

TERÀPIA BREU ESTRATÈGICA EN PROCESSOS D'ACOLLIMENT FAMILIAR

Alejandra Traver Tarrés

Facultat d'Educació Social i Treball Social

Pere Tarrés

Treball Final de Grau de Treball Social

Tutor: Oriol Segòvia

Curs acadèmic: 2018-2019

20 de Juny de 2019

ABSTRACT

Els infants i adolescents que arriben a l'acolliment familiar han viscut circumstàncies difícils que els han portat a tenir unes necessitats i dificultats diferents als infants en una situació normalitzada. Aquesta recerca sorgeix de la creença que la Teràpia Breu Estratègica podria ser una eina beneficiosa d'intervenció per assolir una millora en el desenvolupament i benestar dels infants acollits. Així doncs, és una recerca que té per objectiu principal analitzar què aporta la teràpia breu estratègica en la intervenció amb infants en mesura de protecció d'acolliment familiar. Per poder realitzar la investigació, s'ha dut a terme una revisió sistemàtica d'articles científics consultant les bases de dades Medline i Dialnet així com altres fonts primàries, secundàries i terciàries. L'eficàcia i eficiència respecte als altres models d'intervenció terapèutica, la brevetat en el temps d'aquest tipus de teràpia i els protocols i estratègies d'actuació especialitzats i científicament provats que s'adapten al 100% als problemes dels infants acollits, són els resultats que s'extreuen d'aquesta recerca i que responen a la pregunta inicial d'investigació. Aquesta recerca, doncs, pretén ser un punt de partida per a futures recerques que investiguin la unió entre aquest tipus de teràpia i l'acolliment familiar i tot el que envolta aquests dos fenòmens.

Paraules clau: Infància, Desprotecció Infantil, Necessitats infantils, Acolliment Familiar, Teràpia Breu Estratègica

Los niños y adolescentes que llegan al acogimiento familiar han vivido circunstancias difíciles que los han llevado a tener unas necesidades y dificultades diferentes a los niños en una situación normalizada. Esta investigación surge de la creencia que la Terapia Breve Estratégica podría ser una herramienta beneficiosa de intervención para lograr una mejora en el desarrollo y bienestar de los niños acogidos. Así pues, es una investigación que tiene por objetivo principal analizar qué aporta la terapia breve estratégica en la intervención con niños en medida de protección de acogimiento familiar. Para poder realizar la investigación, se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos consultando las bases de datos Medline y Dialnet así como otras fuentes primarias, secundarias y terciarias. La eficacia y eficiencia respecto a los otros modelos de intervención terapéutica, la brevedad en el tiempo de este tipo de terapia y los protocolos y estrategias de actuación especializados y científicamente probados que se adaptan al 100% a los problemas de los niños acogidos, son los resultados que se extraen de esta investigación y que responden a la pregunta inicial de la misma. Este trabajo, pues,

pretende ser un punto de partida para futuras investigaciones que estudien y analicen la unión entre este tipo de terapia con la acogida familiar y todo lo que rodea estos dos fenómenos.

Palabras clave: Infancia, Desprotección Infantil, Necesidades infantiles, Acogida Familiar, Terapia Breve Estratégica

The children and adolescents who arrive in foster care have lived through difficult circumstances that have led them to have different needs and difficulties compared to children in a normal situation. This research arises from the belief that Strategic Brief Therapy could be a beneficial intervention tool to achieve an improvement in the development and well-being of the children in foster care. Therefore, it is a research whose main objective is to analyze what the strategic brief therapy provides in the intervention with children in measure of protection in foster care. In order to carry out the research, a systematic review of scientific articles has been carried out, consulting the Medline and Dialnet databases as well as other primary, secondary and tertiary sources. The efficacy and efficiency with respect to the other models of therapeutic intervention, the brevity in time of this type of therapy and the specialized and scientifically proven protocols and strategies of action that adapt 100% to the problems of the children in foster care, are the results that are extracted from this research and that answer the initial question of the same one. This work, therefore, aims to be a starting point for future research to study and analyze the link between this type of therapy with foster care and all that surrounds these two phenomena.

Keywords: Childhood, Child Lack of Protection, Child Needs, Family Foster Care, Strategic Brief Therapy.

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ.....	p. 6
2. PREGUNTA INICIAL I OBJECTIUS.....	p. 8
2.1. Pregunta inicial	
2.2. Objectiu general	
2.3. Objectius específics	
3. METODOLOGIA.....	p. 9
3.1. Plantejament i objectius de la revisió	
3.2. Recerca bibliogràfica	
3.2.1. Bases de dades i fonts documentals	
3.2.2. Estratègia de la recerca	
3.2.2.1. Criteris d'inclusió i exclusió	
3.3. Organització de la informació	
3.4. Anàlisi	
4. MARC TEÒRIC - ESTAT DE LA QÜESTIÓ.....	p.12
4.1. La infància	
4.1.1. Concepte d'infància i evolució	
4.1.2. Marc Legislatiu de referència	
4.1.3. Necessitats bàsiques de la Infància	
4.1.4. Causes. Situacions de desprotecció en la infància i l'adolescència	
4.1.4.1. Infància i adolescència en situació de risc	
4.1.4.2. Infància i adolescència en situació de desemparament	
4.1.4.3. Causes que poden portar a un infant o adolescent a una situació de desprotecció	
4.1.5. Respostes institucionals. La protecció a la infància i l'adolescència a Catalunya	
4.1.5.1. El procediment ordinari per a la protecció d'infants i adolescents	
4.1.5.2. El procediment d'intervenció preferent per a la protecció d'infants i adolescents	
4.1.5.3. Mesures de protecció administrativa en desemparament	

4.2.	L'acolliment familiar, una alternativa de protecció a la infància	
4.2.1.	Evolució del concepte d'acolliment familiar	
4.2.2.	Modalitats d'acolliment familiar	
4.2.3.	Necessitats i dificultats dels infants que arriben a l'acolliment familiar	
4.2.4.	El paper de les Institucions Col·laboradores d'Integració Familiar (ICIF) en l'acolliment	
4.2.5.	Efectes de l'acolliment familiar	
4.3.	La Teràpia Breu Estratègica	
4.3.1.	Com es creen els problemes i com persisteixen segons TBE	
4.3.2.	De les solucions intentades a les solucions estratègiques	
4.3.3.	Teràpia Breu Estratègica en contextos educatius	
4.3.3.1.	Professionals i agents implicats	
4.3.4.	Problemes de comportament a l'escola i models d'intervenció segons Andrea Fiorenza i Giorgio Nardone	
4.3.4.1.	Trastorn de dèficit d'atenció amb hiperactivitat	
4.3.4.2.	El trastorn negativista - desafiant	
4.3.4.3.	Mutisme selectiu	
4.3.4.4.	Trastorn d'evitació	
4.3.4.5.	Conflicte, hostilitat i baralles entre dos alumnes	
4.3.5.	Eficàcia de la Teràpia Breu Estratègica	
5.	ANÀLISI.....	p. 95
5.1.	Infància	
5.2.	Necessitats dels infants	
5.3.	Desprotecció infantil i adolescent	
5.4.	Acolliment familiar	
5.5.	Teràpia Breu Estratègica	
6.	DISCUSSIÓ.....	p.140
7.	CONCLUSIONS.....	p.148
8.	BIBLIOGRAFIA.....	p.150

1. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ

Al llarg dels anys i de l'evolució hem anat prenent consciència de com la infància i el seu transcurs marca la vida adulta. Es tracta d'una etapa evolutiva que requereix de l'atenció, protecció, dedicació i ajuda dels adults per tal de satisfer les nostres necessitats i poder desenvolupar-nos en tots els sentits: personalment, emocionalment, socialment, cognitivament entre d'altres. És doncs, un moment molt important en que, una negligència per part dels adults a càrrec d'aquell infant, pot produir grans conseqüències en aquest.

No tots els infants i adolescents tenen la sort de tenir uns pares amb les capacitats parentals o marentals per al desenvolupament de la criança, cura i educació dels seus fills. Aquest fet, a vegades, porta a la separació d'aquell infant o adolescent de la seva família i és la Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència (DGAIA) qui en pren la tutela. Són infants que han viscut circumstàncies personals molt diverses arrel de que els adults de referència no han satisfet les necessitats pròpies per al seu desenvolupament.

Per desgràcia a Catalunya el nombre d'infants tutelats per la DGAIA, ha incrementat progressivament des de l'any 2010, amb 7.985 infants tutelats fins l'any 2018, amb l'elevat nombre de 8.517 segons el departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Tot i que la Llei 14/2010, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, estableix com a mesura preferent per als infants l'acolliment familiar, davant la mesura d'internament a centre, l'any passat hi havia 500 infants amb proposta de mesura d'acolliment familiar pendents d'assignació d'una família aliena. Quan suposadament hauria de ser la mesura majoritària, observem que només un 39% d'aquests infants estan acollits en família.

Aquest treball però, es centra en els infants ja acollits i en la investigació de les necessitats o dificultats que aquests presenten a diferència d'aquells infants amb una infància normalitzada.

D'altra banda s'estudia i s'investiga un model d'intervenció psicològic anomenat "Teràpia Breu Estratègica" que tracta de resoldre problemes complicats a través de solucions aparentment simples i que, al contrari que els altres models d'intervenció terapèutica, se centra en les solucions i deixa de banda l'origen del problema. Com bé indica el seu nom, és una teràpia que és breu en el temps i treballa amb infants i adolescents amb un 82% d'èxit segons el Centre de Teràpia Breu Estratègica d'Arezzo a Itàlia fundat per Giorgio Nardone i Paul Watzlawick.

Aquest treball d'aprofundiment teòric, doncs, té per objectiu principal analitzar què aporta la teràpia breu estratègica en la intervenció amb infants amb dificultats en mesura de protecció d'acolliment familiar. Pretén endinsar-se en temes d'infància i les seves necessitats, dins la mesura d'acolliment familiar i tot el que suposa en els infants i, per últim, lligar-ho amb la Teràpia Breu Estratègica com un mètode d'intervenció que es preveu podria ser d'ajuda per a la resolució d'algunes de les dificultats que aquests infants presenten i per a una millora en el benestar.

Partint de la base que són dues temàtiques – Acolliment Familiar i Teràpia Breu Estratègica – sobre les que per separat s'ha aprofundit molt, però no de forma conjunta, es considera que aquest treball pot ser un punt de partida de properes recerques i estudis que creguin, igual que nosaltres, que aquest tipus d'intervenció pot ser de gran utilitat ja no només pels professionals que treballen amb infants acollits, sinó per tots aquells que treballen amb infants ja sigui a casals d'estiu, centres d'acollida, centres residencials d'acció educativa, etc.

Finalment, aquest treball està motivat, en primer lloc, per l'aprenentatge sobre el funcionament de la Teràpia Breu Estratègica i, en segon lloc, per la creença de que la formació en teràpia breu seria realment beneficiosa en la intervenció diària dels professionals de les Institucions Col·laboradores d'Integració Familiar (ICIF) que treballen dia a dia fent el seguiment dels infants acollits.

2. PREGUNTA INICIAL I OBJECTIUS

2.1. Pregunta inicial

Què aporta la teràpia breu estratègica en la intervenció amb infants amb dificultats del desenvolupament en mesura de protecció d'acolliment familiar?

2.2. Objectiu general:

Analitzar què aporta la teràpia breu estratègica en la intervenció amb infants en mesura de protecció d'acolliment familiar.

2.3. Objectius específics:

- Analitzar les necessitats i dificultats amb les que es troben els infants i adolescents en acolliment familiar
- Analitzar àmbits o contextos en que la teràpia breu estratègica intervé amb infants
- Identificar experiències anteriors de teràpia breu estratègica en el treball amb infants en acolliment familiar.
- Relacionar les necessitats i obstacles d'aquesta població amb les que la TBE incideix per assolir una millora
- Aportar orientacions en les que la TBE pot incidir generant canvis i millores

3. METODOLOGIA

3.1. Plantejament i objectius de la revisió

El treball de final de grau que proposo és una revisió sistemàtica de caire descriptiu (Petticrew, M. i Roberts, H., 2006) que té per objectiu principal analitzar què aporta la teràpia breu estratègica en la intervenció amb infants en mesura de protecció d'acolliment familiar. Es fa, doncs, un estudi de la informació existent entorn el tema, partint, en primer lloc, de la gran importància que té la infància, com una etapa evolutiva decisiva que determinarà la vida adulta de la persona. Això ens porta a parlar d'aquells infants que pels motius que sigui, estan en situació de desprotecció i tenen unes necessitats i dificultats diferents a d'altres infants degut a les situacions viscudes. Finalment, ens endinsem en el model d'intervenció psicològica anomenada Teràpia Breu Estratègica, i es fa recerca sobre com s'aplica aquesta teràpia en infants, si s'ha aplicat o s'aplica en infants en acolliment familiar i amb quins tipus de dificultats o problemes tracta.

Aquest aprofundiment teòric pretén posar al dia al lector sobre els conceptes que envolten aquest fenomen, i segueix aquest mètode amb l'objectiu d'evidenciar com la teràpia breu pot ser una eina d'intervenció benèfica a l'hora de treballar amb infants en acolliment familiar. Així doncs, s'ha proporcionat un resum d'evidències que s'ha fet a través d'un procés d'identificació, avaluació i síntesis d'estudis que contesten a la pregunta inicial del treball.

3.2. Recerca bibliogràfica

3.2.1. Bases de dades i fonts documentals

La cerca de literatura per a elaborar aquest aprofundiment teòric ha estat basada tant en fonts documentals primàries com secundàries i terciàries. S'han consultat llibres, revistes, articles originals, estadístiques, documents oficials d'institucions públiques i informes tècnics i d'investigació. Per altra banda, com a fonts secundàries s'han consultat bàsicament llibres i articles que interpreten altres treballs o investigacions.

Per la cerca d'estudis originals les bases de dades utilitzades han estat Medline i Dialnet. Finalment també s'han analitzat les referències bibliogràfiques tant de fonts primàries com secundàries amb la finalitat d'incloure en la recerca altres articles de possible interès per la revisió.

3.2.2. Estratègia de la recerca

Un cop determinades les bases de dades a utilitzar s'han escollit les paraules claus per a la recerca: "Infància", "Necessitats infantils", "Desprotecció infantil", "Acolliment familiar" i "Teràpia Breu Estratègica". S'ha combinat la recerca d'aquestes paraules clau tant en les diferents bases de dades esmentades com en serveis web professionals o públics oficials. La cerca s'ha fet en tres idiomes, català, castellà i anglès, i sense límits en la data de les publicacions degut a l'interès en l'evolució dels conceptes en el temps.

3.2.2.1. Criteris d'inclusió i exclusió

Durant la recerca, els criteris d'inclusió i exclusió s'han basat sobretot en la lectura del títol, els autors, el resum i els resultats. Per tant, ja s'ha fet una selecció primera a través de l'exclusió d'aquelles fonts que no tractaven les temàtiques de la nostra recerca i/o els resultats de les quals no tenien rellevància per la mateixa.

Així doncs, a la recerca de literatura s'ha inclòs tot tipus de llibres i documents que aportessin informació sobre Teràpia Breu Estratègica amb infants. La major informació sobre aquesta teràpia s'ha trobat en fonts primàries. Pel que fa a la recerca que envoltava la temàtica d'infància i acolliment familiar, en canvi, hem obtingut la informació sobretot a través de documents i estudis científics. Respecte a les revisions sistemàtiques i els estudis científics hem aplicat el criteri d'exclusió que no tractessin la Teràpia Breu Estratègica en persones adultes ja que és completament diferent a com s'aplica aquesta teràpia en infants.

3.3. Organització de la informació

S'ha dividit el marc teòric d'aquesta recerca en tres grans temes:

- La infància
- L'acolliment familiar
- La Teràpia Breu Estratègica

Aquests tres temes han set desglossats en subtemes:

D'aquesta manera dins la temàtica d'infància s'ha parlat del concepte i la seva evolució, del marc legislatiu de referència, de les seves necessitats bàsiques, de les situacions de desprotecció en les que es poden trobar i de la resposta que donen les institucions públiques de Catalunya davant aquesta situació.

Lliga doncs amb el tema d'Acolliment familiar, una alternativa de protecció a la infància que es divideix en els subtemes: evolució del concepte, modalitats d'acolliment, necessitats dels infants que arriben a la mesura de protecció d'acolliment familiar i els efectes que té en l'Infant.

Finalment el darrer punt tracta la Teràpia Breu Estratègica tot dividint la informació en la creació i la persistència dels problemes en TBE, un segon punt que tracta com passar de les solucions intentades a les solucions estratègiques, un tercer que introdueix la TBE en contextos educatius i on es parla dels agents i professionals implicats, una classificació dels problemes de comportament a l'escola i els models d'intervenció i finalment un últim punt que parla de l'eficàcia de la TBE.

3.4. Anàlisi

Aquesta recerca compta amb un anàlisi qualitatiu de contingut en el que s'han extret unes categories a través del mètode inductiu. Aquestes categories han estat estructurades en taules i s'ha dividit la informació en 3 columnes. La primera columna està dedicada a les categories, associades a les paraules clau del treball, a la segona trobem les subcategories i per últim la tercera columna dedicada a les aportacions dels autors. Cal afegir que a través de la recerca de les paraules clau del treball, han anat sorgint subtemes o subcategories de forma deductiva.

4. MARC TEÒRIC – ESTAT DE LA QÜESTIÓ

4.1. La infància

4.1.1. El concepte d'Infància i evolució

La paraula infància inicialment prové del llatí *in fale*, el que no parla, el bebè. Aquesta paraula segons Corominas, J. (1994), amb el significat d'infantesa, es comença a utilitzar a mitjans del Segle XIII. La concepció de l'Infant, però, al ser una construcció social ha anat variant al llarg de la història des de concepcions de l'Infant com un adult en miniatura fins a visions de l'Infant com a ésser totalment dependent, entre d'altres.

Pérez, L. (2011) explica que va ser a partir de la segona meitat del segle XX quan la infància es comença a considerar una etapa transcendent en l'evolució de l'ésser humà per a les disciplines modernes com la pedagogia, la psicologia, la sociologia, etc. Cada època i cada cultura tenen una visió sobre la infància i aquesta no només està determinada per les condicions sociohistòriques sinó pels sabers derivats de les aportacions de ciències com la pedagogia, la psicologia, l'antropologia, la medicina, la història o la sociologia.

La Llei 8/1995 de 27 de Juliol, d'Atenció i Protecció dels Infants i adolescents entén per infant tota persona menor de dotze anys i per adolescent tota persona amb una edat compresa entre els dotze i els divuit anys.

