las relaciones sociales, ha contribuido a orientar en un sentido o en otro la intervención social y educativa. Pero lo que más nos interesa constatar es que las teorías sobre la infancia han supuesto el establecimiento de diferentes esquemas de prioridades respecto a las necesidades de la infancia.

La importancia de la teoría del vínculo en la orientación los servicios sociales europeos y norteamericanos tras la segunda guerra mundial, la de la teoría de Piaget en la escuela europea continental durante los años setenta y ochenta o el de la difusión de las investigaciones sobre el abuso sexual en el mundo anglosajón actual en las políticas sobre derechos de la infancia, son muestras bien claras.

La ventaja de esta aproximación "teórica" a las necesidades de la infancia es la movilización de nuevos intereses y el descubrimiento de "zonas oscuras" como lo fue en su momento el de las secuelas para el desarrollo de la aséptica organización de orfanatos y hospitales, las pobres características de un aprendizaje pasivo o las consecuencias de anteponer la patria potestad de los padres a las "inferencias" exteriores. El problema está en que una intervención exclusivamente seguidista de la "teoría de moda" puede ocultar a los ojos del especialista la existencia de otras necesidades que pueden ser precisamente las que más agobian a la población sobre la que se está interviniendo. Se corre el riesgo de un cierto "despotismo ilustrado" que, por su distanciamiento con respecto a las percepciones de la gente, puede llegar a ser bienintencionado pero ineficaz, y hasta contraproducente.

Las "necesidades de la infancia" son una construcción social que se escapa de la definición que puedan dar los expertos, aunque indudablemente esta definición contribuya poderosamente a llenar de contenido aquella construcción. Por tanto, al recoger la información necesaria para la elaboración de planes de prevención no hemos de conformarnos con los campos definidos por los expertos, sino que debemos reflejar aquello que corresponde a las expectativas de los sujetos. Las percepciones que éstos tienen acerca de las necesidades es un elemento imprescindible para poder elaborar cualquier programa de intervención.

Para ello nos es muy útil atender a la vieja conceptualización propuesta por Bradshaw, según la cual podemos diferenciar entre cuatro tipos de necesidades: normativas, experimentadas, expresadas y comparativas.

Normativas, en cuanto parten del estudio del desarrollo infantil desde los diferentes presupuestos teóricos.

Experimentadas, en cuanto hacen referencia a las que consideran tanto los políticos, como los profesionales dedicados al ámbito de infancia, como los propios usuarios.

Expresadas, en cuanto se tienen en cuenta las demandas de tales grupos. Comparativas, en cuanto existe una relación entre diferentes municipios y dentro de ellos mismos.

La metodología de estudio.

Para poder atender a estos cuatro tipos de necesidades nos será útil utilizar metodología de tipo cuantitativo y de tipo cualitativo.

La primera nos permitirá, por un lado, poder establecer comparaciones entre municipios, entre zonas de los municipios, etc.; y, por otro lado, poder definir indicadores simples o complejos.

La segunda nos permitirá consignar las conformidades o discrepancias con los resultados anteriores, descubrir las representaciones dominantes y las preocupaciones a distintos niveles.

Nos podemos encontrar, por ejemplo, con que una necesidad detectada a partir de indicadores cuantitativos es la escasa formación laboral de los padres, pero tanto los profesionales de aquel territorio como los usuarios consideran prioritarias necesidades que podemos relacionar con la inexistencia de una red social de apoyo. Si atendemos tan sólo a la primera consideración, orientaríamos la intervención a paliar esa necesidad, por ejemplo dedicando recursos a una oferta formativa adecuada. Sin embargo, lo que proponemos es atender primero a la segunda constatación para después poder asumir la primera. Es decir cuando los usuarios, los profesionales, o los políticos no consideran como prioritaria la formación, la realización de un programa técnicamente impecable no tendrá utilidad, ya que será percibido como algo banal, sin sentido. Por el contrario, la creación de estructuras sociales de apoyo pueden contribuir a crear las redes que permitan que la necesidad de formación se convierta en una percepción colectiva y, por tanto, motor de cambio.

Por todo ello, junto a la utilización de herramientas estadísticas que nos permitan un tratamiento a fondo de los indicadores psicosociales, debemos utilizar metodologías de estudio que, a través de la obtención de datos a partir de grupos de discusión o de trabajo etnográfico y su tratamiento por medio de instrumentos de análisis cualitativo, nos permitan conocer las representaciones de la población. Solo así nuestro trabajo tendrá una significación compartida por la población de destino. Por otro lado, todo estudio de necesidades nos ha de permitir discernir los diversos niveles de riesgo social, tanto los "reales" como los "percibidos". Y a partir de su taxonomía podremos elaborar programas adecuados a los diferentes niveles de prevención, sea ésta primaria o secundaria.

Necesidad de un marco teórico.

Consideramos necesaria la asunción de diferentes premisas teóricas que guíen el análisis. En nuestro caso adoptamos una perspectiva ecológica, sistémica, evolutiva y competencial.

La perspectiva ecológica: implica atender a los diferentes sistemas y su relación entre ellos: individual, familiar, social, cultural. De esta manera, en nuestro análisis debemos integrar los indicadores de diferentes niveles, así como analizar los elementos culturales del medio, tales como las normas implícitas y explícitas, o los sistemas de valores.

La perspectiva sistémica: debemos centrarnos en las relaciones y las reglas que gobiernan el sistema social que estudiamos. Debemos atender a que las dinámicas de cambio nunca se dan en una parte del sistema aisladamente, sino que afectan a la red. Igualmente, las situaciones de enquistamiento responden a un determinado equilibrio al que contribuyen todos los elementos del sistema.

La perspectiva evolutiva: cualquier análisis de necesidades de la infancia ha de tener en cuenta la dimensión evolutiva. Las condiciones de vida, los sistemas de valores impuestos, las actitudes sociales hacia la realidad, conforman un todo significativo que deviene el prisma con el que el niño entiende su mundo y se adapta a él.

El modelo de competencia: en contraposición a aquellos enfoques que consideran a la población estudiada como potencial portadora de déficits a consecuencia de los cuales se dan unas necesidades que cubrir. Por lo tanto, las preguntas que orienten el estudio no deben ser sólo "qué carencias existen", sino, sobre todo, "qué potencialidades están bloqueadas".

Norma BALDWIN, Romy LANGELAND

MOVING TO EFFECTIVE SYSTEMS OF CHILD PROTECTION AND FAMILY SUPPORT

In the United Kingdom there have been particular tensions between the maintenance of family support and preventive strategies and the investigation of increasing numbers of referrals for child abuse. Individualised investigations demand enormous resources from police, health, educational and social work professionals, yet do not always lead to constructive help for children and families (DoH 1995). Family support and preventive programmes would seem to provide a more helpful approach for the future. Yet switching resources away from investigations and screening brings risks for children and for professionals.

This paper will explore issues and dilemmas for agencies in planning a balanced strategy in relation to:

1. individualised screening, investigations, assessment of need and risk.
2. population wide provision of preventive services and family support programmes.

The parallel work, in both these areas, being done in Glasgow - the largest urban area in Scotland - will be outlined.

forma sencilla y cercana trata de aproximar la realidad de la crianza de los hijos con sus dificultades y la forma de afrontarlas. Igualmente, proporciona información sobre los recursos a los que dirigirse para pedir ayuda o para notificar situaciones conocidas en las que puede estar comprometido el bienestar de algún/a niño/a.

La vía elegida para hacer llegar el folleto de ¡Atención, Frágil! a los padres y las madres ha sido el ámbito escolar. Se han distribuido folletos en 10.000 familias, lo que supone la información acerca de pautas de buena crianza y sobre los recursos a un número importante de familias de nuestra ciudad. Por otra parte, el utilizar el ámbito escolar como vehículo de difusión ha servido, de forma indirecta, para avanzar en la sensibilización de los profesionales de la educación en el problema del maltrato infantil.

⇒ Formación de los profesionales que trabajan directamente con niños y niñas, con el fin de facilitar la detección no solo de los niños y niñas que son víctimas de maltrato, sino también, la detección de niños y niñas que se encuentran en situación de riesgo. En esta línea, se han organizado sesiones de formación sobre el tema del maltrato infantil dirigidas a diferentes colectivos de profesionales: Educadores de Calle, Agentes de Protección Ciudadana, Educadores de Hogares Funcionales Infantiles; Maestros, Educadores de Escuelas Infantiles, Ludotecarios, Monitores de deporte infantil.

Esta Campaña se ha desarrollado en colaboración con el movimiento asociativo. En concreto, se ha contado con los recursos técnicos y humanos proporcionados por la Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia Maltratada (AVAIM).

PROGRAMA PROLOGO.

En nuestro contexto sociocultural, la familia es el sistema depositario del mandato social de responder a las necesidades de los niños, necesidades de supervivencia, de estimulación, de relación afectiva y de socialización. Una intervención preventiva ha de promover, por consiguiente, un adecuado desarrollo de las funciones que permite a la familia responder a todas y a cada una de esas necesidades. La información, la sensibilización y la educación promueven la instauración de pautas de crianza saludables y, por ende, evita la instauración y cronificación de aquellas de las que se puede derivar daños para el niño (pautas inadecuadas o de maltrato). Desde esta perspectiva, se pone a disposición de los Equipos de Atención Primaria los recursos necesarios (organización, asesoramiento, técnicos) para el desarrollo de actividades dirigidas a los padres:

⇒ Organización de seminarios que se constituyen como sesiones de conocimiento, debate y reflexión acerca de temas relacionados con la Infancia y la Familia dirigidas por expertos.

⇒ Organización de grupos de trabajo con padres y madres con el objeto de fortalecer y mejorar las competencias personales que van hacer posibles una atención, un cuidado, una crianza mejores para los niños.

⇒ Organización de grupos de trabajo con padres/madres de familias atendidas por los Servicios Sociales de los Centros Cívicos, con el objeto de facilitarles la adquisición de competencias que permitan compensar los déficits que el medio familiar presenta, preveyendo, de esta forma, la cronificación de pautas de crianza inadecuadas.

PROGRAMA DE ANIMACION DIRIGIDO A LA POBLACION INFANTIL

La población diana del mismo son los niños y niñas entre 3 y 6 años y sus familias de uno de los barrios de nuestra ciudad que soporta una mayor problemática social.

El niño en su relación con el medio desarrolla distintos roles. Basándonos en uno de ellos, el niño que juega, incidimos, entre otros aspectos, en la relación niño - familia. Mediante una metodología basada en la Educación en el tiempo libre y en la Animación de los recursos familiares y comunitarios, desarrollamos los siguientes objetivos:

⇒ Crear espacios de encuentro padres-hijos-profesionales, mediante el desarrollo de actividades de tiempo libre para los niños con la participación de los padres, y de actividades de tiempo libre dirigidas a toda la familia

⇒ Ofrecer orientación y apoyo a los padres en su tarea educativa, procurando el acercamiento de los padres a los servicios y actividades del Centro Cívico.

⇒ Abrir vías que permitan detectar precozmente situaciones de riesgo, a través de actividades en las que se puede observar a los niños a tempranas edades y en situaciones no estructuradas como son las actividades lúdicas.

⇒ Lograr el acercamiento a nuevos niños y a sus familias, mediante actividades de animación de calle y utilizando otros espacios ajenos a los propios de los Servicios Sociales, como son los escolares.

CONCLUSIONES

Del desarrollo de los Programas descritos, de las reflexiones derivadas de lo conseguido y, especialmente, de las reflexiones que ha evocado lo no conseguido, se han extraído las siguientes conclusiones:

⇒ La prevención del Maltrato Infantil es una tarea socialmente necesaria en la que todos, Administración, profesionales relacionados con el mundo de la infancia y personas sensibilizadas debemos depositar nuestros esfuerzos. La Administración Municipal tiene un papel y responsabilidades específicos en esta tarea que se derivan de su proximidad a la comunidad y, por lo tanto a los problemas y potencialidades de la misma, y de su función de gestión de recursos,

servicios y programas dirigidos a esa comunidad. Es la instancia mejor situada, por tanto, para abordar la prevención del maltrato infantil desde una perspectiva comunitaria.