La doctora Canals i Farriols, D. (1999) al documental "els infants del S.XXI" explica que el concepte d'infant s'ha estudiat sobretot en el món desenvolupat. No obstant, els infants que viuen en zones desenvolupades són una minoria, i queden exclosos la majoria d'infants que avui dia viuen en zones subdesenvolupades en les que el concepte d'educació és totalment diferent al nostre. Això no vol dir que la seva manera de veure i tractar els infants sigui millor o pitjor, sinó diferent. Explica, per exemple, un dels aspectes positius com la inexistència de sobreprotecció que per conseqüent dona llibertat als infants per explorar el seu entorn per si mateixos essent considerats pels adults totalment capaços.

Segons Pérez, L. (2011) "el pensament sobre la infància i els infants en les societats occidentals ha anat evolucionant al llarg de la història i es distingeixen tres grans moments en la construcció d'aquest concepte":

El primer gran moment que Pérez, L. (2011) nombra és **el descobriment de la infància i de l'Infant**. Aquest explica que segons Philippe Ariès abans del segle XVII el concepte d'infància no existia i que va ser aquest qui va ser considerat el

descobridor historiogràfic del concepte d'infància. Ariès, doncs, va ser el primer que va fer estudis sobre les mentalitats i la vida quotidiana dels infants i va publicar estudis que parlaven d'aquesta invisibilitat de la infància fins la modernitat. Com explica Pérez, L. (2011) "en les societats de l'Antic Règim [...] l'Infant era considerat un adult en miniatura, no comptava com a tal i per això es creia que no tenia ànima i no es feien referències a aquesta edat en els escrits biogràfics".

A partir del segle XVII sorgeix el segon gran moment de canvi i es desenvolupa el **concepte d'infància com a objecte de protecció i atenció assistencial i educativa**. És arrel que es comença a desenvolupar el sentiment familiar en la noblesa i posteriorment en la burgesia i camperols acomodats quan els infants comencen a ser diferenciats dels adults i considerats essers dèbils, indefensos i amb necessitat de ser escolaritzats. Per tant estan sota l'autoritat dels adults.

És en aquest moment que sorgeix una gran separació entre l'esfera pública i la privada i és la família la que s'encarrega de l'educació dels infants i l'estat que s'ocupa dels infants en situació d'abandonament. Es comencen a prendre mesures de protecció a la infància i un augment del control social. És una època caracteritzada per una gran preocupació per l'educació i un interès per conèixer millor els infants. Va ser també durant aquests segles que es desenvolupa l'educació especial.

Tot i aquest canvi de pensament, que intentava proposar millors pràctiques cap als infants, aquesta època no va suposar una millora de la qualitat de vida de la majoria d'ells. Excepte els fills de classes benestants, la major part de nens i nenes vivien en condicions precàries i eren explotats laboralment. L'estat intervenia només en casos de violència greu i molts dels infants morien en els primers anys de vida.

La tercera etapa de la que parla Pérez, L. (2011) és la de la **concepció de la infància com a subjecte de dret**. És a partir dels últims anys del segle XX quan la infància és entesa com una etapa en la vida de les persones i a la vegada un espai social en el qual es desenvolupa la vida dels infants. Hi ha doncs, un canvi en l'estatut social i jurídic de l'Infant i al segle XX l'Assemblea General de l'ONU l'any 1989 aprova la Convenció Internacional dels Drets dels Infants que defineix *infant* i el considera subjecte social titular de drets i responsabilitats.

La Convenció Internacional dels Drets dels Infants (1989) entén per infant tot ésser humà des del seu naixement fins als divuit anys d'edat, llevat que legalment hagi aconseguit abans la majoria d'edat.

Els principis fonamentals d'aquesta convenció són l'interès superior de l'Infant, la no discriminació i una concepció integral dels drets dels infants que s'han d'exercir tant en l'àmbit familiar com en l'àmbit públic. Per altra banda els temes més destacats d'aquesta convenció són:

- El dret a la vida i a la satisfacció de les necessitats bàsiques
- El dret a l'educació, a l'esbargiment i el joc, a la informació i a la llibertat de pensament
- El dret a la protecció contra l'abandonament i l'explotació
- El dret a expressar-se i a la participació social

Així doncs, és un moment en el que es crea una nova mirada sobre la infància.

Jaramillo, L. (2007), des de Colòmbia, també ens parla del procés que ha patit el concepte d'infància al llarg dels anys. Al igual que l'autor abans citat, explica que la infància té un caràcter històric i cultural i es per aquest motiu que ha tingut diferents apreciacions al llarg de la història. L'autora anomena els canvis de concepció en les següents etapes:

- Del 354-430 fins el segle IV es concep l'Infant com a dependent i indefens, els nens es consideren un estorb
- Durant el segle XV es considera que els infants son dolents per naturalesa. A finals del mateix segle XV es té una concepció dels infants com de indefensió i es passa a definir el nen com una " propietat "
- Al segle XVI es veu l'Infant com un ésser humà inacabat, " el nen com un adult petit "
- Durant els segles XVI i XVII se'l reconeix com un àngel
- Al segle XVIII se li dona la categoria d'infant però " inacabat ". Es un infant com un ser primitiu
- A partir del segle XX es comença a considerar l'Infant com a subjecte social de dret

Jaramillo, L. (2007) afegeix que:

Son muy numerosos los autores que a partir de este siglo – S.XX – comprendieron que la infancia tiene formas particulares de ver, de entender y de sentir y que por ello debían existir formas específicas de educación y de instrucción. En ese mismo orden, una de las necesidades de los seres humanos y muy especialmente de los niños y niñas pequeños es tener las

condiciones donde puedan relacionarse con otros de su misma edad y mayores, donde además se les dé oportunidad para experimentar situaciones y sentimientos que le den sentido a su vida y de esta manera reencontrar y reconstruir el sentido como experiencia vivida y percibida, condiciones necesarias en una comunidad.

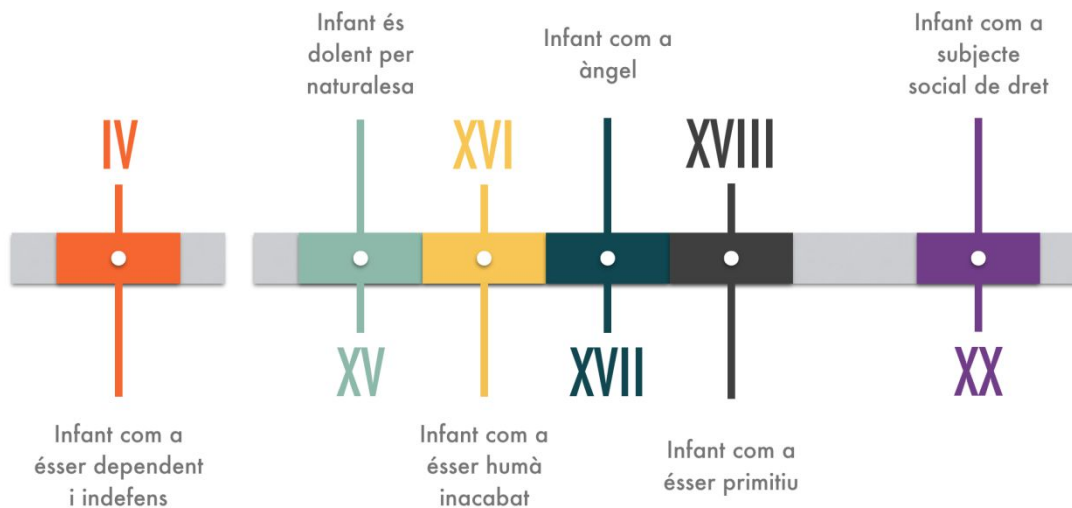


Figura 1: El concepte d'infància al llarg dels anys segons Jaramillo, L. (2007).

Font: Elaboració pròpia.

Com bé s'ha dit, la definició del concepte ha anat evolucionant fins a l'actualitat. Pérez, L. (2011) fa una definició actual del concepte d'infant com un ésser social, actiu i creatiu, amb potencial cognitiu i afectiu, preparat per anar descobrint les seves possibilitats psíquiques, afectives i socials amb l'ajut i la informació dels adults que l'envolten, i també d'altres infants.

Els infants són essers socials que a base d'experiències i relacions amb altres persones, ja siguin adults o iguals, van desenvolupant la seva personalitat. Inicialment, quan son nadons, depenen dels adults per a poder cobrir les necessitats bàsiques i a mesura que van creixent van sent més independents. Són considerats éssers en desenvolupament, però això no vol dir que se'ls consideri incapaços o incomplets com en algun punt de la història han estat considerats.

4.1.2. Marc Legislatiu de referència

El marc legislatiu de referència que ens ocupa per aquesta recerca és aquell que envolta temàtiques d'infància, de protecció als infants i adolescents i, per últim, aquella legislació més específica, sobre la mesura de protecció d'acolliment familiar.

En primer lloc, doncs, farem esment de les lleis que envolten la temàtica d'infància i les explicarem de forma breu, continuarem amb un breu recorregut en el temps sobre les lleis que regulen la protecció dels infants i adolescents i finalment ens centrarem en la temàtica d'acolliment familiar i les lleis catalanes i espanyoles que l'envolten.

El marc legislatiu que envolta la temàtica d' infància és la següent:

- LLEI 10/2011, del 29 de desembre, de simplificació i millorament de la regulació normativa. Aquesta llei redueix i clarifica la legislació per a que sigui més accessible i entenedora per als ciutadans i pretén avançar en el procés de simplificació administrativa. Introdueix, doncs, en l'ordenament jurídic una sèrie de mesures que comporten l'agilitació de tràmits i processos per aconseguir una administració pública al servei de la ciutadania més eficaç.
- LLEI 25/2010, del 29 de juliol, del llibre segon del Codi civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família. La finalitat d'aquesta llei és aprovar el llibre segon del Codi civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família, i bastir una altra de les parts del nou sistema jurídic privat que ha d'anar completant el Codi general
- LLEI 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència (en endavant LDOIA). Aquesta llei constitueix una de les fites més importants en la intensa i destacada tasca legislativa que ha estat duent a terme el Parlament de Catalunya en l'àmbit de l'atenció i la protecció de l'Infant i l'adolescent. Desplega l'article 17 de l'Estatut d'autonomia de Catalunya, que reconeix el dret de totes les persones menors d'edat a rebre l'atenció integral necessària per al desenvolupament de llur personalitat i llur benestar en el context familiar i social, i troba el seu fonament competencial en l'article 166.3 i 4 del mateix Estatut, que atribueix a la Generalitat la competència exclusiva en matèria de protecció de menors i de promoció de les famílies i de la infància.
- DECRET 200/2013, de 23 de juliol, dels consells de participació territorial i nacional dels infants i els adolescents de Catalunya. El dret de tots els infants i els adolescents a ser escoltats i tinguts en compte constitueix un dels valors fonamentals de la Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets de l'Infant. Per aquesta raó, el Comitè dels Drets de l'Infant de Nacions Unides va publicar el juliol de 2009 l'Observació general número 12, en què s'insta els governs a

desenvolupar el dret de l'Infant a ser escoltat en tots els afers que l'afectin i a tenir en compte les seves opinions.

Per altra banda, com explicàvem, a Catalunya hi ha una sèrie de lleis que regeixen l'atenció i la protecció dels infants i adolescents. La legislació referent sobre protecció a la infància i l'adolescència té especialment en compte la seva vulnerabilitat, així com el seu protagonisme com a subjectes de dret.

La primera regulació referent a l'acolliment familiar en la legislació catalana la trobem a la Llei 11/1985 de protecció de menors del 28 de juny de 1985 i en el decret de la infància i l'adolescència amb alts riscos socials del 18 de novembre de 1986. Aquesta llei definia l'acolliment com un procés jurídic i administratiu que havia de cobrir el tractament de la delinqüència infantil i juvenil, la prevenció de la delinqüència infantil i juvenil i la protecció d'infants i adolescents desemparats. Aquesta llei, a part, apuntava que les famílies d'acollida havien de rebre tant un suport econòmic com el suport d'un tècnic professional.

Posteriorment, a la llei 37/1991 del 30 de desembre es regula la funció tutelar de la protecció dels menors com una matèria civil i es regularitza la figura de l'adopció en el cas que no fos possible la reinserció del menor al seu nucli familiar. Aquesta llei, per tant, legalitza que sigui una intervenció administrativa i no fos necessària una decisió de caire judicial. Aquesta llei, a més, afegeix que les famílies acollidores tenen una sèrie d'obligacions i deures cap al nen acollit per a proporcionar el seu benestar i correcte desenvolupament tant a nivell de salut com educatiu. Va ser a partir d'aquesta llei que l'acolliment es duia a terme per la resolució de l'organisme competent i no es necessitava el consentiment dels pares o tutors legals de l'Infant.

Un altre decret que per temàtica ens ocupa és el 2/1997, que estableix que la mesura d'acolliment simple ha de ser acordada per la Direcció General d'Atenció a la infància i adolescència (actualment amb l'ICAA) avisant prèviament els pares o familiars que haguessin conviscut amb el menor. Aquest decret també estipula les característiques i el procés de selecció i valoració que han de passar les persones acollidores i de les formacions que aquestes havien de realitzar. Per altra banda també s'estipula en aquest decret posar per escrit per part dels acollidors l'acceptació de l'acolliment.

Anys més tard, al decret 2/2003 del 2 d'abril de 2003 de la Llei municipal i de règim local de Catalunya es van incorporar uns equips multidisciplinaris constituïts per un psicòleg, pedagog i un assistent social i estaven distribuïts per tot el territori de Catalunya:

- Equips Bàsics d'Atenció Social Primària (EBASP)
- Equips d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (EAIA)

És el 27 de juliol de 2006 quan a la llei 13/2006 que especifica la necessitat d'establir prestacions econòmiques per mantenir els menors tutelats per la DGAIA i els infants acollits tenen dret a una prestació. També es donen ajuts econòmics a famílies que estan a càrrec d'un infant amb necessitats especials o que tenen molts infants acollits.

Es finalment la Llei actual 14/2010 de 27 de maig, dels drets i les oportunitats de la infància i l'adolescència (LDOIA) la que reforma el sistema de protecció a la infància i l'adolescència, amplia els privilegis de les administracions públiques per a assegurar una correcta protecció dels infants i adolescents i, a més, augmenta la participació i les garanties respecte a totes les persones interessades, els progenitors, tutors o guardadors i, sobretot, de l'infant o adolescent. D'altra banda, estipula l'acolliment familiar professionalitzat com a Unitat Convivencial d'Acció Educativa (UCAE).

La LDOIA 14/2010 està formada per sis títols. El primer parla de les disposicions generals, principis rectors i actuacions de les administracions públiques, el segon es parla dels drets dels infants i els adolescents, al tercer parla de la prevenció i de la promoció i sensibilització ciutadana entre d'altres, en el quart es tracta la protecció pública relativa als maltractaments a infants i adolescents, al cinquè el sistema de protecció de menors i adolescents en situació de risc i desemparament i per últim, el sisè, estipula el règim de infraccions i sancions.

És aquesta nova regulació que per primera vegada a Catalunya, fa la distinció entre dos conceptes: el desemparament i el risc social. Anteriorment a aquesta nova regulació, tot es reduïa a situacions de desemparament. Per adaptar-se a la nova realitat social i per a que els tribunals reconeguessin la diferència d'aquests dos conceptes, doncs, es va optar per diferenciar aquests dos conceptes.

Dins la LDOIA (2010) els articles que ens ocupen per aquesta recerca són els del capítol III, secció tercera, subsecció primera: Acolliment familiar.

Article 125. Mesura d'acolliment familiar que explica què és l'acolliment familiar.

Article 126. Classes on explica l'acolliment simple i el permanent.

Article 127. Acolliment en família extensa i acolliment en família aliena que explica les característiques d'aquestes dues tipologies d'acolliment diferenciades.

Article 128. Resolució d'acolliment on s'explica com es du a terme aquesta.

Article 129. Formalització de l'acolliment que explica de quina manera es fa aquest procés.

Article 130. Finiment de l'acolliment familiar on s'expliquen les causes per les quals un acolliment pot finalitzar.

Segons la LDOIA (2010) l'ordenament civil català sobre el règim jurídic de l'acolliment familiar presenta les característiques següents:

- Es constitueix per un acte de l'Administració. No és un negoci jurídic
- Es requereix la voluntarietat de la persona o família acollidora. Aquesta voluntarietat s'expressa mitjançant una sol·licitud inicial, en la participació voluntària en tot el procés d'estudi, valoració, selecció i formació, i en l'acceptació posterior de l'acolliment de l'Infant o adolescent assignat
- Es preveuen prestacions socials de caràcter econòmic per atendre les despeses de manutenció de l'Infant o adolescent acollit. Aquestes prestacions es configuren com un dret del qual es beneficiari l'Infant o l'adolescent acollit, malgrat que s'abonin a la persona o persones a qui ha estat delegada la guarda.

Per acabar, farem esment de les lleis i decrets més actuals que ens ocupen per la recerca i considerem essencials esmentar (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2015):

Legislació Catalana

Lleis:

- Llei 11/2011, del 29 de desembre, de reestructuració del sector públic per a agilitar l'activitat administrativa. *DOGC núm. 6035, de 30 de desembre de 2011*
- Llei 10/2011, del 29 de desembre, de simplificació i millorament de la regulació normativa. *DOGC núm. 6035, de 30 de desembre de 2011*
- Llei 25/2010, del 29 de juliol, del llibre segon del Codi Civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família. *DOGC núm. 5686, de 5 d'agost de 2010*
- Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència. *DOGC núm. 5641, de 2 de juny de 2010*
- Llei 3/2005, de 8 d'abril, de modificació de la Llei 9/1998, del Codi de Família, de la Llei 10/1998, d'unions estables de parella, i de la Llei 40/1991, del Codi de Successions per causa de mort en el dret Civil de Catalunya, en matèria d'adopció i tutela. *DOGC núm. 4366, de 19 d'abril de 2005*

- Llei 13/1997, de 19 de novembre, de creació de l'Institut Català de l'Acolliment i de l'Adopció modificada per la Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència i per la Llei 11/2011, del 29 de desembre, de reestructuració del sector públic per a agilitzar l'activitat administrativa. *DOGC núm. 2527, de 27 de novembre de 1997*

Decrets:

- Decret 169/2015, de 21 de juliol, pel qual s'estableix el procediment per facilitar el coneixement dels orígens biològics. *DOGC núm. 6919, de 23 de juliol de 2015*
- Decret 230/2013, d'1 d'octubre, de règim sancionador en matèria d'infància i adolescència, en l'àmbit competencial de l'Administració de la Generalitat de Catalunya. *DOGC núm. 6472, de 10 d'octubre de 2013*
- Decret 97/2001, de 3 d'abril, sobre l'acreditació i el funcionament de les entitats col·laboradores d'adopció internacional. *DOGC núm. 3369, de 17 d'abril de 2001*
- Decret 2/1997, de 7 de gener, pel qual s'aprova el Reglament de protecció dels menors desemparats i de l'adopció. *DOGC núm. 2307, de 13 de gener de 1997*

Modificat parcialment pels següents decrets:

- Decret 127/1997, de 27 de maig, pel qual es modifica parcialment el Decret 2/1997, de 7 gener. *DOGC núm. 2402, de 30 de maig de 1997*
- Decret 22/1997, de 30 de gener, pel qual es modifica la disposició final del Decret 2/1997, de 7 de gener. *DOGC núm. 2321, de 31 de gener de 1997*
- Decret 62/2001, de 20 de febrer, de modificació parcial del Decret 2/1997, de 7 de gener. *DOGC núm. 3337, de 28 de febrer de 2001*
- Decret 337/1995, de 28 de desembre, sobre acreditació i el funcionament de les institucions col·laboradores d'integració familiar i de les entitats col·laboradores d'adopció internacional. *DOGC núm. 2153, de 12 de gener de 1996*

Legislació estatal:

- Llei 26/2015, del 28 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència. *BOE núm. 180 del 29 de juliol de 2015*

- Llei 54/2007, de 28 de desembre, d'adopció internacional. *BOE núm. 312, de 29 de desembre de 2007*
- Conveni relatiu a la protecció del nen i a la cooperació en matèria d'adopció internacional, fet a l'Haia el 29 de maig del 1993. Instrument de ratificació del 30 de juny del 1995. *BOE núm. 182, de l'1 d'agost de 1995*
- Conveni sobre els Drets del Nen, adoptat per l'Assemblea General de les Nacions Unides el 20 de novembre del 1989. Instrument de ratificació del 30 de novembre del 1990. *BOE núm. 313, de 31 de desembre de 1990*

4.1.3. Necessitats bàsiques de la Infància

El desenvolupament humà és un procés que, tot i que pot semblar senzill i automàtic, és molt complex. Com va dir Vygotsky, L. (1978) “el desenvolupament humà suposa convertir un recent nascut, que és tot potencialitats i possibilitats, en un membre actiu i integrat de la complexa societat que la nostra espècie ha construït al llarg de la seva història cultural”. De totes les etapes evolutives, la infància constitueix el període en el que sorgeixen els majors processos de desenvolupament i canvi. Tot i que el desenvolupament es prolonga al llarg de tota la vida, el que passa durant els primers anys té una importància transcendental i marcarà tant la vida futura d'aquella persona com del grup social al que pertany.