⇒ La capacidad de respuesta de los agentes sociales ante una determinada necesidad guarda una estrecha relación con la cantidad, calidad y organización de los recursos sociales disponibles. La disponibilidad de recursos para las tareas de prevención, entra, en muchas ocasiones, en competencia con la disponibilidad de recursos destinados a las tareas de abordar los problemas ya instaurados. La experiencia nos dice, sin embargo, que si no se invierte en prevención, nos encontraremos, en el transcurso de los años, con problemas que ya se habrán convertido en necesidades perentorias, que requerirán un mayor despliegue de recursos. Esto, sin olvidar que también encontraremos una acumulación de sufrimiento humano.

⇒ En la tarea de prevención del Maltrato Infantil desde las entidades municipales nos encontramos, con varias dificultades. Quiero destacar dos de ellas. La primera es su sometimiento a los vaivenes políticos, técnicos y presupuestarios. La segunda, tiene que ver con la misma dificultad que comporta llevar a la práctica estrategias de prevención del maltrato infantil. La prevención se basa en la posibilidad de predecir lo que va a ocurrir si se actúa de determinada manera. La complejidad del fenómeno del maltrato infantil no nos permite aún hoy establecer relaciones causales en las que poder sustentarnos.

He unido estas dificultades tan alejadas, en principio una de otra, porque creo que la forma de rodearlas debe ser la misma. Sabemos que la evidencia de que no existe maltrato es proporcionar a los niños el mejor trato posible. Invirtamos, por tanto, en una política -es decir, en una actuación consensuada, continuada, coordinada- que tenga como objeto el bienestar de los niños y que guíe -y potencie- las actuaciones del municipio en esa línea.

⇒ Las tareas de prevención no deben formar parte sólo de la Política Municipal, porque entonces se quedaría en mero deseo, sino contemplarse en la Planificación y organizarse en forma de Programas. Todo ello asegurará la continuidad, la coherencia, la evaluabilidad y, por ende, los ajustes pertinentes. De otra forma podemos caer en un activismo sin sentido.

⇒ Los Programas de Prevención deben contemplar entre sus destinatarios a: los padres, los propios niños, los profesionales que tienen relación con la infancia, los grupos comunitarios que pueden constituir un apoyo en la tarea de prevención y de detección del maltrato infantil. Cuando hablamos de la infancia como destinataria, debemos recordar la amplitud de la misma de 0 a 18 años, ya que hay una tendencia social y profesional a limitarla.

⇒ En la planificación se deben atender a los dos niveles, el de prevención primaria y prevención secundaria y ambos para los diferentes tipos de maltrato infantil: maltrato familiar, maltrato institucional, maltrato entre iguales.

⇒ Se debe potenciar la utilización de grupos de apoyo para padres y adolescentes desarrollando un modelo de intervención basado en la orientación del grupo de iguales, que puede complementar los modelos más habituales de educación y promoción de competencias.

⇒ La formación de los profesionales y adultos que en función de su trabajo o de sus actividades tienen contacto con los niños es un elemento esencial en la prevención de los diferentes tipos de maltrato infantil a los que nos hemos referido. Desde la instancia municipal se debe desarrollar esta tarea de formación con todos los profesionales encargados de servicios y programas que son de su competencia. Además, puede constituir un servicio que ofrece y presta a la comunidad.

⇒ La entidad municipal debe permitir y facilitar que los diferentes grupos comunitarios, especialmente los que dirigen su labor hacia la prevención del maltrato infantil y la promoción de la calidad de vida infantil ejerzan un papel de control de las acciones de la administración en estos campos.

Referencias Bibliográficas

- Child Welfare League Of America (1989): Standards for service for abused or neglected children and their families. CWLA: Washington.
- Cohn A.H. (1991): What we have learned about prevention: what we should do about it. Child Abuse and Neglect, 15 (S1), 99-106.
- Costa M.; Juste G.; Morales J.M.; Solís de Ovando R. (1995): La prevención del maltrato infantil: Un reto conceptual y metodológico. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- Muñoz Cano R. (1996): El Maltrato Infantil: Prevención e Intervención. Curso de Experto en Servicios Sociales para la Infancia y la Adolescencia. Murcia.
- Redondo Hermosa E. (1994). Un decálogo para evitar el maltrato institucional de la infancia. Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia Maltratada (AVAIM) y Jornadas sobre Infancia Maltratada: El Maltrato Institucional. Diputación Foral de Álava.
- Servicio de Infancia y Familia: Campaña de Sensibilización y Prevención del Maltrato infantil en Vitoria-Gasteiz. Memoria de 1996. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Servicio de Infancia y Familia: Programa Prólogo. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Servicio de Infancia y Familia: Programa de Animación Infantil. Ayunt. de Vitoria-Gasteiz.

TALLERS
TALLERES
ATELIERS
WORKSHOPS

DATA FECHA DATE DATE	HORARI HORARIO HORAIRE TIMING	SALA SALA SALLE ROOM	TRADUCCIÓ SIMULTÀNIA TRADUCCION SIMULTANEA TRADUCTION SIMULTANÉE SIMULTANEOUS TRANSLATION
OCT 00	00.00/00.00	BARCELONA	TS

WORKSHOP 1

INCREMENT D'HABILITATS PARENTALS EN FAMÍLIES EN RISC DE MALTRACTAMENT INFANTIL
INCREMENTO DE HABILIDADES PARENTALES EN FAMILIAS EN RIESGO DE MALTRATO INFANTIL
AUGMENTATION D'HABILITÉS PARENTALES CHEZ LES FAMILLES À RISQUE DE MALTRAITANCE INFANTILE
INCREASING PARENTING SKILLS IN FAMILIES AT RISK FOR CHILD ABUSE

OCT 20 12.30/14.00 TARRAGONA TS

PART.	M. Àngeles CEREZO	Spain
	& Gemma PONS-SALVADOR	Spain
	& Laura DOLZ	Spain

M. Angeles CEREZO

Dra en Psicologia. Profesora Titular de Psicologia Bàsica en la Universitat de València, Unitat de Investigació "Agresió i Família".

M. Angeles CEREZO, Gemma PONS-SALVADOR, Laura DOLZ

EL INCREMENTO DE LAS PRACTICAS PARENTALES COMPETENTES EN FAMILIAS CON RIESGO DE ABUSO INFANTIL

Desde diferentes disciplinas (Psicología, Antropología y Sociología), el estudio de las dimensiones del funcionamiento familiar y de las prácticas de socialización adecuadas, son un foco de interés debido a la importancia que las prácticas parentales competentes tienen en el desarrollo físico, psíquico y emocional de los niños.

De un modo general, se puede definir la competencia parental como el conjunto de habilidades y estrategias mediante las cuales se consigue apoyar y promocionar el desarrollo emocional, físico y social de los niños (Cerezo, Cantero y Alhambra, 1993). Según estas autoras la competencia se basa en los conocimientos de los padres acerca del desarrollo y necesidades de los niños; en las prácticas de crianza utilizadas y en el apoyo social y marital que éstos tengan.

A partir de la revisión de la literatura y de los resultados de los trabajos del grupo de investigación en el que se incardina nuestro trabajo, encontramos que, en general, existe información que podemos elaborar desde la perspectiva de la competencia-incompetencia de las prácticas de parentalidad. Sin embargo, esta información deja también en evidencia su dispersión y falta de sistematización, dentro de un conjunto que proporcione las claves de las relaciones entre las distintas aportaciones. Actualmente, y desde el filtro de la competencia-incompetencia, podemos afirmar que factores relativos a los padres como: (a) el apoyo social, (b) la alta autoestima, (c) la alta tolerancia a la frustración, (d) atribuciones o creencias adecuadas en torno al ejercicio de la paternidad/maternidad, (e) un alto nivel de habilidades parentales, (f) nivel de estrés moderado o control adecuado del mismo, y (g) una satisfacción en el cumplimiento del rol parental, y (h) una flexibilidad ante las demandas de la tarea de crianza; y factores relativos a los hijos (a) temperamento, (b) género de los niños; tienen una relación consistente con el desarrollo de unas relaciones padres-hijos adecuadas y funcionales que promocionan y no obstaculizan el desarrollo de la competencia infantil.

Analizando todas las variables que de algún modo están vinculadas a la paternidad, observamos que el concepto de competencia posee facetas cognitivas, afectivas y conductuales entre las que se establece una relación recíproca (Cerezo, 1995; Cerezo, 1997).

Numerosos estudios muestran la relación existente entre el comportamiento de las madres hacia sus hijos y el posterior resultado social, emocional y cognitivo de éstos (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; Beckwith, 1990; Emde, 1993; Slaughter, 1983).

Podemos considerar como facetas cognitivas que nos permiten evaluar la competencia, los conocimientos sobre los niños, las atribuciones, y las expectativas con respecto a sus comportamientos y problemas (Gaudreau, 1995; Milner, 1993). Las prácticas parentales se pueden situar en un continuo, que irá desde las más adecuadas a las más inadecuadas, cuya manifestación extrema son las situaciones de maltrato (Cerezo, 1995). Por otro lado, la faceta conductual se relaciona con el uso de las prácticas de crianza adecuadas, de las habilidades de comunicación, y de la utilización de pautas interactivas que promuevan un adecuado desarrollo infantil en todas sus áreas.

La tarea de abordar la competencia-incompetencia en la parentalidad se ve incrementada en su dificultad pero también en su valor de innovación cuando descendemos a un nivel microsocioal. Se trata de establecer, desde esta perspectiva, no solo dimensiones de funcionamiento familiar y sus relaciones, sino como complemento fundamental, los patrones interaccionales que dentro de la corriente comportamental se rutinizan y marcan el flujo cotidiano de la interacción.

Contar con información fiable que permita evaluar las dimensiones de la competencia en las prácticas de crianza se revela como una tarea de alto interés dentro de la investigación básica de los procesos psicológicos e interaccionales, pero también como una respuesta a una demanda social. Se hace necesario establecer criterios que permitan delimitar los niveles mínimos aceptables de competencia

(Budd, y Holdsworth, 1996) en el ejercicio de la parentalidad para asegurar el interés preferente del bienestar del niño o la niña. En este sentido, el contexto donde se evalúe adquiere especial relevancia, siendo de particular interés la información que pueda recabarse del mismo ambiente natural donde se desempeña básicamente las tareas de crianza y cuidado de los niños y niñas: el hogar.

El mejorar la "salud relacional" de las familias (sean del tipo que sean) supone el avalar y garantizar la competencia de los hombres y mujeres del futuro, nuestros niños.

El objetivo principal de nuestro taller, es el presentar las directrices de actuación rehabilitadora y preventiva en familias de riesgo de maltrato. En el taller se partirá de un marco teórico inicial sobre el que se articularán los supuestos prácticos.

Referencias.

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale N.J.: Erlbaum.
- Beckwith, L. (1990). *Adaptive and maladaptive parenting: Implications for intervention*. En S. Meisels y J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge, MA.: Cambridge University Press.
- Budd, K.S. y Holdsworth, M.J. (1996). *Issues in clinical assessment of minimal parenting competence*. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 1-14.
- Cerezo, M.A. (1995). *El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar*. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 135-157.
- Cerezo, M.A. (1997). *Prevention of child abuse and neglect in Spain. Existing Prevention Strategies and Methods Used to Evaluate Their Effectiveness in Countries Participating in the Concerted Action on the Prevention of Child Abuse in Europe*. (CAPCAE). Documento no publicado. Universidad de Valencia.
- Cerezo, M.A., Cantero, M.J., y Alhambra, M. (1993). *A longitudinal study on child abuse risk along the first year of life*. Comunicación presentada a la IV European Conference of Child Abuse and Neglect. Marzo, Padua, Italia.
- Emde, R.N. (1993). *Infant emotions and the caregiving environment*. En R. Emde, J. Osofsky y P. Butterfield (Eds.), *The IFEEL Picture: A New Instrument for Interpreting Infant Emotions*. Madison, CT.: International Universities Press.
- Gaudreau, J. (1995). *Attitudes éducatives, connaissances du développement de l'enfant et compétence parentale*. Comunicación presentada en el 5th Conference on Child Abuse and Neglect, Oslo.
- Milner, J.S. (1993). *Social information processing and physical child abuse*. *Clinical Psychology Review*, 13, 275-294.
- Slaughter, D. (1983). *Early intervention and its effects on maternal and child development*. *Monog. Soc. Res. Child Development*, 48, Series nº 202.