Quan un infant neix, doncs, depèn dels adults que se'n fan càrrec i, per tant, la forma en que aquests donin resposta a les seves necessitats i demandes marcarà notablement la forma en la que el nen es desenvolupi i evolucioni. Com afirmen Amorós, P. i Palacios, J. (2004) l'estudi de les necessitats infantils té especial interès per dues raons: en primer lloc, perquè ajuda a conèixer els que s'han de considerar drets fonamentals de la infància, i en segon lloc, perquè permet determinar en quina mesura els menors estan sent atesos adequadament per part dels agents responsables de la seva cura i socialització.

Un dels autors que va fer aportacions sobre la temàtica de les necessitats humanes bàsiques va ser Abraham Maslow el 1975. Aquest autor va establir una jerarquia de les necessitats humanes com a element comú per a totes les persones considerant-les el motor del comportament humà més enllà de les diferències culturals. Maslow, A. (1975) va establir les que, per ell, eren les necessitats humanes bàsiques i les va jerarquitzar. Va introduir per primera vegada el concepte de jerarquia de necessitats en el seu article “A Theory of Human Motivation” el 1943 i al seu llibre “Motivation and Personality”.

Segons Garcia Allen, J. (2019)

la idea de Maslow era que les persones tenen un desig innat d'autorealitzar-se, per ser el que vulguin ser, i que compten amb la capacitat per perseguir els seus objectius de manera autònoma si es troben en un ambient propici. No obstant això, els diferents objectius que es persegueixen en cada moment depenen de quina meta s'ha aconseguit i quines metes queden per complir, segons la piràmide de necessitats. Per aspirar a les metes d'autorealització, abans han de cobrir-se les necessitats anteriors com l'alimentació, la seguretat,

etc. Per exemple, només ens preocupem de temes relacionats amb l'autorealització si estem segurs que tenim una feina estable, menjar assegurat i unes amistats que ens accepten.

Per tant, segons l'autor, per a que es puguin satisfer les necessitats superiors, és necessari que prèviament estiguin cobertes les necessitats més bàsiques situades a la base de la *Piràmide de Maslow*. Aquesta, des de les necessitats més bàsiques fins les més complexes, es divideix en cinc nivells:

- 1) Fisiològiques
- 2) De seguretat
- 3) D'afiliació
- 4) De reconeixement
- 5) D'autorealització

A continuació, a la **Figura 2**, adjuntem la Piràmide de necessitats de Maslow:



Figura 2: Piràmide de Maslow, A. (1975), jerarquia de necessitats.

Font: Elaboració pròpia.

Muner, J. (2010), per altra banda, fa la proposta següent per classificar les necessitats infantils i les que al llarg del temps van sorgint:

- Necessitats de caràcter físic – biològic: alimentació, temperatura, higiene, son. Activitat física: exercici i joc. Integritat física i protecció davant el risc real.
- Necessitats cognitives: estimulació sensorial, exploració física i social. Comprensió de la realitat física i social.
- Necessitats emocionals i socials: Seguretat emocional, identitat personal i autoestima. Xarxa de relacions socials. Participació i autonomia progressiva, així com establiment de límits al comportament.
- Sexuals: Contacte sexual.
- Amb l'entorn físic i social: Protecció davant el risc imaginari. Interacció lúdica.

Per altra banda segons Amorós, P., Fuentes, N., Palacios, J., León, E. i Mesas, A. (2003) les necessitats infantils fonamentals es poden agrupar en cinc grans grups:

Necessitats relacionades amb la seguretat, el creixement i la supervivència

Quan un nadó neix el seu grau de dependència cap a l'adult és total, de forma que la seva supervivència, el seu desenvolupament i creixement dependran de atenció que se li ofereixi de cara a satisfer les seves necessitats d'higiene, alimentació, protecció enfront el clima, prevenció de situacions de risc, etc. Així doncs, requereix un seguit d'atencions i cures, per part dels progenitors que, si són adequadament proporcionades, donaran lloc a perfils de creixement i maduració compatibles amb la normalitat.

Si pel contrari, no rep almenys els mínims requerits per a desenvolupar-se correctament, es poden produir problemes o dificultats que poden arribar a ser irreversibles i posar en perill la supervivència, el desenvolupament adequat i l'evolució psicològica correcta. Alguns exemples d'influències negatives que poden alterar el desenvolupament normal dels processos neurològics que van creant poc a poc el cervell humà són: addiccions de la mare a substàncies com l'alcohol o altres drogues, qualsevol agressió a l'embarassada o per part d'aquesta que pugui afectar al fetus o l'absència d'atencions bàsiques durant la gestació. Aquestes i d'altres situacions comprometran ja des d'un bon inici el creixement i desenvolupament normalitzat del fetus. Un cop l'Infant neix es continua aplicant la mateixa lògica ja que la manca d'atenció a les necessitats bàsiques així com qualsevol tipus d'agressió que pugui repercutir en qualsevol òrgan vital, determinaran el correcte desenvolupament i la supervivència d'aquest infant.

Necessitats relacionades amb el desenvolupament emocional

Com venim dient, quan un nadó neix, els primers anys de vida tenen una importància crucial pel fet de que és quan es constitueixen les bases i el model per a relacions emocionals posteriors. Com diuen Amorós, P. et al. (2003):

les emocions són la clau principal de la salut mental de les persones. Així com una vida emocional sòlida, segura i positiva ens fa psicològicament forts i resistent a tensions i contrarietats, una vida emocionalment fràgil i dominada per la inseguretat ens debilita i ens porta angoixes i contratemps. De l'ampli i complex món de les emocions, cal destacar-ne dues per la seva importància central: les que sentim a propòsit i en relació amb les persones que ens resulten més significatives (vincl) i les que experimentem respecte a nosaltres mateixos (autoestima).

El vincle segons afirmacions de Amorós, P. et al. (2003) constitueix el nucli primigeni i central de la nostra vida emocional i es considera un tret molt important en els humans. Així doncs, aquell infant que hagi tingut un tipus de relacions favorables, sensibles i duradores amb un adult de referència construirà un patró que influirà en les relacions de vincle posteriors.

Els infants, però, que viuen amb famílies en les que hi ha una absència de relacions de vincle o vincles disfuncionals ja que en l'entorn de l'Infant no es troba cap persona de manera estable que respongui a les seves necessitats i demandes, es desenvolupa un tipus de vincle de naturalesa ambivalent, evitatiu o desorganitzat. (Ortiz, M.J., Fuentes, M.J. i López, F. 1999).

A més a més el tema del desenvolupament emocional va molt lligat a l'autoestima. Aquesta és molt modelable durant els primers anys de vida i la seva contribució a la nostra felicitat i la nostra salut mental és fonamental. Aquesta, constitueix el reflex intern de la valoració que de nosaltres mateixos fan les persones que ens resulten significatives, de manera que l'autoestima no és sinó la imatge en mirall d'aquesta valoració: ens sentim valuosos si se'ns valora, ens sentim capaços si els qui per a nosaltres són importants ens valoren com a capaços (Hidalgo, M.V. i Palacios, J. 1999).

Una bona autoestima doncs, estarà relacionada amb una bona estabilitat emocional, un estat d'ànim positiu, sentiments de competència personal davant els reptes i exigències que presenta la vida, etc. Pel contrari, l'autoestima negativa predisposa a la

depressió, als sentiments personals negatius, a un nivell més baix de motivació davant situacions que exigeixen esforç, etc.

Necessitats relacionades amb el desenvolupament social

Com expliquen els autors, els humans necessitem l'entorn social per créixer i desenvolupar-nos. A través de la interacció social aprenem habilitats que ens resulten útils per al nostre desenvolupament personal i social. Aquestes habilitats les aprenem en primer lloc en el context familiar, quan de petits aprenem a demanar ajuda, a cridar l'atenció dels adults, que les nostres necessitats no es poden satisfer sempre de forma immediata, etc. Després continua quan ens ajuntem amb nens i nenes de la nostra edat, amb els iguals, i hem d'aprendre a controlar els nostres impulsos i agressivitat, habilitats de joc, cooperació, etc.

Les relacions socials doncs, no només son una font d'estimulació i de diversió per als infants sinó també d'aprenentatge de les diferents formes i maneres de relacionar-se. És quan els infants es relacionen quan aprenen a satisfer necessitats, a tenir en compte les necessitats dels altres, a respectar el torn, a perdre, a guanyar, a expressar emocions... Per tant, quan els infants s'ajunten amb els iguals, hauran de desenvolupar les seves habilitats socials i trobar un lloc dins el grup.

En canvi, la falta de contacte i relacions socials estimulants portarà dificultats o problemes ja que sense relacions i interaccions positives en el context familiar els infants veuran afectat l'aprenentatge bàsic d'habilitats de comunicació i interacció social. Tal i com explica Moreno, M.C. (1999) "els nens i nenes sotmesos a estils de criança caracteritzats per la indiferència, per la incoherència o per l'excés d'agressivitat, tindran grans dificultats per desenvolupar algunes de les habilitats socials i interpersonals bàsiques". L'aïllament social, doncs, crea infants sense habilitats socials i d'interacció que quan es relacionin amb grups de companys tindran grans dificultats per a ser acceptats per als altres i ocupar un lloc dins el grup. Sovint seran infants que prendran posicions més marginals o seran rebutjats de forma oberta.

Com apunten Amorós, P. et al. (2003):

En efecte, la manca d'habilitats de relació i d'iniciativa en el contacte amb els altres dóna lloc moltes vegades a aïllament social dins del grup, mentre que l'excés d'agressivitat i la manca de conductes de cooperació i ajuda acostumen a provocar rebuig social. Com és lògic, quan aquesta agressivitat no solament

és afavorida per determinats estils de criaça paterns, sinó que a més és ensenyada, fomentada i estimulada, les conseqüències per al desenvolupament social seran encara més contraproductes.

Necessitats relacionades amb el desenvolupament cognitiu i lingüístic

Per a tot infant que neix, les relacions primerenques tenen una gran importància perquè el seu desenvolupament sigui correcte, el cos i les seves possibilitats d'acció i expressió es vagin desenvolupant, les relacions de vincle i els primers fonaments de la identitat i l'autoestima es formin, i s'apreguin les habilitats i competències socials.

Com comenten els autors són aquestes relacions primerenques les que ens permeten relacionar-nos amb els objectes i a descobrir-ne les seves propietats, les que ens ensenyen a descobrir-nos com a agents sobre les coses i les persones, quan aprenem a comunicar-nos i després a parlar. Així doncs, els humans venim tant genèticament predisposats a adquirir el llenguatge que per poc que hi hagi una mica d'estimulació lingüística al nostre entorn, aprendrem a parlar. Es tracta però, de fer-ho en el moment evolutivament més adequat i amb una complexitat i riquesa creixents.

Per tant, si les condicions de l'entorn de l'Infant són positives, aquest anirà adquirint el llenguatge i la capacitat d'absorbir la realitat i les seves propietats, amb un coneixement cada cop més articulat i complex. A mesura que aquest desenvolupament es va produint i es van adquirint aquests aprenentatges, no només s'aprenen continguts concrets sinó que es desenvolupen habilitats cognitives com l'atenció selectiva, la memòria, l'anàlisi i resolució de problemes...

En canvi, si les condicions de l'entorn de l'Infant no són estimulants per a la comunicació, el llenguatge i el diàleg, ni per fomentar la capacitat d'interpretació de la realitat i afrontar els dilemes i problemes que aquesta planteja, serà un problema ja que en alguns casos inclús pot produir profunds trastorns de la comunicació i del desenvolupament amb greus alteracions evolutives.

Amorós, P. et al. (2003) apunten que:

Qualsevol circumstància en què els petits estiguin sotmesos a condicions d'aïllament, soledat, atenció inadequada, estimulació pobra o inexistent, suposarà un dèficit evolutiu molt més important com més extremes siguin les condicions de privació o mala estimulació. La conseqüència més habitual i dramàtica és el retard evolutiu generalitzat, en el qual el nen o la nena afectats

mostren un perfil evolutiu marcadament pobre i alterat amb relació al que s'espera per la seva edat.

Aquest retard evolutiu generalitzat provocarà, doncs, dificultats que limitaran severament les possibilitats d'un desenvolupament posterior dels nens.

Necessitats relacionades amb l'escolarització.

L'escolarització dels infants representa un nou entorn en el que hauran d'aprendre noves habilitats, on tindran l'oportunitat de realitzar nous aprenentatges i on es trobaran tant amb límits i exigències noves als que s'hauran d'acostumar com amb un contacte continuat amb els iguals que els requerirà habilitats i exigències.

En el cas de que en el desenvolupament primerenc dels infants en l'àmbit familiar s'hagin adquirit elements relacionats amb el llenguatge, l'atenció, la interacció social,... els infants tindran una bona adaptació a l'escola i hi trobaran un lloc on podran no només mostrar aquelles habilitats ja adquirides, sinó aprendre'n de noves.

L'escola, però, tot i que per a molts nens és una oportunitat per a desenvolupar-se, per a altres és un món de dificultats. Tendeixen a tenir dificultats aquells infants que prèviament a entrar a l'escola no han estat estimulats i ben atesos i per tant es troben un mar de dificultats per fer front a les exigències de llenguatge, d'atenció, de memòria, de resolució de problemes... habilitats que dins de l'àmbit escolar són essencials per a un bon treball diari. Per exemple, problemes en el desenvolupament del llenguatge o tendències hiperactives són un predictor negatiu de la bona adaptació escolar.

4.1.4. Causes. Situacions de desprotecció en la infància i l'adolescència

Com bé venim dient, els infants tenen una sèrie de necessitats que han de ser cobertes i la resposta dels adults de referència a aquestes necessitats determinaran el correcte desenvolupament d'aquests. El nombre d'infants en situació de desprotecció, però, demostra que no tots els infants tenen la sort de tenir uns pares o adults de referència capaços o implicats en satisfer aquestes necessitats. Aquesta incapacitat o poca implicació pot venir donada per molts factors o circumstàncies que més endavant comentarem. Abans, ens endinsarem en el concepte de desprotecció infantil.

Arruabarrena, I. i Intebi, I. (2010) entenen per desprotecció infantil quan "un nen, nena o adolescent té les seves necessitats bàsiques sense satisfer i pateix un dany físic o emocional, o es troba en risc seriós de patir aquest mal, com a conseqüència del comportament dels seus pares o cuidadors".

Per Becedóniz, C. (2003) "una situació de desprotecció infantil és producte d'una insatisfacció de les necessitats bàsiques de l'Infant o adolescent, que genera un dany o risc que dificulta o impedeix el seu desenvolupament integral". Afegeix també que una sobre satisfacció de determinades necessitats tampoc afavoreix un desenvolupament adequat.

Sota el concepte genèric de desprotecció infantil, però, s'engloben diversos tipus de situacions que tot i ser diferents en tant a detecció, etiologia, tractament i prevenció tenen unes característiques comunes segons Becedóniz, C. (2003):

1. Constitueixen la manifestació i resultat d'un conjunt de problemes que afecten al benestar familiar i al seu entorn present i passat.
2. Afecten negativament la satisfacció de les necessitats bàsiques de l'Infant i comprometen el seu adequat desenvolupament.
3. Els seus efectes negatius augmenten en intensitat a mesura que la situació es cronifica o és més severa.

En cadascuna d'aquestes manifestacions tipològiques, la gravetat i severitat de la situació de desprotecció incrementarà a mesura que aquesta es separa d'aquesta situació de benestar infantil que es concreta en la satisfacció de les necessitats bàsiques.

Hi ha 5 tipus de maltractament que habitualment s'identifiquen:

	ACTIU	PASSIU
FÍSIC	Maltractament físic	Negligència
	Abús Sexual	
EMOCIONAL	Maltractament emocional	Abandonament emocional

Figura 3: Tipus de maltractament segons Becedóniz, C. (2003).

Font: Elaboració pròpia en base a les explicacions de Becedóniz, C. (2003).

Becedóniz, C. (2003) afegeix que hi ha altres tipus de maltractament com “l'explotació laboral, la corrupció, la incapacitat parental de control de la conducta del menor, el maltractament parental, el retard no orgànic en el desenvolupament, el síndrome de Munchausen per poders i l'abandonament literal”.

Arruabarrena, I. i Intebi, I. (2010), apunten la importància de la detecció precoç de les situacions de desprotecció ja que aquestes poden tenir greus conseqüències en els infants:

La detecció precoç de les situacions de desprotecció infantil és fonamental, ja que nombrosos estudis assenyalen que com més tard es detecta un cas més s'incrementa la gravetat de les conseqüències físiques, emocionals o socials que genera el maltractament, el que dificulta el pronòstic de recuperació . Així doncs, com més aviat es detecti i notifiqui una situació de desprotecció infantil millors seran els resultats en la intervenció que es realitzi amb el nen, nena o adolescent i la seva família. D'altra banda, nombroses investigacions mostren una elevada incidència de situacions de desprotecció que afecten l'esfera afectiva o de les cures bàsiques i que, igual que les que afecten l'esfera física, produeixen importants seqüeles a curt i llarg termini.