WORKSHOP 2

EXPERIÈNCIES DE PREDICCIÓ PRECOÇ
EXPERIENCIAS DE PREDICCIÓN PRECOZ
EXPÉRIENCES DE DÉPISTAGE PRÉCOCE
EARLY PREDICTION EXPERIENCES

OCT 20 18.00/19.30 BARCELONA TS

PART.	Walter HELLINCKX & Hans GRIETENS	Belgium
	M ^a Rosa TARRÉS & Angélica ARRANZ	Belgium Spain Spain

Walter HELLINCKX

EdD. Professor, Section of Orthopedagogics, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Katholieke Universiteit Leuven. President of EUSARF.

Hans GRIETENS

MA, Researcher in the Section of Orthopedagogics, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Katholieke Universiteit Leuven, Belgium.

Rosa TARRÉS

Lda Filosofia i Ciències de l'Educació, Secció Psicologia, Universitat de Barcelona. Centre de família per a la petita infància 'Casa dels Arbres'.

Angélica ARRANZ

Infermera en Salut Comunitària, Centre de Família per a la petita infància 'Casa dels Arbres'.

Walter HELLINCKX, Hans GRIETENS

THE DEVELOPMENT OF AN ASSESSMENT PROCEDURE TO SCREEN FOR CHILD ABUSE

Secondary prevention of child abuse cannot be realised without the implementation of assessment procedures aimed at screening for significant risk factors and early detection of indications and symptoms. Since child abuse often has its roots in the earliest stages of the child's life, screening and early detection will produce the best outcome in terms of successful intervention strategies, if they occur at a very young age. In order to screen for child abuse with high accuracy and to detect its earliest manifestations, reliable and valid assessment procedures must be used. Several screening procedures are available. In most procedures checklists are used that are based on the measurement of risk factors in the child, in his environment or in the parent-child interaction (e.g., socio-economic conditions, parental stress, physical handicap, low birthweight, maladaptive parenting), trying to estimate the potential for abuse in families (e.g., Avison, Turner, & Noh, 1984; Milner, 1994; Agathonos-Georgopoulou, Brown, & Sarafidou, 1995; for recent reviews of studies on risk potential for child abuse: see Rodwell & Chambers, 1992; Paget, Philp, & Abramczyk, 1993; or Baartman, 1996). However, until now there is a lack of easily applicable and highly reliable and valid assessment procedures. Most screening instruments produce a lot of misclassifications, i.e., a large number (according to Rodwell & Chambers's review of studies [1992] approximately 50%) of so-called "false positives", these are families or children who, due to high scores on the risk indices of the measure, are classified as potential abusers or victims, but who never become real abusers or victims. Existing instruments mostly have but a low predictive validity. Only a few measures have satisfying psychometric qualities, e.g., the Child Abuse Potential Inventory (CAPI; Milner, 1994, Milner & Gold, 1984), which is frequently used in research on the domain of physical child abuse. The high rate of false positives may be caused by the low prevalence of child abuse in the general population (about 5% or less, according to Kaufman & Zigler, 1989), by the changes in risk potential which may take place within children and families between subsequent measurements, or by the small size of the measures (some measures only consist of a few items and have low reliability). Misclassifications are inevitable in any screening procedure. But the number of false positives may be strongly reduced by including relevant aspects of the parent-child interaction (e.g., parental sensitivity towards the child's needs) and protective factors in the child or his environment (e.g., the family's social network). Moreover, it is recommended to use a multiphase screening procedure (Browne & Saqi, 1988). First, the families have to be identified that run a high risk of developing rearing difficulties. Gradually the screening procedure has to be focused on the identification of families at risk for child abuse and on the detection of indications and symptoms.

The objective of our study is to develop a prospective assessment procedure to screen for intrafamilial child abuse and to detect early indications and symptoms in young children between 0 and 3 years old. In accordance with the current literature (see e.g., Oates, 1996), child abuse will be divided into four broad areas: physical abuse, neglect and nonorganic failure to thrive, sexual abuse, and emotional abuse. Researchers as well as clinicians agree that child abuse in these four areas often can be traced back to risk factors operating during infancy, and that it is common for children to be subjected to more than one type of abuse. Consequently, the assessment procedure will screen for risk factors in all four areas.

The study will be funded and carried out in close co-operation with Child & Family. This is a government agency that is commissioned by Decree with the promotion of health care and well-being of families with young children in the Flemish Community of Belgium. The agency's principal target group are future parents and families with young children up to age 3. Its assignment includes:

- 1) the prevention of perinatal mortality and prematurity,
- 2) the follow-up of the general development of children,
- 3) the psychosocial back-up and health consulting of parents, especially young women during pregnancy, childbirth and after delivery, as well as support to parents in the education of their pre-school children,
- 4) control of out-of-home care for young children when parents work or are not available, and during periods of crisis in the family,
- 5) the prevention of and assistance in cases of child abuse and neglect,
- 6) the prevention of accidents in children, and
- 7) the control of adoption agencies.

Child & Family employs more than 700 social nurses who assist and visit families with young children. Besides, the agency is funding and controlling several day care and residential centres for infants and families in Flanders. Since 1987, Child & Family has recognised and subsidised six centres for assistance in matters of child abuse. Since 1991, these centres use a uniform method of registration in order to estimate the incidence of (reported) child abuse.

The assessment procedure will have a prospective character and consist of three subsequent phases. This multiphase screening procedure is strongly inspired by the work of Browne and his colleagues (Browne, 1995; Browne, Davies, & Stratton, 1988). It will be integrated in the home visits (4 visits within the first three months in all families with a newborn child, and up to 10 additional visits in families at risk for child abuse), made by the nurses of Child & Family. A separate measure will be developed for each phase.

In phase one all families with a newborn child will be screened on the risk of developing rearing difficulties. Any risk factor that may be relevant will be included in the instrument that is used in this phase. Subsequently, protective factors will be taken into account which may compensate for existing risks. The content of this measure will be based on a thorough review of the literature and on an inventory of the experiences of the nurses. Phase one will be completed approximately 2 to 4 weeks after birth at the first home visit. Families scoring high on this measure will be screened more closely in the second phase. In order to reduce the number of misclassifications (i.e., false positives) due to changes in risk potential within children and families after the first visit, follow-up reports on risk factors will be made by the nurses on the next three visits. If necessary, families may then be added to the target risk group.

In phase two the screening will be refined and focused on risk factors in the family that are more closely related to child abuse, e.g., parental attitudes towards the child, parental stress, parental knowledge of child development, etc. As in the first phase, protective factors in the child, the family, and the environment will also be included. Again, the measure will be based on the literature and the experiences provided by the nurses. In the second phase two assessments will take place within 2-6 months after birth. Only those families that score high on the measure of phase one will be screened in this phase. Apart from the screening, early manifestations of symptoms and indications related to child abuse may be reported by the nurses.

In phase three the screening will be focused exclusively on factors that, according to the literature, are strongly related to child abuse, e.g., quality of the parent-child relation, quality of the child's attachment, prior experiences of abuse in one or both parents, etc. This phase will be completed within 6-12 months after birth. Only families scoring high on the measure of phase two will be screened in this phase. In addition to screening for risk and protective factors, the measure that will be constructed in phase three will also focus on the early detection of indications and symptoms.

All measures will be administered and scored by means of a computer programme during the home visits. Construction, reliability tests, and preliminary validation will take place in small groups of nurses. Afterwards, the complete procedure will be implemented on a nationwide scale, including the test for the predictive validity.

Innovative elements of our project are:

- 1) the combination of screening for risk factors and early detection of symptoms and indications in a multiphase assessment procedure,
- 2) the focus on protective factors (e.g., social support networks) which might reduce the number of false positives,
- 3) the inclusion of observational items (e.g., on the parent-child interaction) in the different measures, besides self-reports by parents,
- 4) the test construction, which will occur in close co-operation with the nurses of Child & Family, and will include inventory sessions to systematise nurses' experiences with the manifestations of child abuse, lectures on relevant aspects of child abuse, training sessions on parent-child interactions (in order to enhance the accuracy of observations during home visits) and the administration of the different instruments, and
- 5) the computer-guided administration and scoring.

Literature.

- Agathonos-Georgopoulou, H., Brown, K., & Sarafidou, E. (1995). Secondary prevention of child maltreatment: The early identification of families in need for support. Paper presented at the IVth EUSARF-Congress 'There is no place like home. Supporting children in need and their families.' Leuven (Belgium), 6-9/9 1995.
- Avison, W. R., Turner, R. J., & Noh, S. (1986). Screening for problem parenting: Preliminary evidence on a promising instrument. *Child Abuse & Neglect*, 10, 157-170.
- Baartman, H. E. M. (1996). Opvoeden kan zeer doen. Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie. Utrecht: SWP.
- Browne, K. (1995). Preventing child maltreatment through community nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 57-63.
- Browne, K., Davies, C., & Stratton, P. (1988) (Eds.). Early prediction and prevention of child abuse. Chichester: John Wiley and Sons.
- Browne, K., & Saqi, S. (1988). Approaches to screening for child abuse and neglect. In K. Browne, C. Davies, & P. Stratton (Eds.). Early prediction and prevention of child abuse. (pp. 57-85). Chichester: John Wiley and Sons.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1989). The intergenerational transmission of child abuse. In D. Cicchetti, & V. Carlson (Eds.). *Child maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. (pp. 129-150). Cambridge: Cambridge University Press.
- Milner, J. S. (1994). Assessing physical child abuse risk: The Child Abuse Potential Inventory. *Clinical Psychology Review*, 14, 547-583.
- Milner, J. S., & Gold, R. G. (1984). Predictive validity of the Child Abuse Potential Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 879-884.
- Oates, R. K. (1996). The spectrum of child abuse. Assessment, treatment, and prevention. New York: Brunner/Mazel, Inc.

- Paget, K. D., Philp, J. D., & Abramczyk, L. W. (1993). Recent developments in child neglect. In T. H. Ollendick, & R. J. Prinz (Eds.). *Advances in clinical child psychology*, Volume 15. (pp. 121-174). New York: Plenum Press.
- Rodwell, M. K., & Chambers, D. E. (1992). Primary prevention of child abuse: Is it really possible? *Journal of Sociology & Social Welfare*, 19, 159-176.

Rosa TARRÉS

CENTRE DE FAMÍLIA PER A LA PETITA INFÀNCIA LA CASA DELS ARBRES

CONTEXT:

L'Hospitalet és la segona ciutat de Catalunya després de Barcelona amb 269.000 habitants. La ciutat va créixer de forma accelerada de finals del 50 a mitjans dels anys 70.

El perfil socio-econòmic de la ciutat es defineix per estar constituïda per població treballadora qualificada i poc qualificada. Els indicadors socio-econòmics són més baixos que la mitja de Catalunya. La població de 0 a 3 anys és de 9.383, el que suposa un 3,5 % de la població general. (Font: Padró any 1996).

Els reptes més importants des d'una perspectiva social són l'atur i la precarietat laboral, la participació socio-laboral de les dones, els canvis en les formes de vida que afecten a les relacions familiars, l'envelliment de la població i la resposta a la inserció de col·lectius d'altres cultures en la nostra ciutat.