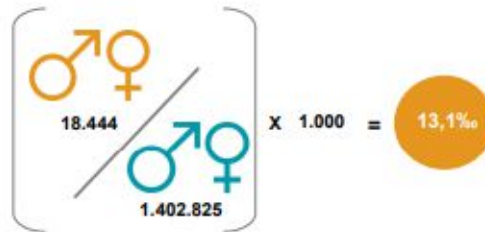
A Catalunya quan un infant o adolescent es troba en una situació de desprotecció, i aquestes necessitats de les que hem parlat en el punt anterior no estan sent cobertes, entra en funcionament el sistema públic de protecció de menors.

La legislació catalana distingeix, en funció de la gravetat de la situació de desprotecció, entre situacions de risc i situacions de desemparament. En qualsevol dels dos casos, si un ciutadà o servei es fa coneixedor d'aquesta situació, té la

obligació de comunicar-ho als serveis socials bàsics o especialitzats en el menor temps possible. Al punt *La protecció a la infància i adolescència a Catalunya* s'explica de forma més detallada i a continuació ens endinsem en les dues situacions de desprotecció anomenades.

Mensualment DGAIA fa un informe estadístic en la que es pot observar la població infantil i adolescent que té un expedient obert al Sistema de protecció a la infància i adolescència de Catalunya. A continuació es farà una descripció de les dades d'aquest darrer informe del mes de febrer de 2019.

En primer lloc, com podem observar, es mostra la taxa per mil d'infants i adolescents amb expedient obert en el sistema de protecció. Aquesta evidència que actualment hi ha 18.444 infants amb expedient obert en el sistema de protecció. Observem en el segon apartat, sobre el tipus d'expedient obert l'últim dia del mes de febrer, que dels 18.444 infants amb expedient obert hi ha un 21,6% en situació de desemparament i un 37,4% amb expedient de risc greu amb intervenció oberta al EAIA (Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència). Dels infants en situació de desemparament un 66%, és a dir 2.692 nens i nenes, estan en un procés d'estudi que implica la separació del seu nucli familiar. Sumant aquests amb el 6.964 infants ja tutelats i aquells en guarda administrativa i judicial, s'evidencia un total de 9.676 infants i adolescents en mesura protectora.



Distribució segons el tipus d'expedient obert a darrer dia del mes

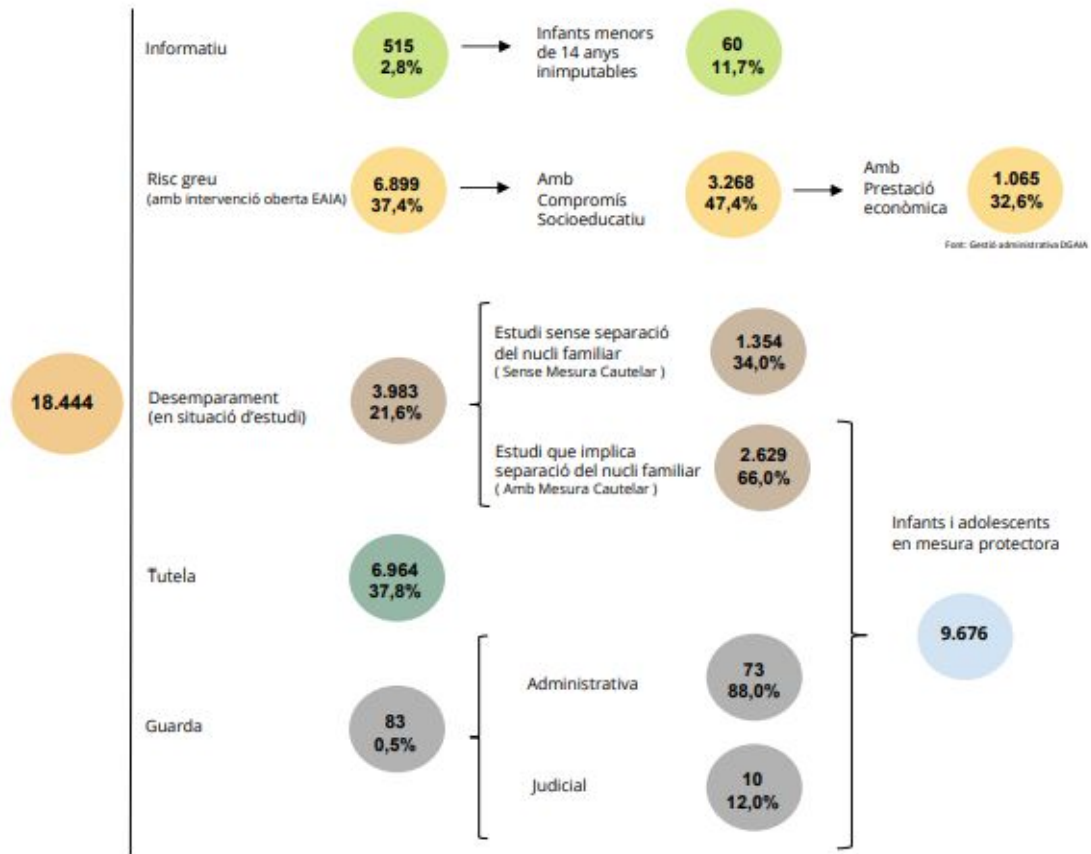


Figura 4: Població infantil i adolescent amb expedient obert en el sistema de protecció.

Font: Informe estadístic mensual. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA). Febrer de 2019.

Per altra banda, el mateix informe mostra que dels 9.676 infants en mesura protectora

- El 37,3% estan acollits en família
- El 61% està en centres residencials
- I l'1,7% restant, està en altres situacions com hospitals, justícia juvenil...

4.1.4.1. Infància i adolescència en situació de risc

Un cop definit el concepte d'infància, considerem interessant i necessari afegir en aquest marc teòric el concepte *d'infància en risc*. Tot i així, no podem parlar d'infància en risc sense parlar abans del concepte *risc social*.

Per Allueva, A. (2011):

es considera situació de risc aquella en què, a causa de circumstàncies personals o familiars del menor, o per influència de l'entorn, es veu perjudicat el seu desenvolupament personal o social de manera que, sense arribar a l'entitat, intensitat o persistència que fonamentarien la declaració de desemparament, sigui necessària la intervenció de l'Administració pública. D'acord amb la definició anterior, les situacions de risc es caracteritzen per l'existència d'un perjudici per al menor que no aconsegueix la gravetat suficient per a justificar la seva separació del nucli familiar.

Segons Balsells, M.A. (2000) l'actual concepte de infància en risc social sorgeix com a conseqüència d'almenys tres fenòmens diferencials que permeten tenir una visió unívoca del seu contingut epistemològic. Aquests fenòmens són:

- El reconeixement internacional dels drets de la infància i les conseqüents mesures per a garantir-los
- El reconeixement de les conseqüències cognitives, afectives i socials que té en la infància el fet de viure en una situació carencial
- El reconeixement de la inadaptació social com a fruit d'un procés d'aprenentatge que s'inicia a la infància en risc social

La Llei orgànica de protecció jurídica del menor 1/1996, del 15 de gener, publicada al Boletín Oficial del Estado (BOE), defineix que són situacions de risc de qualsevol tipus "aquelles que perjudiquin el desenvolupament personal o social del menor, que no requereix l'assumpció de la tutela per part dels poders públics, els quals, en qualsevol cas, hauran de garantir els drets que tenen els menors".

La mateixa llei 1/1996 al BOE afegeix:

Es situación de riesgo toda aquella en la cual el desarrollo y bienestar de la persona, niño o adolescente se ve limitado o perjudicado por cualquier circunstancia personal, social o familiar, siempre y cuando para su protección efectiva no sea necesaria la separación de su núcleo familiar.

Així doncs, segons el Departament de Benestar i Família podem definir Infància en risc aquella situació en la que es troben els nens i nenes que viuen immersos en unes condicions de vida que obstaculitzen, perjudiquen o poden perjudicar a curt o mig termini el seu correcte desenvolupament. Quan el desenvolupament o l'evolució del nen tant a nivell psicològic com emocional, socio-afectiu o fisico-biològic es veu amenaçat o ja afectat per factors compresos en l'entorn familiar i/o social, es parla d'un *nen o nena en risc o alt risc psico-social*. Que un infant estigui en situació de risc no comporta la separació de l'Infant del seu nucli familiar però si el treball amb aquest per tal de millorar la situació.

L'article 102.2 de la LDOIA 14/2010, tipifica les següents casuístiques com a situacions de risc:

- La falta d'atenció física o psíquica per part dels progenitors o dels titulars de la tutela o guarda de l'Infant o adolescent
- La dificultat greu per dispensar l'adequada atenció física i psíquica
- La utilització del càstig físic o emocional
- Les carències que no poden ser adequadament compensades en l'àmbit familiar
- L'absentisme escolar i la falta d'escolarització en edat obligatòria
- El conflicte obert i crònic entre els progenitors, separats o no, si anteposen les seves necessitats a les del nen/a o adolescent
- La incapacitat o impossibilitat de control de la conducta del nen o adolescent
- Qualsevol altra circumstància que, si persisteix, podria evolucionar i derivar en el desemparament del infant o adolescent

Per altra banda creiem interessant afegir que La DGAIA cada mes realitza un informe estadístic que inclou el nombre nou d'expedients de risc greu (ER). L'últim informe, del mes de febrer de 2019, ens informa del nombre d'infants i adolescents que es troben en situació de risc greu.

Segons la Direcció General d'Atenció a la infància i l'Adolescència, com podem veure en l'estadística, el gènere no és un factor determinant en els infants amb expedients de risc ja que el 53,2% són nens i el 46,8% són nenes. Tampoc veiem una clara dominància d'edats, els percentatges estan repartits prou equitativament al voltant del 20% des dels 6 als 17 anys. Ara bé, hi ha un percentatge menor de nens i nenes entre els 0 i 5 anys, el 1,4% de menys d'un any, el 6,6% d'un a dos anys i el 12,9% de tres a cinc anys. La Distribució segons el servei territorial marca clarament que a la zona

central hi ha el major nombre d'expedients, quasi el 60%, tenint l'àrea metropolitana de Barcelona com la zona amb més concentració de casos, un 18,4%. A part, destacar que el gironès té el 15,1%, Tarragona acumula un 19,2% i la zona de ponent i del Pirineu occidental el 6,5%. El 42,4% dels casos totals d'expedients de risc són amb compromís socioeducatiu i el 32,6% són, a part, amb prestació econòmica. Finalment, subratllar que en el darrer mes de Febrer s'han obert 787 expedients de risc lleu, moderat i greu.

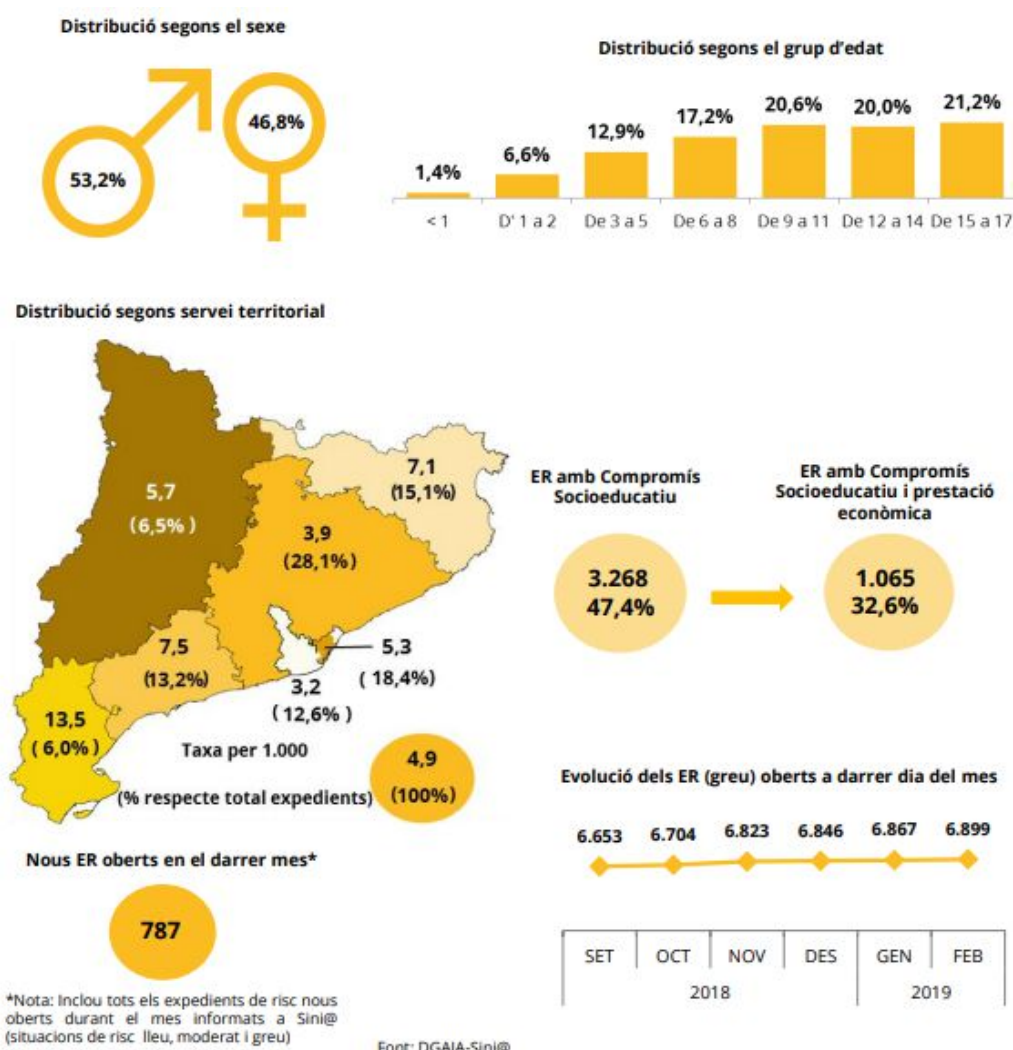


Figura 5: Expedients de Risc (greu).

Font: Informe estadístic mensual. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA). Febrer de 2019

4.1.4.2. La infància i adolescència en situació de desemparament

Les situacions de risc sovint poden desembocar en situacions de desemparament. És per aquest motiu que considerem essencial definir en aquesta recerca el concepte de desemparament.

Es considera situació de desemparament aquella situació que es produeix de fet, a causa de l'incompliment o de l'impossible o l'inadequat exercici dels deures de protecció establerts per la llei per a la guarda dels menors, quan aquests quedin privats de la necessària assistència moral o material. (Llei Orgànica 1/1996 de 15 de gener, de Protecció Jurídica del Menor. BOE. Article 172)

La LDOIA 14/2010 a l'article 105.1 defineix per situació de desemparament aquella situació en que als infants o adolescents els manquen els elements bàsics per al desenvolupament integral de la personalitat, sempre que per a llur protecció efectiva calgui aplicar una mesura que impliqui la separació del nucli familiar.

L'article 105.2 de la LDOIA 14/2010 tipifica les següents situacions com a situacions de desemparament:

- Abandonament
- Els maltractaments físics o psíquics, els abusos sexuals, l'explotació o situacions d'anàloga natura
- El maltractament prenatal
- L'exercici inadequat de les funcions de guarda que comporti un perill greu per al menor
- El trastorn, l'alteració psíquica o la drogodependència dels progenitors o titulars de la tutela o guarda que repercuteixi greument en el desenvolupament del menor
- El subministrament al menor de drogues, estupefaents o qualsevol altra substància psicotròpica o tòxica
- La inducció a la mendicitat, la delinqüència o la prostitució, o l'exercici d'aquestes activitats per part de les persones encarregades de la guarda
- La desatenció física, psíquica o emocional greu i cronificada
- La violència masclista o l'existència de circumstàncies en l'entorn sociofamiliar que perjudiquin greument el desenvolupament del menor
- L'obstaculització per part dels progenitors o titulars de la tutela o guarda de les actuacions d'investigació o comprovació, o la seva falta de col·laboració,

quan aquest comportament posi en perill la seguretat del menor, així com la negativa d'aquests a participar en l'execució de les mesures adoptades en situacions de risc si això comporta la persistència, la cronificació o el greuge de les mateixes

- Les situacions de risc que pel seu nombre, evolució, persistència o greuge determinin la privació del menor dels elements bàsics per al desplegament integral de la seva personalitat
- Qualsevol altra situació de desatenció o negligència que atempti contra la integritat física o psíquica del menor, o l'existència objectiva d'altres factors que impossibilitin el seu desenvolupament integral

A continuació mostrem les estadístiques de desemparament que proporciona la DGAIA el darrer més de Febrer del 2019 sobre els expedients de desemparament distribuïnt-ho segons el sexe, el grup d'edat, el servei territorial i el tipus de mesura cautelar. S'indica també el nombre d'expedients nous oberts en el darrer mes.

Com podem veure, tres quartes parts del total d'expedients de desemparament oberts han estat destinats a nens. Per tant, només en el 25% de casos es tracta de nenes. L'edat clarament dominant és la dels 15 als 17 anys ja que recull més del 60% dels casos, deixant el 12,2% als infants d'entre 12 i 14 anys, el 6,3% als de 9 a 11 i així cada cop a menys. Pel que fa la distribució segons el servei territorial és força semblant al dels expedients de risc, ja que la zona del barcelonès agrupa el major percentatge de nombre d'expedients, el 57,9%, destacant, altre cop, la zona metropolitana de la ciutat amb la major concentració de casos. En aquest cas, però, el tarragonès alberga un 22,4%, seguit del Pirineu occidental i el territori de ponent amb un 10,7% i el gironès amb un 8,9%. Del total de 2.629 casos d'expedients amb Mesura Cautelar, cal dir que el 81,3% són d'atenció immediata i el 18,7% de desemparament preventiu. Per finalitzar, comentar que s'han obert 511 casos en el darrer mes, dels quals 241 són expedients de desemparament sense Mesura Cautelar i 270 amb Mesura Cautelar.