JUSTIFICACIÓ:

Aquest servei neix com a una resposta adreçada a l'atenció i reconeixement dels més petits i dels adults que els atenen i cuiden. Els motius que fonamenten el projecte, van ser la constatació que els més petits resten invisibles i que semblava que les necessitats de la petita infància apareixen a partir de l'entrada a l'escola. Així mateix constàvem que els canvis existents en la vida familiar i el context social que envolta als infants, no és, moltes vegades, el més adequat, per que els adults responsables dels infants puguin dur a terme la tasca cuidadora, educadora i d'acompanyants actius en el procés de desenvolupament dels infants més petits.

DEFINICIÓ:

La Casa dels Arbres, és un servei d'atenció, d'assessorament i de referència per a famílies i grups d'adults responsables de la cura dels menors. És un servei que depèn del Centre de Serveis Socials de l'Àrea de Política Social i Habitatge de l'Ajuntament de L'Hospitalet.

Aquest Servei pretén oferir a les famílies amb infants menors de tres anys, un espai de socialització, per tal de donar-les suport i ajudar-les a assumir les seves pròpies funcions.

La voluntat política i tècnica de L'Àrea va ser plantejar un servei normalitzador i integrador de les diferències socials, oferint un model ampli d'intervenció social en famílies que estan a la cura dels infants.

QUADRE D'OBJECTIUS GENERALS I ESPECÍFICS

OBJECTIU GENERAL	Oferir a les famílies amb infants menors de 3 anys, un espai socialitzador i normalitzador, per tal de donar-les suport i ajudar-les a desenvolupar les seves funcions principals, prevenint situacions de dificultat.
OBJECTIUS ESPECÍFICS	* Prevenir i detectar situacions de risc que impliquen un infant petit. * Donar elements a les famílies per promoure el desenvolupament més adequat dels infants petits. * Promoure la socialització de les famílies amb infants petits a la comunitat, prevenint l'aïllament social. * Fomentar el treball comunitari i la coordinació amb diferents equips. * Aconseguir formació-informació per tal d'elaborar el marc de referència teòric pel desenvolupament del projecte.

MATERIAL I MÈTODES: La Casa dels Arbres forma part del Centre de Serveis Socials de l'Àrea Territorial III (Sta. Eulàlia i Collblanc-Torrassa) de l'Ajuntament de L'Hospitalet. Les famílies poden accedir de forma directa i assistència voluntària, que pot ser utilitzat per altres serveis de la xarxa assistencial (social, sanitària i educativa) com a un recurs.

Els requisits per poder assistir són:

- Famílies (mare, pare, avi/a,...) que estan a la cura d'un infant petit.
- Famílies usuàries dels Centres de Serveis Socials.
- Famílies usuàries d'altres serveis de la zona (Unitats Bàsiques de Salut, Centres Atenció Primària, Càrites, Atenció Precoç, escoles,...).

Aquest projecte va ser dissenyat tenint en compte tres funcions, educativa, social i sanitària. Aquestes funcions corresponen a tres perfils professionals. Així l'equip de treball de la Casa dels Arbres

està format per tres professionals en atenció directa a les famílies, Educadora, Infermera i Psicòloga, i amb una treballadora social en treball de suport.

Aquests perfils han donat lloc a un treball interdisciplinari que han possibilitat l'atenció dels infants i dels adults des de les diferents vessants, el que ha donat un major enriquiment al desenvolupament del projecte.

La forma d'intervenció és la següent:

- Acompanyament de la relació establerta entre l'infant/adult, no hi ha substitució.
- Assessorar sobre temes puntuals.
- Compartir amb altres famílies les experiències, els dubtes i els desitjos relacionats amb els seus fills/es.

- Aprendre a conviure amb altres infants i adults.

Les concepcions teòriques estan basades en els següents principis:
Principi de normalització i integració.

A la Casa dels Arbres es treballa amb la preocupació de ser un lloc accessible a les famílies amb infants petits, amb importants dificultats o riscos socials (bé sigui per les condicions en que viuen, aïllament dels adults, malalties, habitatges insalubres, problemes socio-econòmics, conflictivitat familiar, atur, ...) i puguin tenir dificultats afegides en el procés de cuidar i educar als petits. La Casa dels Arbres no és un projecte exclusiu per a infants i famílies amb situacions socials problemàtiques, sinó que incorpora, mitjançant la intervenció, la capacitat socialitzadora i normalitzadora de l'entorn.

Principi de reconeixement de l'infant com a persona.

Aquest principi dona lloc a treballar els següents aspectes:

- * Reconeixement del nen com a subjecte
- * Aspectes de la separació mare/nen
- * Aspectes en la relació de límits, normes/prohibicions, l'accés al món simbòlic
- * Aspectes en les conductes de relació adults-infants que evitaven futures situacions de patologia (relació amb els menjars, control dels esfínters, ...)

Principi de coresponsabilitat.

La Casa dels Arbres hi treballen diversos professionals: psicòloga, educadora, infermera i una assistent social a temps parcial. La intervenció i la tasca dels professionals està dirigida no a substituir la família si no a afavorir les relacions en cada parella d'infant-adult, dels nens i nenes entre si i dels adults entre si.

Principi de flexibilitat.

La Casa dels Arbres és un servei amb unes normes bàsiques de funcionament intern, però amb una organització capaç de poder respondre a les demandes, suggeriments de les persones, grups i d'altres serveis.

METODOLOGIA DE TREBALL: La metodologia de la intervenció està basada en la presència i l'escolta dels professionals, per tal de:

- * Permetre als adults que s'expressin
- * Ajudar a pensar sobre els propis actes i les emocions
- * Escoltar el que ens diuen els infants: amb mirades, gestos, jocs, plors, paraules, símptomes...
- * Cuidar els moments rituals: arribada, comiat.
- * El Servei és un referent de contenció
- * Posició d'escolta i presència de les professionals.

Actualment funcionen tres grups de famílies, formades per un infant i un adult, tenint en compte l'edat del menor. Amb un nombre màxim de 20 parelles (infant-adult).

- Dos grups assisteixen dos cops a la setmana entre 1 i 3 anys.
- Un tercer grup de lactants un cop per setmana.

Existeix una programació que té en compte el treball comunitari amb altres serveis relacionats amb la petita infància i el treball intern d'organització de la vida del centre.