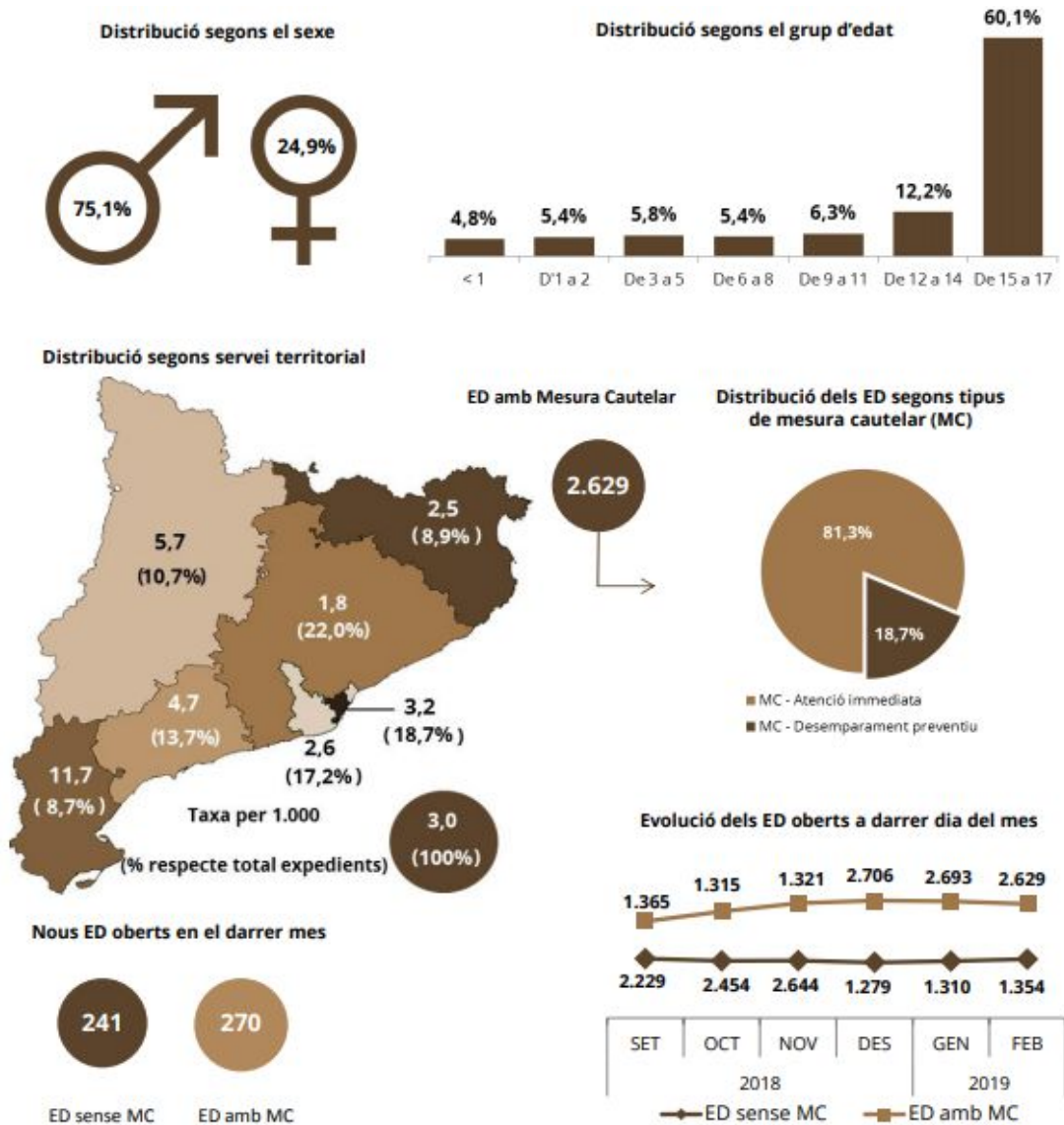


Figura 6: Expedients de Desemparament

Font: Informe estadístic mensual. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA). Febrer de 2019

Per últim s'ha considerat interessant afegir un gràfic que reflexa com han incrementat els expedients de risc i desemparament oberts en els darrers anys segons els informes mensuals de la DGAIA (2016-2019).

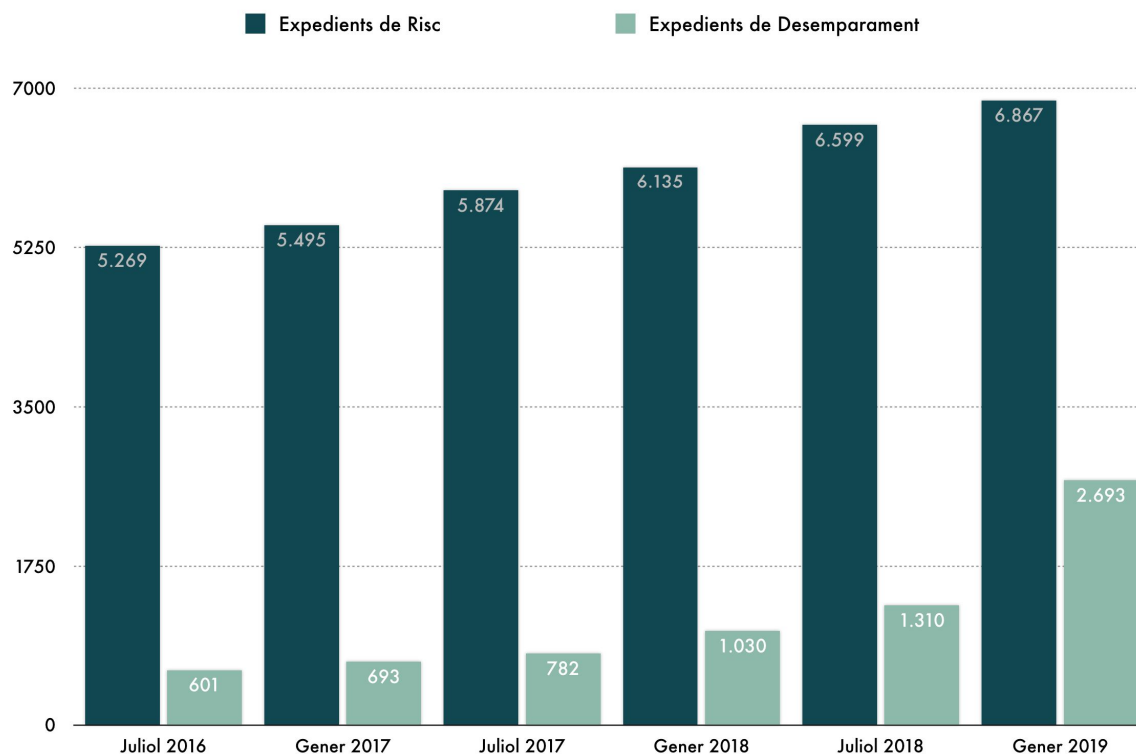


Figura 7: Nombre d'expedients de risc i desemparament de l'any 2016 al 2019

Font: Elaboració pròpia en base a les estadístiques dels informes estadístics mensuals de DGAIA (2016-2019)

Les estadístiques mensuals de la Direcció General d'Atenció a la Infància confirmen un creixement progressiu d'expedients tant de risc com de desemparament. Pel que fa als de risc, veiem que en dos anys i mig s'han obert 1.598 expedients. Per altra banda, en aquest mateix període de temps han quedat oberts 2.092 expedients de desemparament amb Mesura Cautelar. Per tant, veiem que en ambdós casos hi ha un increment del nombre d'expedients des del juliol del 2016, destacant la pujada de casos de desemparament en el darrer mig any.

4.1.4.3. Causes que poden portar a un infant o adolescent a una situació de desprotecció

Com hem anat explicant al llarg dels darrers punts, el motiu principal que porta un nen a la mesura de protecció tant d'acolliment familiar com residencial és la situació de desemparament. Tot i això, una situació de desemparament no sempre està motivada per les mateixes causes i cada família i infant o adolescent pateix situacions molt diverses.

Segons la Creu Roja (2017):

les causes que motiven la separació d'un/a nen/a de la seva família poden ser molt diverses i el més habitual és que se'n produeixi una combinació, amb múltiples factors de risc que comprometen el benestar infantil. En tots els casos el denominador comú està relacionat amb les capacitats parentals dels pares i/o adults de referència per al desenvolupament de la criança, cura i educació dels nens/es.

D'una banda, trobaríem totes aquelles situacions que de forma circular estan condicionant processos d'exclusió dels pares i/o adults de referència: greus manques de recursos econòmics o d'habitatge, dèficits personals que no garanteixin la satisfacció de les necessitats bàsiques dels infants, problemes en la convivència familiar, malaltia mental i/o física, ingrés a la presó, abandó, negligències... Per altra, podem trobar situacions en les que l'acolliment o l'internament a centre, ve donat per un ingrés hospitalari urgent dels progenitors amb una escassa xarxa de suport social... En els casos més extrems, ens trobaríem amb situacions de violència i/o abús de diversa índole. En aquesta situació, no té perquè existir una variable d'índole socioeconòmica determinant.

Les famílies, per les circumstàncies esmentades, es veuen abocades a sol·licitar a l'Administració competent de cada Comunitat Autònoma que assumeixi la guarda temporal dels seus fills i filles menors d'edat que tenen a càrrec, per un temps determinat no superior als 2 anys, o bé és la pròpia Administració Pública la que, malgrat els esforços realitzats després de la declaració de risc i/o una vegada constatada la situació de desemparament i/o maltractament, retira la tutela, procedint a delegar la guarda temporal en una família d'acolliment com a mesura de cura alternativa.

Arruabarrena, I. i Intebi, I. (2010) consideren que no hi ha una sola causa de la desprotecció infantil i que la desprotecció infantil es produeix en tots els grups socials, econòmics, religiosos, culturals i ètnics. Creuen també que les principals causes de desprotecció poden ser degudes a la incapacitat, limitació o comportament inadequat de les figures parentals, tutors o responsables legals del nen/a o adolescent o d'altra banda problemes o circumstàncies externes fora del control d'aquelles persones. Finalment afegeixen que la desprotecció infantil apareix com a conseqüència de la interacció de múltiples factors de risc.

Actualment a Catalunya, com hem explicat, hi ha un nombre elevat d'infants (2.693 al gener del 2019) que són separats del seu nucli familiar biològic per diversos motius que es consideren un risc per al seu desenvolupament. L'Administració és qui es fa càrrec d'aquests infants tot buscant la mesura de protecció més adient per a oferir-los un entorn segur que cobreixi les seves necessitats i vetlli pel seu desenvolupament i creixement.

Una de les mesures de protecció com hem explicat, i posteriorment ens centrarem, és l'acolliment familiar en família extensa o en una família aliena. La persona o família que tinguin la guarda de l'Infant es responsabilitzarà de les seves necessitats bàsiques així com de la seva educació i formació integral sempre assessorats i ajudats per la institució col·laboradora d'integració familiar (ICIF) a la que estiguin lligats. L'ajuda de les ICIF segons Cebal, C. i Agut, T. (2015) serà essencial tenint en compte que són infants amb unes vivències complicades i es essencial que les famílies rebin un ajut professional per tal de saber atendre de la millor manera possible aquests infants en situacions de conflicte.

Tot i que també existeix l'acolliment residencial com a mesura de protecció a la infància, es considera que l'acolliment familiar és una de les mesures que ofereix a l'Infant un ambient més normalitzat, afectiu i pròxim.

4.1.5. Respostes institucionals. La protecció a la Infància i l'adolescència a Catalunya

Al llarg dels anys i a partir d'actuacions, polítiques i serveis destinats a la protecció s'ha anat configurant el sistema de protecció a la infància i l'adolescència en situació de risc social o de desemparament a Catalunya. Sempre des de l'objectiu de la protecció, doncs, s'han anat desenvolupant experiències, actuacions, serveis i recursos destinats a la prevenció, la promoció, l'atenció i la participació que han anat creant un model català d'atenció als infants i adolescents en risc social i desemparament integrat dins el sistema de serveis socials.

El sistema de protecció català, doncs, com indica a la Llei dels Drets i les Oportunitats en la Infància i l'Adolescència (LDOIA) 14/2010 del 27 de maig, al capítol X, títol III sobre prevenció general, preveu la possibilitat de detectar una situació de risc social i/o desemparament en què es pot trobar un infant o adolescent. Aquesta detecció passa per les persones o institucions que tenen més contacte directe amb els infants i que, per tant, poden detectar situacions en les que es requereixi d'una intervenció dels equips especialitzats.

Aquests possibles detectors segons Muner, J. (2010) i el departament de treball, afers socials i famílies (2012) són els següents:

- Els familiars i veïns
- Els professionals dels centres escolars
- Els equips d'atenció psicopedagògica (EAP)
- Els monitors de les entitats infantils i juvenils
- Els professionals dels centres hospitalaris
- Altres serveis sanitaris
- Serveis de Justícia (Fiscalia i Jutjats)
- Els professionals dels Centres d'Atenció Primària (CAP)
- La policia (Policia Local i Mossos d'Esquadra)
- Infància Respon 900 300 777
- Els professionals dels Serveis socials bàsics.

A part d'aquests detectors, com indica l'article 100 sobre el deure de comunicació, intervenció i denúncia de la LDOIA del 14/2010 tot ciutadà que tingui coneixement d'una situació de risc o desemparament en que es pugui trobar un infant o adolescent té el deure d'informar-ne als serveis socials bàsics, especialitats o a l'òrgan competent

en matèria de protecció a la infància i adolescència el més aviat possible perquè en tinguin coneixement.

Una vegada s'ha detectat i denunciat la situació de risc o desemparament existeixen dos circuits per avaluar el cas i realitzar la proposta de la mesura més adient per a aquell infant o adolescent. El circuit pot ser ordinari o urgent depenent de la gravetat del cas. A continuació s'explica amb més detall.

4.1.5.1. El procediment ordinari per a la protecció d'infants i adolescents

Muner, J. (2010) explica que quan als serveis socials bàsics els hi arriba la informació d'una possible situació de desemparament o risc d'un infant o adolescent, han de valorar-ho i promoure, si escau, les mesures d'atenció social i educatives que permetin minimitzar o eliminar la situació de risc a través de la col·laboració dels pares, tutors o guardadors.

En el cas que aquesta intervenció amb els pares o referents no sigui efectiva i, per tant, la situació de risc es mantingui, els serveis socials tenen la obligació d'elevat l'informe als serveis especialitzats en infància i adolescència del territori (EAIA) amb la valoració de la situació de risc que persisteix, la intervenció duta a terme i els resultats obtinguts, els recursos emprats per a la millora de la situació i propostes de mesura que estimin oportunes per al cas.

En vista d'aquest informe l'EAIA ha de fer un estudi sociofamiliar i elaborar un compromís socioeducatiu (COSE) i/o pla d'intervenció adreçat als pares o tutors orientat a la superació del risc en el que es troba l'Infant o adolescent. Aquest compromís o pla ha de contenir la descripció de la situació de risc, la seva avaluació i concreció de les mesures que s'aplicaran des de serveis socials o altres serveis per a la superació de la situació perjudicial. Cal afegir que en aquest procés, si l'Infant té prou coneixement, se l'escoltarà i quedarà constància escrita del que aquest verbalitzi.

Finalment, si la situació de risc no és superada i es dona una situació de desemparament, l'EAIA elaborarà un informe amb la proposta de mesura de protecció més adient per a aquell infant o adolescent i l'elevaran a l'organisme competent de la Generalitat de Catalunya. Amb l'expedient corresponent serà la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) qui farà la proposta de protecció més adient.

A continuació, per a que quedi més clara l'explicació, la **Figura 8**, il·lustra el funcionament ordinari del circuit de protecció a la infància i adolescència en tres etapes:

1. Detecció, denúncia i derivació de casos de maltractaments
2. Estudi del cas, avaluació i proposta de mesura
3. Declaració de desemparament, assumpció de la tutela i aplicació de mesures de protecció.

Com es pot veure, el circuit ordinari es canalitza a través dels serveis socials bàsics. En el moment que es qualifica d'alt risc la situació d'un infant o adolescent, el seu expedient és derivat a l'EAIA. L'estudi que en fa l'EAIA, doncs, pot desembocar en l'ingrés en un centre d'acolliment o en l'atenció i contenció en el nucli familiar sense mesura. Serà la DGAIA la que s'encarregarà, doncs, de formular, si escau, la declaració de desemparament, l'assumpció de la tutela i l'aplicació de la mesura de protecció corresponent. Aquestes mesures, com bé indica el gràfic, poden ser l'atenció en la pròpia família, l'acolliment en família extensa o d'ingrés a centre residencial. En el cas de que es faci proposta d'acolliment en família aliena, serà l'ICAA (institut d'acolliment i adopcions) qui fa l'assignació i el seguiment.

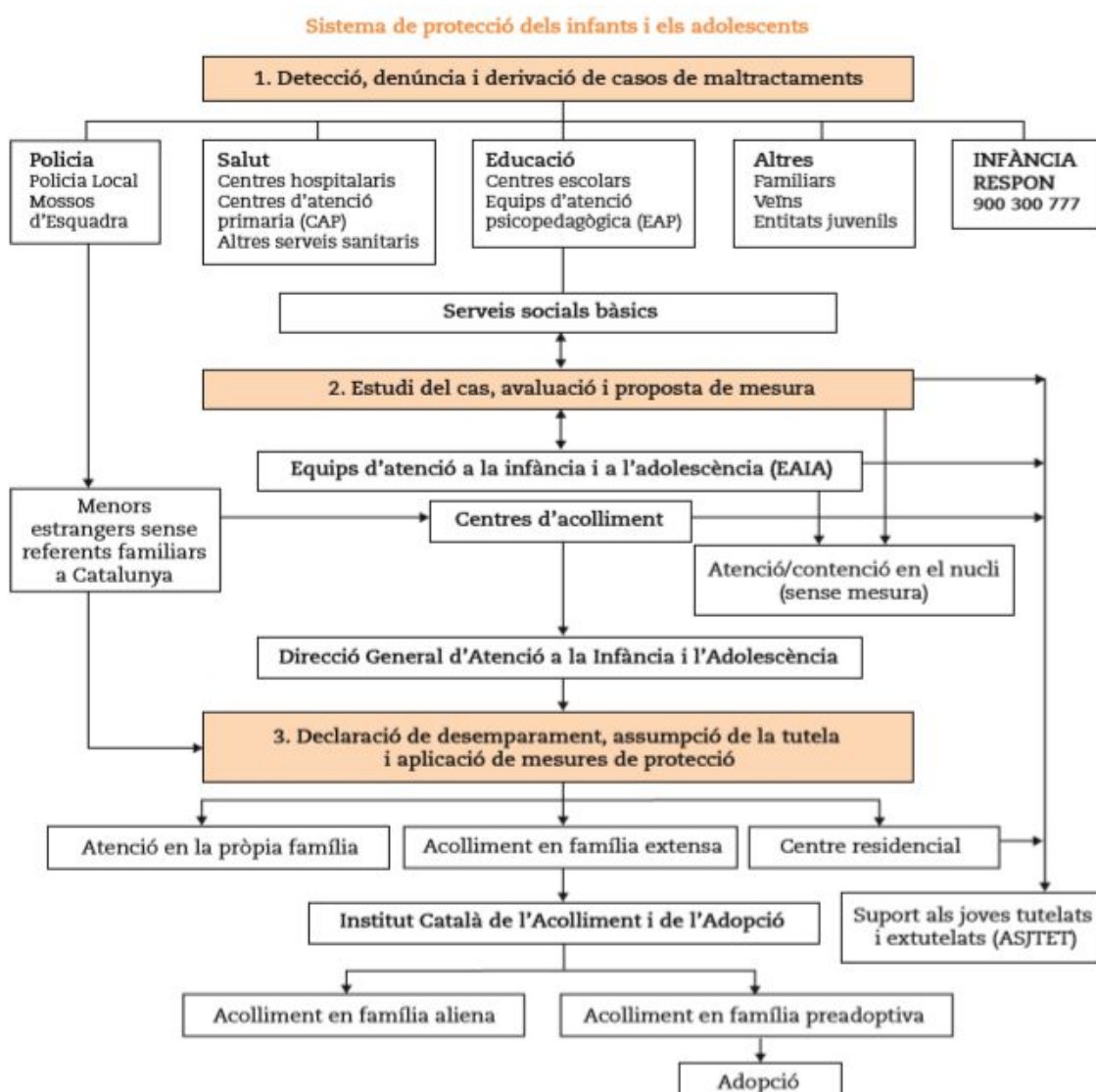


Figura 8: Circuit del sistema de protecció a la infància.

Font: Extret de "La protecció de la infància en situació d'alt risc social a Catalunya" del Síndic de Greuges de Catalunya, informe extraordinari 2009.

4.1.5.2. El procediment d'intervenció preferent per a la protecció d'infants i adolescents

Aquest procediment s'aplica quan la situació que pateix l'Infant es considera insostenible i de risc greu o molt greu i pot requerir la separació immediata de l'entorn familiar, ja que aquest posa en perill de manera manifesta la seva vida o integritat física o psíquica.

Muner, J. (2010) indica que en aquest procediment o àmbit d'intervenció, els recursos de protecció que entren a actuar de forma immediata en aquest circuit a indicació dels equips d'atenció a la Infància i l'adolescència (EAIA), els equips de valoració de maltractaments infantils (EVAMI) i la unitat de detecció i prevenció del maltractament infantil (UDEPMI) són els centres d'acolliment i les famílies d'acollida d'urgència.

En cas que l'Infant o adolescent sigui separat cautelament de la seva família i ubicat en un recurs de protecció immediata (centre d'acolliment o família d'urgència), aquesta situació serà transitòria, fins que l'equip tècnic determini, després de fer l'avaluació i el diagnòstic, la proposta de mesura protectora més beneficiosa per a aquest. (Muner, J. 2010)

MESURES DE PROTECCIÓ EN FUNCIÓ DEL PROBLEMA I LES PREVISIONS DE FUTUR

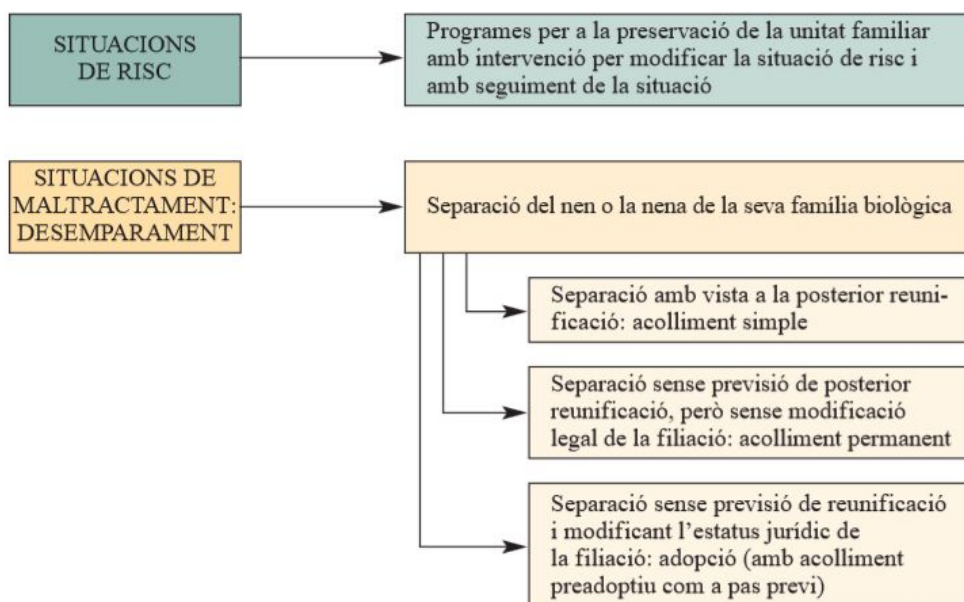


Figura 9: Mesures de protecció en funció del problema i les previsions de futur.

Font: Extret de "Famílies Cangur, una experiència de protecció a la Infància" d'Amorós et al. (2003). Col·lecció estudis socials. Núm. 13.

4.1.5.3. Mesures de protecció administrativa en desemparament

Com bé hem explicat al llarg del treball, quan un infant es troba en situació de desemparament i, per tant, en una situació en la que li manquen elements bàsics per al seu desenvolupament integral de la personalitat i per tant això comporta la separació del seu nucli familiar, es posen en marxa diverses opcions o mesures de protecció sempre tenint en compte l'interès superior de l'Infant i els informes previs dels equips tècnics especialitzats.

A continuació s'anomenen segons el Departament de treball, Afers Socials i Famílies (2010) les mesures de protecció que s'adopten per resolució motivada sempre tenint en compte l'interès superior de l'Infant o adolescent:

Acolliment familiar simple	En família extensa	És quan la DGAIA constitueix aquest acolliment confiant temporalment la guarda de l'Infant a alguna persona o familiar amb el qual l'Infant té una relació de parentiu ja que no pot romandre amb els seus pares a causa de les greus dificultats que presenten.
	En família aliena	Quan l'Infant no pot romandre amb els seus pares a causa de dificultats personals i familiars, ni tampoc amb la seva família extensa, la DGAIA constitueix aquest acolliment confiant de manera temporal la guarda d'un menor a una família o persona que no té cap relació de parentiu amb l'Infant.
Acolliment permanent	Es constitueix quan es preveu que el desemparament serà definitiu però no es considera adient la mesura d'acolliment preadoptiu. Aquest tipus d'acolliment es pot constituir en família extensa o en aliena.	
Acolliment preadoptiu	Aquesta mesura protectora es constitueix mitjançant l'Institut Català d'Acolliments i Adopcions (en endavant ICAA) de forma prèvia a l'adopció quan els pares de l'Infant estan sotmesos a una causa de privació de la pàtria potestat i es preveu que sigui una situació permanent.	
Acolliment convivencial	És el que exerceixen persones prèviament seleccionades i	

d'acció educativa (UCAE)	qualificades per raó de llur titulació, formació i experiència en l'àmbit de la infància i l'adolescència. Aquestes persones acolliran a infants amb necessitats especials o grups de germans.
Acolliment en una institució	És la mesura en la qual s'ingressa l'Infant en un centre residencial d'acció educativa (en endavant CRAE) adequat a les seves característiques. Aquesta mesura s'aplica quan es preveu que la necessitat de separació amb la família d'origen serà transitòria o quan no ha estat possible o aconsellable l'acolliment familiar simple.

Més endavant, al punt 4.2.2. sobre *Modalitats d'acolliment familiar* s'explica amb més detall.

4.2. L'acolliment familiar una alternativa de protecció a la infància.

Al llarg del treball ha anat sortint el concepte d'acolliment familiar com una alternativa de protecció a la infància i adolescència quan aquests estan en situació de desemparament. A continuació, però, ens hi endinsarem més profundament tot parlant de l'evolució que ha patit aquest concepte al llarg dels anys, les modalitats d'acolliment familiar i els efectes que aquesta mesura de protecció té en els infants i adolescents.

Com diuen Amorós, P. et al. (2003) quan parlem de temes relacionats amb la protecció a la infància, "a Espanya hi ha un dèficit històric del qual ens hem anat recuperant. En un passat s'utilitzaven pràcticament dues alternatives: l' internament a centres i l'adopció d'infants".

El concepte de protecció a la infància, però, amb els anys ha anat evolucionant tant a nivell nacional com autonòmic i segons Amorós, P. et al. (2003) han sorgit uns principis que el regeixen:

L'interès superior del nen o nena. Aquest principi té caràcter internacional i ha estat consolidat com a imprescindible per la Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets del nen o la nena. Es refereix a la responsabilitat de tota persona o institució de donar prioritat als interessos personals de cada nen o nena en qualsevol litigi amb tercers; i també a la prioritat de l'interès general de la infància sobre altres interessos adults.

Detecció precoç dels problemes o necessitats de la infància. Dins de tots els programes i actuacions de polítiques d'infància cal preveure accions que permetin detectar precoçment els possibles problemes o necessitats de la població infantil, i actuar de manera preventiva i eficaç sobre aquests.

Suport a la família amb fills. La millor estratègia preventiva davant els problemes i les necessitats de la infància és garantir el suport social suficient a totes les famílies amb fills, de manera que asseguri l'assumpció de les seves responsabilitats de manera digna i faci compatible la vida laboral i la vida familiar. Els poders públics hauran de prioritzar aquest principi a l'hora de desenvolupar polítiques d'infància. (Amorós, P. et al., 2003)

A l'hora de definir el concepte d'acolliment familiar, però, s'han de tenir en compte dos corrents, aquella de caire jurídic i la tendència més social.

Començant per la vessant més jurídica, la Llei 1/1996 al BOE entén per acolliment familiar:

un instrumento legal de protección del menor desamparado o – en general – de aquél cuyos padres no pueden dispensarle los cuidados necesarios para su adecuado desarrollo como persona, mediante el cual es insertado plenamente – de forma transitoria, permanente o con vistas a una posible adopción – dentro de un ambiente sustitutivo o complementario del propio, que le asegure la asistencia moral y material adecuada a sus necesidades, teniendo presente en todo momento que – siempre que sea posible y así lo aconseje el interés superior del menor – deberá orientarse toda actuación a reinserción dentro de la propia familia.

Espiau, S. i Vaquer, A. (1999) expliquen que el terme d'acolliment familiar s'ha de definir en base a la definició de guarda, ja que aquesta mesura de protecció del menor desemparat s'organitza mitjançant la convivència amb una persona o família, que substitueix de forma provisional el nucli familiar originari. La integració de l'Infant dins la família acollidora persegueix l'objectiu d'actuar en l'àmbit personal. Això vol dir que la família acollidora haurà de dotar els menors de les facultats i obligacions pròpies del règim de guarda. Per altra banda serà l'entitat pública qui prendrà la funció tutelar que comporta la representació legal, és a dir, tant aspectes personals com patrimonials. Això passarà en els casos en els que la intervenció protectora es produeix com a conseqüència de la carència d'elements bàsics per al desenvolupament integral de la personalitat del menor, i es fa necessària la separació del nucli familiar.

Des de la vessant més social, hi ha varies definicions del concepte d'acolliment familiar. Segons Casellas, S. i Mayoral, J. (2010) l'acolliment familiar és:

La mesura de protecció per mitjà de la qual un infant o adolescent en situació de desemparament i, per tant, sota les funcions tutelars de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA), ha de ser confiat a una família aliena o extensa que faci possible el seu desenvolupament integral com a persona.

Per altra banda Amorós, P. i Palacios, J. (2004) defineixen l'acolliment familiar com:

un recurs social, en el que el nen afecte d'una concreta problemàtica sociofamiliar rep, per part d'una determinada família, l'oferiment de ser acollit a casa seva, donat que la seva família biològica no pot – o no vol – fer-se càrrec de les obligacions que comporta ser pares. Aquest acolliment, hipotecat per la

major o menor persistència de les causes que el motivaven, pot ser viscut a curt, mig o llarg termini, però sempre com una mesura temporal oberta a una de les tres solucions: la reinserció del menor amb la seva família, l'adopció en cas de no ser possible la reinserció del menor a la seva família biològica o la independència en cas de que el menor arribi a la majoria d'edat.

D'altra banda, Ripoll - Millet, A. i Rubiol, G. (1990) el defineixen com una ajuda per a famílies que per determinats motius tenen dificultats per fer-se càrrec dels seus fills i que poden beneficiar-se de forma eficaç de la col·laboració solidària d'altres persones o famílies.

El Departament de Treball, Afers Socials i Famílies considera l'acolliment familiar

un gest altruista i desinteressat que proporciona un entorn d'estimació, tendresa, comprensió, atenció i dedicació a un infant que ho necessita durant un temps determinat. És una mesura temporal per oferir als infants el millor entorn possible per créixer fins que la seva família resolgui els problemes que li impedeixen ocupar-se'n.

Així doncs, l'acolliment familiar és una forma de cura alternativa basada en la solidaritat ciutadana, que permet als nens que es troben en una situació de desemparament créixer en un ambient familiar estable quan les circumstàncies els impedeixen desenvolupar la seva vida amb la seva família d'origen.

Els objectius principals d'aquesta mesura de protecció, doncs, són permetre que la família biològica pugui dedicar-se a la seva recuperació i, paral·lelament, oferir al nen una seguretat, procurant que construeixi de forma estable i segura la seva personalitat. Cal afegir, però, que els infants mentre estan en acolliment no perden el contacte amb els seus pares o família biològica i tenen visites reiterades en el temps, normalment supervisades per tècnics de les Institucions Col·laboradores d'Integració Familiar (ICIF) a les dependències de la DGAIA, per tal de mantenir el vincle.

4.2.1. Evolució del concepte d'acolliment familiar

Segons Amorós, P. et al. (2003) l'acolliment familiar des d'una perspectiva pràctica i generalitzada té encara una curta història. Des de la perspectiva legal, però, és reconegut des de les disposicions de l'any 1788, al títol d'afillament i adopció d'expòsits promulgat pel Rei Carles III. Més tard noves lleis van anar regulant i controlant la situació d'infants orfes i abandonats i l'any 1936, com a conseqüència de la Guerra civil Espanyola i les seves causes, sorgeixen disposicions per proporcionar atenció als infants en situació d'abandonament. Més tard, el decret de l'11 de juny de 1948 regula que, sota la facultat protectora, el Tribunal Tutelar de Menors pot ordenar que un menor sigui confiat a una persona, família o establiment.

Amorós, P. i Palacios, J. (2004) distingeixen tres períodes en l'evolució i desenvolupament de l'acolliment familiar a Espanya:

El primer període. De la guarda i custòdia al acolliment familiar (1975-1986)

És en aquest primer període, l'any 1975, quan comença a Espanya una democratització dels ajuntaments, fet que, poc a poc, es va reflectint a les polítiques socials del moment. Alhora, la influència dels moviments socials i els processos de desinstitucionalització, tant a nivell internacional com nacional, contribueixen a que es proporcioni una atenció molt més individualitzada.

Va ser el mateix any 1975 quan Luis Sanz crea a Barcelona una associació anomenada MACI (Movimiento de Atención a cierta Infancia) que impulsa l'acolliment familiar com una alternativa a les institucions. Aquesta associació tenia per objectiu principal, doncs, donar resposta familiar als infants en situació de "semi-abandonament" evitant així la institucionalització. Al inici la modalitat d'acolliment que s'utilitzava era l'acolliment preadoptiu, és a dir, que s'oferia majoritàriament a infants que ja estaven institucionalitzats i que la seva situació legal apuntava a una posterior adopció. Establint un acord amb els Tribunals Titulars de Menors de Catalunya, doncs, aquest moviment va permetre a un gran nombre d'infants viure en famílies d'acollida.

A principis dels vuitanta, més concretament l'any 1984, va ser quan a ciutats com Girona i Barcelona es va començar a parlar d'acolliment familiar amb previsió de retorn. Això sorgeix arrel de la necessitat d'alguns infants i adolescents a ser atesos de forma temporal mentre les famílies milloressin les circumstàncies que els impediien fer-se càrrec dels seus fills. Poc a poc, aquesta modalitat d'acolliment es va anar aplicant al País Valencià, Madrid i País Basc, entre d'altres.

Segon període. Els canvis legislatius i la elaboració d'una nova metodologia d'intervenció social (1987-1995)

L'any 1987 es va introduir el concepte d'acolliment familiar a la Llei. A partir d'aquell moment es va crear un nou sistema de protecció a la infància a Espanya. La Llei 21/1987 del 26 de novembre de reforma del codi civil i de la Llei d'enjudiciament Civil de la Matèria d'Adopció i d'altres formes de protecció de menors, va provocar la creació de l'article 173 que estipula la figura de l'acolliment. Parla de l'acolliment, doncs, com una alternativa de protecció a la infància i com una mesura diferenciada de l'adopció. Aquesta llei va afavorir la creació de programes d'acolliment familiar en el 60% de les diferents delegacions territorials de protecció de menors que existien a Espanya.

En el període comprès entre 1987 i 1995 es comencen a dur a terme campanyes de sensibilització per tal de captar famílies disposades a assumir el repte de l'acolliment.

D'altra banda, hi ha un interès per part d'algunes comunitats autònomes a introduir els models de selecció/formació com a elements bàsics d'una nova forma d'intervenció en l'acolliment familiar, tot això acompanyat amb cursos de formació destinats als professionals i realitzats a través del Centre d'Estudis del Menor del Ministeri d'Afers Socials. (Amorós, P. et al. 2003)

En aquesta època els acolliments en família aliena més comuns eren els preadoptius, tot i que ja es començava a utilitzar l'acolliment en família extensa. Normalment per als infants en acolliment permanent s'utilitzaven els centres residencials.

És a principis dels noranta quan coincideixen diversos elements que potencien l'acolliment familiar a les comunitats autònomes més innovadores:

- La formació dels professionals
- Un canvi en l'ús dels programes de protecció i adequació a les característiques dels nens i nenes en situació de desprotecció
- Determinació de la metodologia de intervenció
- Elaboració de guies, instruments i programes

Es tracta d'una època caracteritzada per una gran motivació dels professionals, una gran sensibilització per part dels polítics.

Tercer període. Els nous reptes (de 1996 fins l'actualitat)

En aquest tercer període destaca la importància de la Llei Orgànica 1/1996, de Protecció Jurídica del Menor, el 15 de gener en la que es reconeix als menors com a subjectes actius i de dret de protecció. Aquesta llei fa un recull de les diferents modalitats d'acolliment familiar: preadoptiu, simple, permanent i l'acolliment provisional com una nova tipologia d'acolliment per tal d'evitar la institucionalització quan hi havia el consentiment per part dels pares de que es dugés a terme l'acolliment familiar. També destaca la importància de les necessitats dels menors com a eix dels seus drets i la seva protecció i considera el menor d'edat subjecte actiu, participatiu i creatiu amb la capacitat de modificar el seu propi medi personal i social; de participar en la busca i la satisfacció de les seves necessitats i la satisfacció de les necessitats dels altres.