En relació a l'organització del centre varem establir, en el desenvolupament d'una sessió, quatre moments, amb una durada de 4 hores màxima:

1. Acollida individual nen-adult per una professional.

2. Espai de joc espontani: Aquelles estones on els infants i els adults juguen amb el material que el servei els hi ofereix.

3. Espai de tallers dirigits als infants (jocs, manualitats, cançons, etc.).

Espais de tallers dirigits als adults d'informació-formació a les famílies, per a tractar temes d'interès en relació al creixement dels infants. En aquests espais els adults han pogut plantejar dubtes, desitjos, emocions i compartir amb altres famílies el procés de criança dels seus fills.

4. Retrobada i acomiadament del grup d'infants i adults.

RESULTATS:

Després de 3 anys en funcionament, La Casa dels Arbres, ha acollit a 330 famílies. En un 94,02% els infants assisteixen al servei acompanyats per les seves mares i un 3,72% pels seus pares, la resta ha estat per a avis/es o cangurs en un 2,26%.

Ha generat grups i relacions informals entre les famílies assistents, així com ha participat en la formació de dos grups de dones amb el suport del Centre d'Atenció, Informació a la Dona (CAID). L'arribada al servei per l'accés directe, ha facilitat que famílies amb més problemàtiques socials, no tinguessin un caire estigmatitzant. El grau de satisfacció de les famílies ha estat molt elevat, donada la

freqüentació al servei. El motiu pel que les famílies assisteixen és, en primer lloc, la relació amb altres i la possibilitat d'aprendre i compartir els problemes de com cuidar i educar als infants.

CONCLUSIONS:

Després del coneixement d'altres serveis dirigits a la petita infància a diverses ciutats europees i a altres comunitats autònomes espanyoles, es va voler implantar un servei d'aquestes característiques a la ciutat de l'Hospitalet.

Aquest projecte ha estat molt innovador, pel treball d'intervenció amb famílies i per l'intercanvi intergeneracional que això ha significat, per un model d'intervenció amb la petita infància que fos integrador de les diferències socials.

En relació a la metodologia de treball utilitzada ha estat el posicionament de les professionals com acompanyants de les relacions primerenques infant-adult, donant suport i escoltant als infants i als adults. Aquesta escolta ha possibilitat el rescatar al nen com a propi subjecte del seu creixement, fomentar que l'adult responsable valori, respecti i gaudeixi dels progressos aconseguits pels petits, i dissuadir les conductes agressives i rígides vers els diferents moments evolutius de l'infant.

Aquests projectes possibiliten les trobades dels infants oferint un lloc ric en estímuls, on poder experimentar i aprendre a estar amb altres infants. Els tallers específics que estaven dissenyats en el projecte, estigueren dirigits, en un principi, a una població amb més carència. L'equip de treball va decidir no diferenciar el projecte, en relació al tipus d'usuari. Constatàrem que les dificultats en relació a la cura dels petits eren manifestades per totes les famílies. Crèiem que resultava més positiu la posta en comú de les diferents famílies, en quant a com cuidar i educar als seus fills/es. D'aquesta manera el nostre projecte ha estat globalitzador, integrant a les famílies amb més dificultats, dins d'un context normalitzador.

Creiem que aquests projectes dirigits a la globalitat de les relacions adults-infants són molt afavoridors, enriquidors i possibilitadors pel seu efecte més enllà del propi Centre.

La Casa dels Arbres és un Centre de Família pensat per la petita infància, posant l'èmfasi en els infants i la seva relació amb el món adult. Tanmateix les mares han trobat aquests espais de relació necessaris, com a espais propis, sorgint la demanda d'una continuïtat d'aquestes trobades. Es va considerar important recollir aquesta demanda, per tal de que fos atesa des d'un altre servei, donat que les mares que havien sol·licitat aquests espais, són mares que finalitzaven l'estada en la Casa dels Arbres. Així com és important assenyalar la formació de grups naturals d'autoajuda de mares usuàries del servei i el seu efecte socialitzador sortint de l'aïllament social al que estaven sotmeses. Això ens ajudaria a entendre la importància i els bons resultats obtinguts en la voluntarietat i responsabilitat per part de les famílies en relació a l'assistència al centre.

En aquestes conclusions volem ressaltar la importància que per la Casa dels Arbres té, les diferents coordinacions de treball amb la xarxa sanitària, social i educativa que treballen amb infants petits, per tal d'unificar criteris i d'elaborar objectius comuns.

Per tant podem concloure que la Casa dels Arbres, ha estat molt ben acollida per la població del barri de Santa Eulàlia de la ciutat de l'Hospitalet i s'ha consolidat com a un servei de prevenció i atenció primària per a la petita infància i llurs famílies.

WORKSHOP 3

TRACTAMENT DE LA VÍCTIMA I DE L'AGENT DE L'ABÚS SEXUAL INTRAFAMILIAR
TRATAMIENTO DE LA VÍCTIMA Y DEL AGENTE DEL ABUSO SEXUAL DENTRO DE LA FAMILIA
TRAITEMENT DE LA VICTIME ET DE L'AGRESSEUR SEXUEL DANS LA FAMILLE
TREATMENT OF VICTIM AND PERPETRATOR OF SEXUAL ABUSE IN THE FAMILY

OCT 21 12.30/14.00 GIRONA

PART. Jos FRENKEN The Netherlands
Francien LAMERS-WINKELMAN The Netherlands

Jos FRENKEN

Jos Frenken, Ph.D., Professor of Sexology, University of Leiden and The Netherlands Institute for Social Sexological Research (NISSO), Utrecht.

Francien LAMERS-WINKELMAN

Researcher at the Free University in Amsterdam, Faculty of Psychology and Pedagogics, CAN taskgroup. Child-psychologist and child-therapist.

Jos FRENKEN

TREATMENT OF INCEST PERPETRATORS; A FIVE PHASE MODEL

Since 1982 the author has treated father-daughter incest perpetrators within an integrated treatment program for incest families in The Hague, The Netherlands. This program encompasses individual help for the young incest victim, counselling for the mother, as well as a court-ordered outpatient