Amorós, P. et al. (2003) expliquen que la concepció de l'acolliment està es procés de canvi i fan les següents afirmacions:

- L'acolliment familiar és una alternativa que serveix per complementar i no substituir la família biològica durant el temps que sigui necessari per facilitar la seva reinserció familiar. Es plantegen els programes de reunificació.
- L'acolliment familiar assumeix nens i nenes que presenten particularitats (discapacitats físiques, psíquiques, malalties cròniques, trastorns del comportament, joves adolescents, etc.). D'aquesta manera sorgeixen els acolliments especialitzats.
- Hi ha nous rols de les famílies acollidores per poder assumir aquestes noves necessitats.
- Els processos de formació s'introdueixen en la fase de selecció i de seguiment. En aquesta línia es desenvolupa el Programa de formació de famílies acollidores i el Programa de formació de famílies acollidores d'urgència - diagnòstic
- Es desenvolupen projectes d'investigació - acció per elaborar noves metodologies d'intervenció en l'acolliment familiar
- Es creen noves modalitats d'acolliment familiar: urgència - diagnòstic, especialitzat i professionalitzat.

4.2.2. Modalitats d'acolliment familiar

Al llarg de la història i de com ha anat evolucionant el concepte d'acolliment, explicat en l'apartat anterior, hi ha hagut diverses modalitats i recursos entorn de l'acolliment. Actualment, però, s'ha arribat a unes tipologies diferenciades. Aquestes, segons Ballester, A. (2010) inclouen:

- La tipologia legal basada en la Llei 21/1987 de protecció jurídica del menor
- La tipologia social basada en investigacions i projectes de gran envergadura dutes a terme per universitats espanyoles
- Tipologia administrativa basada en el procés de construcció legal d'un acolliment familiar.

La llei 21/1987 diferencia entre dues modalitats d'acolliment, el preadoptiu com a pas previ a una adopció, i el temporal amb l'objectiu de que hi hagi un retorn amb la família d'origen. La Llei Orgànica 1/1996 de protecció jurídica del menor també recull les modalitats d'acolliment existents: preadoptiu, simple i permanent.

Marin, M.T. (1991) en canvi, des d'un punt de vista administratiu, categoritza les modalitats d'acolliment familiar de la manera següent:

1. En funció de la constitució poden diferenciar-se:
 - Acolliment administratiu
 - Acolliment judicial
2. En funció dels objectius que es proposin:
 - Acolliment amb retorn a la família d'origen
 - Acolliment sense previsió de retorn però en el que no es recomana l'adopció
 - Acolliment familiar preadoptiu

Amorós, P. et al. (2003) per la seva banda destaquen que en "l'acolliment familiar hi ha moltes variables i/o protagonistes que s'interrelacionen. Quan es parla d'acolliment familiar, estem parlant d'un infant acollit, d'una família acollidora, d'una família biològica i d'una situació concreta. La interrelació d'aquest conjunt de variables configurarà les modalitats d'acolliment". Els autors proposen la següent classificació de modalitats de l'acolliment:

a) Segons la finalitat

- Acolliment d'urgència – diagnòstic: és una tipologia d'acolliment que va ser impulsada per Andalusia i Catalunya, gràcies als convenis de la conselleria

d'Afers Socials de la Junta d'Andalusia i l'Institut de l'acolliment i de l'Adopció (ICAA) van signat amb la Fundació "La Caixa".

La finalitat d'aquesta en primer lloc proporcionar una atenció immediata en un recurs normalitzat com és una família d'acollida, evitant així la institucionalització, i, per altra banda proporcionar un temps d'espera mentre s'avalua el cas.

Els infants acollits en aquesta tipologia d'acolliment solen ser nadons o menors de 6 anys, tot i que ocasionalment pot haver-hi un infant més gran. Són acolliments que tenen una durada mitjana de 6 mesos i que finalitzen quan l'equip tècnic de la DGAIA acaba l'estudi sobre el cas i elabora la proposta més adient per a aquell infant: la reintegració del nen o la nena a la seva família d'origen o família extensa, l'acolliment familiar per part d'una família acollidora o l'adopció de l'Infant per part d'una família adoptiva.

És una tipologia d'acolliment que també va bastant lligada a la falta d'informació de la història de l'Infant acollit i la família biològica ja que en la majoria dels casos la rapidesa de la decisió de retirar l'Infant de la família fa que no es disposi de massa informació sobre aquest.

- Acolliment simple o amb previsió de retorn: aquesta modalitat d'acolliment té una durada de dos anys aproximadament amb l'opció que l'Infant pugui retornar amb la seva família biològica passat aquest temps.

Aquesta modalitat facilita la integració de l'Infant en un ambient familiar que no és el seu propi durant el temps necessari perquè la seva família biològica pugui superar les circumstàncies que els han dut a la separació. Durant aquest temps, la DGAIA es responsabilitza de la tutela de l'Infant i el manteniment del vincle amb la família d'origen és essencial, per tant, s'organitzen visites i sortides freqüents amb la família d'origen.

- Acolliment permanent o de llarga durada: aquesta modalitat és en la qual l'Infant és acollit per una família mentre la seva família d'origen supera les causes que han dut a la separació i que, habitualment, requereix un temps més llarg de recuperació.

En aquesta modalitat d'acolliment es preveu que el temps de convivència de l'Infant amb la família acollidora sigui superior a dos anys. Hi ha infants que inclús necessiten ser acollits fins a la majoria d'edat ja que els pares en aquest període de temps no han pogut exercir les seves funcions parentals.

Aquesta modalitat d'acolliment és habitual quan no es veu possible ni desitjable la possibilitat de retorn però, a l'hora, una separació definitiva i posterior adopció tampoc és considerada adequada.

La família d'acollida doncs, en aquesta modalitat ha de vetllar per a que l'Infant tingui un desenvolupament emocional, físic i intel·lectual correcte. El clima reduït del grup familiar permet a l'Infant desenvolupar sentiments de seguretat, permanència i pertinença. En els acolliments permanents, els nens i nenes poden mantenir contactes i visites amb aquelles figures familiars que li facilitin un clima afectiu adequat.

Cal destacar, però, que el fet de viure amb una família acollidora i al mateix temps mantenir contactes o visites amb la família biològica sovint pot arribar a ser una contrarietat per als infants i adolescents acollits.

- Acolliment pre-adoptiu: aquesta modalitat té com a objectiu facilitar un temps de convivència i adaptació a l'Infant i a la família acollidora abans de fer-se l'adopció definitiva. Es dona en els casos en els que la DGAIA considera que hi ha una impossibilitat de retorn amb la família d'origen i per tant el nen entra en procés d'adopció. En aquest moment, la relació entre l'Infant i la seva família biològica es finalitza ja que la tutela l'obtindrà una nova família i és una mesura de caràcter definitiu.

b) Segons les característiques de l'Infant

- Acolliment ordinari
- Acolliment especialitzat: aquesta modalitat sorgeix al llarg del temps arran de la necessitat de trobar famílies acollidores que acceptessin atendre infants i joves amb característiques especials com poden ser preadolescents, germans, nens i nenes amb discapacitats físiques, psíquiques o sensorials, trastorns de comportament i malalties cròniques.
Per tant, aquesta modalitat es centra en els infants i joves que tenen més dificultats a l'hora de ser acollits.

c) Segons la tipologia de la família acollidora

- Acolliment en família aliena: l'Infant és separat del seu origen per ser acollit per una família amb la qual no té cap lligam de filiació.
- Acolliment en família extensa: és aquella modalitat d'acolliment en la que es preserva la família ja que permet als infants viure amb persones que ja coneixien i en els que confien. Al quedar-se dins la mateixa família, reforça

també la transmissió de la identitat de la família del nen i la seva identitat cultural i ètnica. És una modalitat que també fomenta les relacions entre els germans i germanes, al mateix temps que la construcció i solidificació dels llaços afectiu amb els membres de la família extensa. Per tant, proporciona un entorn de seguretat i un conjunt de recursos a les famílies en crisi.

Cal afegir que actualment, també existeix l'Acolliment en Unitat Convencional d'Acció Educativa (UCAE): en aquesta modalitat s'acullen grups de germans o d'infants amb necessitats especials que seran acollits per famílies amb formació i experiència en l'àmbit d'infància i adolescència. La franja d'edat d'aquests infants serà de 0 a 18 anys i és una modalitat que té per objectiu donar la oportunitat a infants que prèviament han tingut problemes per ser acceptats. Aquestes famílies han de tenir alta disponibilitat i percebran una quantitat econòmica similar a un sou de titular de grau mig, mitjançant la Institució Col·laboradora d'Integració Familiar (ICIF) corresponent.

Per altra banda també existeix l'Acolliment de caps de setmana i vacances, un tipus d'acolliment adreçat a infants majors de nou anys, els quals estan ingressats en centres residencials i necessiten gaudir d'un ambient familiar. L'infant conviu amb la família col·laboradora durant els caps de setmana i les vacances escolars. Aquest acolliment s'allarga el període de temps que es consideri beneficiós per a l'infant. (Departament de Benestar i Família; 2013)

4.2.3. Necessitats i dificultats dels infants que arriben a l'acolliment familiar

Com hem explicat anteriorment, tot infant té unes necessitats per a poder desenvolupar-se en tots els àmbits necessaris. Domènech, A., Prats, D. i Guasch, M.T. (2009) apunten que “els infants que necessiten una família d'acollida sovint han viscut circumstàncies personals molt diverses i els adults de referència no han satisfet les necessitats pròpies per al seu desenvolupament”. És arrel d'aquesta motxilla de vivències que són nens i nenes que es mostren inestables en l'expressió de les seves emocions.

Així doncs, al no haver disposat d'adults que vetllaven per al seu correcte desenvolupament són infants que venen marcats per unes experiències prèvies que seran factors determinants a l'hora d'establir les bases del seu aprenentatge i de relacions i habilitats socials. Molts dels infants que han patit situacions de risc o desemparament presenten un rendiment acadèmic i unes habilitats socials amb més dificultats i inclús experimenten davallades importants en la seva evolució.

Evidentment, cada infant és un món i no tots reaccionen de la mateixa manera a l'hora de ser acollits. N'hi ha que es mostren desconfiants respecte a l'adult, altres que manifesten una gran inseguretat, d'altres més ansiosos... Cada infant té unes necessitats però tots tenen certs trets en comú.

Quan un infant és acollit fa un gran esforç d'adaptació a la nova realitat familiar. Inverteix moltes energies en integrar-se tant dins la família com a l'escola, al nou entorn, als nous companys i a les noves figures de referència. Per tant, els límits i les normes de conducta canvien i s'ha d'adaptar a aquesta nova situació deixant enrere la seva vida anterior (el centre o la casa on vivia, l'escola on anava, els companys que tenia...). (Domènech, A., Prats, D. i Guasch, M.T. 2009)

Tot i l'abandonament, les carències o, fins i tot, els maltractaments patits en l'etapa anterior, deixar enrere una situació coneguda i fer el canvi a una situació totalment nova és inquietant i crea molta angoixa als infants. És en el moment de l'acoblament i l'inici de la integració amb la família d'acollida quan surten els efectes d'experiències viscudes en el passat.

Domènech, A., Prats, D. i Guasch, M.T. (2009) expliquen algun d'aquests efectes:

- **Manca de vincles exclusius.** Sovint, s'observen seqüeles en els infants que no han tingut l'exclusivitat del vincle afectiu i es poden manifestar amb l'absència del coneixement de causa-efecte, un refredament emocional, etc.

- **Experiències de pèrdues i de ruptures.** La pèrdua de referents (familiars, educadors, companys), la pèrdua o els canvis de l'entorn físic i cultural, dels hàbits, de l'alimentació, etc. provoquen que l'Infant tingui un desconeixement sobre si mateix.
- **Manca d'estimulació.** Els infants que han viscut en medis empobrits no han pogut desenvolupar-se igual que altres nens i nenes en l'àmbit motriu, lingüístic o cognitiu. I això comporta una dificultat per investigar i desenvolupar les competències bàsiques.
- **Carències físiques.** La salut física i l'estat emocional estan íntimament lligats. Per això, l'Infant acollit pot mostrar una situació de fragilitat física.
- **Possibles maltractaments.** Generen desconfiança cap als adults, una baixa autoestima i certes pors.

Aquestes mancances prèvies a l'acolliment i el fet d'haver-se d'adaptar a una nova situació sovint genera en els infants certes dificultats o conductes que dificulten la capacitat d'aprenentatge i de relació amb el seu entorn. Cal remarcar que no tots els infants presenten aquestes conductes i que aquestes poden sorgir al principi de l'acolliment o a mida que l'Infant va creixent. Algunes d'aquestes dificultats segons Domènech, A., Prats, D. i Guasch, M.T. (2009) són:

- Dificultats en les habilitats socials per gestionar les relacions amb els iguals.
- Excessiva timidesa i dificultats per expressar l'opinió.
- Baixa autoestima personal o escàs desenvolupament del concepte de si mateix.
- Excessiva necessitat de ser valorat i estimat.
- Excessiva submissió a les normes i als adults en general.
- Sentiments d'exclusió per part dels companys.
- Dificultats per controlar la necessitat de satisfer immediatament les necessitats i els desigs.
- Baixa tolerància a la frustració. Dificultat per tolerar la crítica i, de vegades, per admetre l'evidència.
- Actituds extremes davant situacions que comporten dolor: hipersensibilitat o duresa exagerada.
- Manifestació d'un dèficit d'atenció, en la concentració i en el seu rendiment intel·lectual.
- Dificultat per interioritzar les normes.

Ballester, A. (2010) a la seva tesi *La adaptación del menor al proceso de acogimiento familiar: un enfoque ecológico* explica que:

els infants en situació d'acolliment familiar han experimentat traumes significatius en les seves curtes vides, canvis de residència i escola, falta de recolzament, dificultats per falta d'atenció i concentració, problemes de salut i insatisfacció de les necessitats bàsiques, pèrdua de persones significatives i en alguns casos han estat acollits per diverses famílies.

Ballester, A. (2010), doncs, també fa una aportació sobre les dificultats amb les que arriba un infant a l'acolliment. Anomena les següents dificultats:

- **Dificultats en l'aprenentatge i inadaptació escolar:** hàbits d'estudi inexistents, baixa motivació de cara a l'aprenentatge, falta d'atenció, no consecució dels objectius bàsics com lectura, escriptura, etc. que porta a una major desmotivació i cert passotisme cap a l'aprenentatge amb abandonament escolar abans que altres infants.
- **Dificultats per establir relacions socio-afectives.** Són infants que han viscut situacions familiars problemàtiques que han afectat al seu desenvolupament i per consegüent tenen dificultats en establir relacions positives amb els iguals. Segons Bowlby, J. (1986) "a través de les relacions d'afecció el nen construeix un model intern sobre les relacions socials, del que pot esperar dels altres i d'un mateix". Quan el nen no percep aquesta disponibilitat de l'adult, el menor aprèn que no es pot esperar cura, protecció, arribant a respondre de forma violenta o amb retraïment. A més repercuteix en les relacions amb altres adults en edats posteriors i en el desenvolupament de la competència social.
- **Desequilibris emocionals, mèdics i psicològics.** Ballester, A. (2010) explica que estudis de diversos autors van trobar que:

la majoria dels nens en acollida inicien el seu acolliment amb problemes mentals i conductuals, així com una baixa autoestima. Els nens i nenes que presenten problemes emocionals, mèdics i psicològics són els que més temps romanen en acolliment i el retorn amb els pares és molt més lent que la dels nens i nenes que no presenten aquesta problemàtica. Aspectes com la duresa emocional, la hiperactivitat, la depressió i fòbies, la falta de control emocional, entre altres, són característiques comunes en infants en risc o en situació d'acolliment. Molts d'aquests problemes de salut a més venen donats per un entorn familiar violent i desestructurat, història de maltractaments, negligència en la supervisió

i vigilància parental, alimentació i hàbits dietètics i higiènics insuficients, us limitat dels serveis mèdics preventius i carència d'atenció mèdica regular.

- **Dificultats en la comunicació.** Al ser infants que procedeixen de famílies desestructurades mostren una debilitat en el desenvolupament d'habilitats socials i de comunicació. Això es deu a la falta de comunicació entre els membres de la família i la poca estimulació del llenguatge en els infants. Com indica un estudi sobre menors en acolliment residencial de Moreno, J.M, Garcia – Baamonde, M.E. i Blázquez, M. (2010), apareix un desenvolupament lingüístic per sota de l'edat cronològica en aquests menors, destacant dificultats per fer us del llenguatge com a medi per dirigir l'acció, un us restringit del llenguatge i dificultats per interaccionar, les quals repercuteixen també en la seva integració social amb el grup d'iguals i en la societat.
- **Inadaptació social.** Aquesta es produeix quan el nen no pot assolir determinats valors que es desitgen per medis legítims i recursos dels que disposa, per tant es genera una tensió entre al que s'aspira i allò que no es pot assolir, que porta l'Infant a intentar aconseguir-ho per altres medis. Això afectarà, per tant, el tracte amb les persones, la possibilitat de fer amistats i també l'adaptació a una nova família.
- **Problemes de conducta** que els investigadors delimiten en dos tendències: externalitzant, aquella tendència a comportar-se de forma violenta, agressiva i antisocial tant amb els iguals com amb els adults i que comporta un rebuig per part dels iguals cap a aquell infant i internalitzant, aquella tendència al retraïment i la passivitat.

Com indiquen les autores Domènech, A., Prats, D. i Guasch, M.T. (2009), doncs, cada infant, té un ritme propi i no existeix una temporalització d'adaptació determinada. Són infants que tenen un procés d'adaptació en el que hi ha regressions i sovint es presenten símptomes nous o conductes contradictòries. D'altra banda, són infants que poden actuar de forma molt madura en certes situacions i en d'altres actuar com si fossin més petits de l'edat que tenen. Tot això tindrà a veure amb el desajust emocional que pateix aquest infant degut a les seves vivències anteriors i poc a poc haurà d'anar assumint la seva situació i anar establint uns lligams afectius sòlids i estables que li permetin desenvolupar-se i adquirir aprenentatges més complexes.

A més a més, són infants que al haver viscut separacions i ruptures sense entendre'n les causes tenen molta dificultat en confiar en noves relacions. Són nens i nenes amb

la necessitat de comprovar de forma reiterada que el compromís de l'adult amb el seu benestar és real i sincer.

Amorós, P. et al. (2003), al programa *Famílies Cangur* expliquen una sèrie de característiques que apareixen entre els 129 nens i nenes objecte d'estudi d'aquesta investigació. Destaquen les dades següents:

- Un terç dels menors mostren problemes relacionats amb el creixement, el desenvolupament i en els àmbits d'autonomia, responsabilitat i resistència al control.
- La meitat dels menors presenten problemes inicials en els hàbits bàsics d'higiene, àpats, son... i en àrees del desenvolupament cognitiu - lingüístic i de l'autoestima.
- El 90% dels nens presenta afecció cap algun dels membres de la seva família acollidora, tot i que només la meitat d'aquests nens/es es considera ben integrat en aquesta família.
- La majoria presenten problemes d'escolarització i rendiment acadèmic
- Un 60% viu amb inquietuds respecte al seu passat i futur.

4.2.4. El paper dels professionals de les Institucions Col·laboradores d'Integració Familiar (ICIF) en l'acolliment

Com bé hem apuntat anteriorment, els professionals de les ICIF tenen un paper essencial en el procés d'acolliment i el seguiment dels infants acollits. L'Associació de Famílies Acollidores de Barcelona (AFABAR), (2015) i el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2014) defineixen les ICIF com:

entitats sense ànim de lucre, constituïdes legalment, que tenen com a finalitat la protecció de menors; reuneixen els requisits previstos i estan acreditades d'acord amb el Decret 337/1995, de 28 de desembre, per desenvolupar les funcions de mediació que els atribueix la llei per integrar els infants en una família.

Les ICIF estan formades per psicòlegs, treballadors socials i educadors socials i el treball entre aquests professionals és interdisciplinari. Així doncs, s'apliquen coneixements de les tres disciplines i estan en constant coordinació.

Les funcions encomanades a les ICIF segons AFABAR (2015) són:

- Estudi, valoració i preparació de les famílies que han sol·licitat l'acolliment d'un infant.
- Recerca de famílies acollidores per a l'Infant proposat.
- Acoblament de l'Infant en la família acollidora mitjançant l'equip especialitzat.
- Seguiment posterior de l'Infant d'acord amb les directrius de l'organisme competent.
- Formació de les famílies acollidores candidates.
- Promoció de l'acolliment.
- Col·laboració en la gestió del finançament del servei prestat per les famílies acollidores en la manera com s'estableixi mitjançant conveni.

El Decret 337/1995 defineix que les ICIF a part de tenir com a finalitat principal la protecció dels infants i adolescents i el compliment dels requisits previstos en aquesta norma, siguin acreditades per desenvolupar les funcions de mediació que els atribueix la Llei 14/2010 LDOIA per a la integració dels infants i dels adolescents en una família. Són doncs, les entitats que prenen les funcions de guarda i mediació quan es parla d'acolliment familiar. Com indica el Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya (2013) les ICIF tenen encomanat el seguiment i el suport a la família acollidora.

D'altra banda, com explica en Síndic de Greuges (2013) "el suport a les famílies i persones acollidores ha estat provat en diversos estudis com un punt clau de l'èxit dels acolliments". És necessari, doncs, parlar d'aquest procés i de la importància que pren el paper del treballador social com a agent clau i imprescindible en el sistema de protecció a la infància i l'adolescència.

Sánchez, A. (2018) afegeix que:

La finalitat educativa és acompanyar durant el procés d'acolliment a la família acollidora per facilitar-los eines, recursos i suport professionalitzat amb l'objectiu de vetllar pel benestar de l'Infant duent a terme correctament la seva tasca de guarda i custòdia. Es basa en empoderar i generar empatia amb la família i enfortir el vincle amb l'Infant, com a referent de l'acolliment.

La mateixa autora explica que el paper dels professionals ha de tractar d'entendre les situacions viscudes i les "motxilles" que porten els infants per saber quins són els processos d'actuació que s'han d'aplicar per afavorir un desenvolupament i creixement correcte de l'Infant. Sánchez, A. (2018) explica que "aquest és un concepte clau per a que l'acolliment funcioni: estar en contacte periòdic amb la resta de recursos i entorn del menor, donat que ofereix al professional noves mirades que son més constants com: escoles, salut, lleure, suport psicopedagògic, entre d'altres".

Explica també, que el treball amb les famílies d'acollida i amb l'Infant és complex i compta amb diverses variants que suposen al professional el disseny d'estratègies i l'adaptació a la realitat d'aquests. "El professional ha de partir del convenciment i la responsabilitat que la seva tasca professional és acompanyar a l'Infant i la família acollidora a la resolució de les seves necessitats o problemes". (Sánchez, A. 2018).

Com indiquen Domènech, A., Prats, D. I Guasch, M.T. (2009) les ICIF seran les encarregades de dur a terme el seguiment i proporcionar a la família i l'Infant l'atenció i el suport que necessitin en cada cas. Aquest seguiment inclou entrevistes amb la família acollidora, trobades amb el nen o la nena, coordinació amb les escoles i consultes amb professionals de la xarxa sanitària.

D'altra banda el Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya (2013) indica que:

La formació especialitzada és necessària per a tots els professionals que treballen amb infants, i ho és més encara en les intervencions en l'àmbit de la protecció, en què el seguiment de l'acolliment familiar no n'és una excepció. A banda de tenir

formació en les titulacions que demanen les ICIF (Psicologia, Pedagogia, Treball Social, Educació Social), es requereix disposar d'informació sobre les necessitats i el desenvolupament de l'Infant, sobre les relacions familiars, i sobre els infants i adolescents que han estat víctimes de maltractament i abús.

Per tant, veiem que el paper dels professionals dins les ICIF és essencial en el seguiment i acompanyament de l'Infant per garantir el seu desenvolupament i benestar. Aquesta intervenció requerirà d'un personal especialitzat i amb una formació actualitzada, comprensió teòrica i pràctica dels drets i el desenvolupament dels infants per tal que adoptin les mesures oportunes centrades en el nen.

4.2.5. Efectes de l'acolliment familiar en l'Infant

A l'hora de parlar dels efectes de l'acolliment familiar, hem de destacar la importància que prenen la família acollidora, l'administració, l'escola, el grup d'iguals, etc en la millora evolutiva d'aquests infants.

Ballester, A. (2010) a la seva tesis doctoral ens explica que hi ha diversos autors (Rowe, J., Cain, H., Hunleby, M. i Keane, A. 1984; Triseliotis, J. 1989; Ripoll – Millet, A. i Rubiol, G. 1990; Colton, M.J. i Hellinckx, W. 1993; Redondo, E. i Muñoz, R. 1999) que fan estudis en els que es parla dels problemes que té l'Infant abans de ser acollit i l'evolució d'aquests durant l'acolliment. Aquests estudis estan centrats en el paper de la família acollidora com a principal motor de canvi del nen o nena. Es parla del gran benefici que suposa per aquests infants romandre en una família d'acollida i expliquen que els problemes emocionals presenten una millora immediata, al cap de dos anys d'acolliment, mentre que les dificultats intel·lectuals i de comportament milloren al cap d'uns cinc anys. Tot i així aquests autors diuen que al llarg de tot el procés d'acolliment es van produint millores i que com més temps un nen o nena estigui en acollida, més complicat és que es produeixi el retorn amb la seva família d'origen.

Per l'altra banda Amorós, P. et al. (2003) expliquen que la majoria de nens i nenes acollits, durant el procés d'acolliment, experimenta canvis positius en el seu desenvolupament físic, emocional, hàbits del dia a dia, desenvolupament intel·lectual i lingüístic. Aquests són canvis que, com hem dit anteriorment, varien en funció de cada nen o nena en concret essent normalment els que han patit maltractaments aquells que evolucionen de forma més lenta. Un 40% dels infants després d'any i mig d'estar acollits presenten encara dificultats d'integració i rendiment escolar. Tot i així, la seva integració social millora de forma considerable i al any i mig només el 4% d'infants tenen problemes en aquest àmbit. Pel que fa a la relació amb l'origen, existeixen certes discrepàncies ja que un 55% dels infants ha considerat els contactes amb la família d'origen com una experiència positiva i un 40% ho ha considerat poc satisfactori. En un 20% dels casos es produeixen canvis desfavorables en la relació amb la família d'origen. Tot i que la integració d'aquests nens i nenes dins les famílies d'acollida no està exempta de problemes, majoritàriament es produeixen bons progressos en les seves relacions afectives i d'integració.

La possibilitat de retorn d'aquests infants amb les seves famílies anirà lligat a diversos indicadors. Serà menys probable el retorn quan en la situació inicial de la que parteix la família hi ha dades negatives sobre la organització de la vida quotidiana, la relació entre pares i fills i l'actitud davant l'acolliment i la intervenció. Situacions de partida en

les que hi hagi maltractament físic o l'impossible compliment dels deures parentals s'associen a una possibilitat molt menor de retorn. El retorn anirà, doncs, molt lligat al treball que es faci amb els pares i el procés que aquests facin.

Amorós, P. i Palacios, J. (2004) expliquen que el tipus i duració de l'acolliment també són importants per preveure la probabilitat de retorn del menor, d'aquesta manera, els acolliments d'urgència i els de menor duració s'associen a un major percentatge de retorns. Pel contrari, quan un acolliment es prolonga per sobre dels 24 mesos, el retorn és impossible en un dels 90% dels casos.

Els mateixos autors indiquen que l'adaptació de l'Infant dins la família d'acollida és un procés progressiu que es caracteritza per una primera etapa més conflictiva i una resolució progressiva de les dificultats que van sorgint. Expliquen que el primer any sol ser el més difícil i parlen de l'adaptació en funció de tres variables:

- L'edat del nen en el moment de l'acolliment, ja que els nens i nenes més grans tenen més dificultats a l'hora d'adaptar-se
- El tipus d'acolliment
- La presència o aparició de trastorns de conducta i/o emocionals en el nen o nena en el moment de l'arribada a la nova casa o durant el primer any d'estància

En canvi, Gonzalez, M^aA., Fuentes, M^aJ., Linero, M^aJ., Barajas, C., Morena, M^aL., Quintana, I., Goicochea, M^aA. i Fernández, M. (2001) al seu estudi categoritzen els problemes d'adaptació dels infants en acolliment pre-adoptiu en tres àrees:

- Desenvolupament afectiu:
 - 43% dels infants en aquesta area tenen dificultats per establir vincles afectius amb els acollidors
 - 38% utilitza el xantatge emocional
 - 33% acaparament d'afecte i gelos
 - 28,5% rebutja la família acollidoora
 - 28,5% rebutja algun dels membres de la família acollidora
 - 14% tenen conductes afectives cap a estranys
- Desenvolupament de la personalitat
 - 38% acapara objectes o menjar
 - 33% dels infants tenen ansietat davant el record del passat
 - 33% temen y els hi provoca ansietat que els altres sàpiguen que són acollits

- 28% tenen conductes relacionades amb la sexualitat
- 14% neguen i es confonen amb la seva història personal
- 14% mostren ansietat davant tasques escolars
- 19% té problemes d'autoestima.
- Desenvolupament social
 - Un 62% mostren agressivitat física i verbal
 - 57% incompleix les normes

D'aquests els més freqüents en el procés d'adaptació són l'agressivitat física i verbal i d'incompliment de les normes. És per aquest motiu que el paper de les ICIF en l'acompanyament i seguiment d'aquests infants és essencial ja que aquests tipus de problemàtica sovint requereixen d'una atenció especialitzada.

Jiménez, J. i Palacios, J. (2008) comenten que la caracterització que fan els acollidors dels nens i nenes a l'inici de l'acolliment és negativa en un 62% dels casos ja sigui per raons físiques o psicològiques. Tot i així, un cop passa el període d'adaptació inicial, l'evolució en general és satisfactòria.

4.3. La Teràpia Breu Estratègica

Un cop havent-nos endinsat en el tema de la protecció a la infància i més concretament en la mesura de protecció d'acolliment familiar i les dificultats que aquests infants presenten creiem interessant seguir la recerca investigant què és la Teràpia Breu Estratègica i com treballa amb infants per posteriorment analitzar quins són els beneficis que podria aportar aquest model d'intervenció psicològica als infants en acolliment familiar.

Es pot definir la Teràpia Breu Estratègica (TBE) com un model d'intervenció psicològica creada per Giorgio Nardone (1990), que tracta de resoldre problemes complicats a través de solucions aparentment simples. Giorgio Nardone junt amb Paul Watzlawick són els fundadors del Centre de Teràpia Estratègica d'Arezzo a Itàlia.

Nardone, G. (2010) a una entrevista explica que:

El model estratègic està basat en una epistemologia avançada en la qual es recullen i conflueixen múltiples fonts: la teoria de la comunicació nascuda al camp antropològic amb G. Bateson, els desenvolupaments constructivistes de la teoria cibernètica (von Foerster i von Glasersfeld), els estudis sobre el llenguatge persuasiu de Milton Erickson, els principis teòrico-aplicatius de la comunicació desenvolupats per Watzlawick, Weakland, Fisch, Jackson en el Mental Research Institute de Palo Alto (Califòrnia), i finalment les més recents aportacions del model de Giorgio Nardone (escola d'Arezzo, Itàlia) amb la creació de protocols específics de tractament i el desenvolupament del diàleg estratègic.

Aquest model d'intervenció és molt diferent als altres models convencionals ja que se centra principalment en les solucions i deixa de banda l'origen del problema i la seva causa. Es fixa, per tant, en la funcionalitat o disfuncionalitat del comportament humà i en la seva forma de relacionar-se amb l'entorn i amb un mateix. En altres paraules, la TBE analitza les solucions que s'han adoptat al llarg del temps per resoldre el problema i que no han funcionat (solucions intentades) per buscar una nova solució que trenqui amb el funcionament del problema i el que el manté.

Els terapeutes estratègics el que fan, doncs, és investigar com funciona el problema i com es manté en l'actualitat. Analitza aquelles dinàmiques o solucions intentades que provoquen que el problema es mantingui i des d'aquí aporta una nova solució estratègica. És, per tant, una teràpia que fa un diagnòstic operatiu i no se centra en el "perquè" sinó en el "com". Nardone, G. i Watzlawick, P. (1990) busquen la ruptura del

cercle viciós que va portar la resolució del conflicte al fracàs, treballant en el present i traient importància al passat.

La Teràpia Breu Estratègica és coneguda per donar prescripcions estranyes i il·lògiques que solucionen el problema i trenquen el cercle viciós del que parlem. Pascual, J. (2019) explica que “s’ha observat que la majoria de problemes psicològics tenen una base totalment il·lògica i que per tant la seva solució ha d’adaptar-se a aquesta base il·lògica”.

Nardone, G. (2005) al seu llibre *Conocer a través del cambio* ens explica la evolució de la teràpia breu estratègica i com el professional no ha d’oferir recursos per a la resolució del conflicte o problema sinó que simplement exerceix un paper de guia. A través de la breu intervenció puntual i concreta la persona anirà descobrint les seves pròpies habilitats i prendrà consciència dels seus propis actes amb l’objectiu de que sigui ell mateix el que resolgui el problema. Es porta la persona a l’acció, a fer una acció nova que li produeixi una experiència emocional correctiva i que per conseqüent faci que la percepció de la seva realitat canviï.

Falsetti, R. (2016) explica que:

L’objectiu últim de la intervenció terapèutica es transforma així en el desplaçament del punt d’observació del subjecte de la seva posició originària rígida i disfuncional (que es manifesta a través de les solucions intentades) cap a una perspectiva més elàstica i funcional, amb més possibilitats d’elecció. D’aquesta manera la persona adquireix la possibilitat d’afrontar el problema sense rigidesa i sense estereotips, gaudint de l’avantatge d’haver desenvolupat diverses estratègies de resolució.

Per assolir aquest objectiu de la forma més eficaç i ràpida possible, la intervenció estratègica és de tipus actiu i prescriptiu i ha de produir resultats ja des de la primera sessió. Si això no passa, el terapeuta està en condicions de modificar la seva pròpia estratègia amb la base de les respostes del client, fins a trobar l’estratègia idònia per guiar la persona al canvi definitiu de la seva pròpia situació problemàtica.

Així doncs, és una teràpia que com indica el seu nom ha de ser breu en el temps i normalment dura un nombre limitat i reduït de sessions. Segons Pascual, J (2019) “la mitja indica que a la setena sessió es resol el problema” però, un cop solucionat el problema, és important fer unes sessions de manteniment distanciades en el temps; primer de forma mensual, després trimestral, semestral i per últim un cop l’any.

4.3.1. Com es creen els problemes i com persisteixen segons TBE

Andrea Fiorenza a una entrevista duta a terme a la Universitat Pere Tarrés l'any 2014 narra com funciona la teràpia breu estratègica i el seu enfocament psico – dinàmic, ja explicat al punt anterior. Fiorenza, A. (2014) explica que “un problema abans de convertir-se en problema, en realitat és una dificultat”.

Comenta que tots els essers humans, ja sigui individualment, en parella o en grup ens afrontem sempre a dificultats. El com una dificultat es converteix en un problema té a veure amb les nostres accions, en com actuem nosaltres davant d'aquesta dificultat.

Fiorenza, A. (2014) indica que hi ha tres maneres d'actuar de forma errònia una dificultat:

- No intervenir quan s'hauria d'intervenir, per exemple quan un fill o filla els hi falta el respecte als seus pares i els pares no intervenen.
- Intervenir quan no s'hauria d'intervenir, per exemple, forçar-te a dormir quan no pots dormir amb pensaments o accions, per tant forçar a través de pensaments un fet natural com és dormir.
- Intervenir de forma equivocada

Per altra banda, els problemes, doncs, es creen a través d'intents per part de les persones que intenten resoldre una dificultat o problema ja existent.

Fiorenza, A. (2014) explica 3 formes en les que els problemes persisteixen:

- La primera és en el moment que es pensa que s'ha trobat una solució, i si aquesta no funciona, en comptes de canviar-la, la mantinc augmentant la intensitat
- Buscar la causa del problema
- Buscar culpables

Així doncs, el que Fiorenza, A. (2014) recomana és buscar una solució diferent al que s'ha fet fins ara per a la resolució del problema. A continuació es parlarà de com passar d'aquestes solucions intentades a solucions estratègiques.

4.3.2. De les solucions intentades a les solucions estratègiques

La intervenció estratègica està representada per les maniobres orientades a trencar el mecanisme que s'ha establert entre les solucions intentades i la persistència del problema. Aquestes intervencions s'expressen majoritàriament en prescripcions directes de comportament que han de realitzar les persones implicades en el problema, altres vegades per més persones implicades al problema i altres per persones aparentment laterals al problema. La característica fonamental de l'enfocament sistèmic és adaptar sempre la solució al problema i no al revés. (Fiorenza, A. i Nardone, G. 2017)

El primer pas per a operar de forma estratègica és definir quin és l'objectiu o objectius a assolir. Un cop això s'ha realitzat es passa a definir el problema i les hipòtesis sobre el seu funcionament en base a l'observació de les solucions intentades.

La fase següent tractarà d'analitzar el que la persona portadora del problema i els del seu voltant han intentat fer per solucionar el problema. Posteriorment a aquesta fase, i un cop sabent com funciona el problema, es passarà a elaborar la forma d'intervenció.

Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017) expliquen que un problema sigui quin sigui, individual o de grup, té sempre a veure amb la relació que la persona té amb si mateixa, amb els demés i amb el món. Expliquen que segons Greenberg, G. (1980) existeixen dues categories generals de problemàtiques entre les que les persones es debaten:

- La interacció entre la persona i ella mateixa
- La interacció entre la persona i els demés

A aquestes dues categories Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017) afegeixen

- La interacció entre la persona i el món

Els autors doncs, expliquen que un si una d'aquestes tres categories no funciona bé, les altres tampoc aconseguiran un funcionament ple. De fet, aquestes tres àrees de relació interactuen i s'influencien recíprocament en una forma circular d'interdependència (Nardone, G. i Watzlawick, 1990).

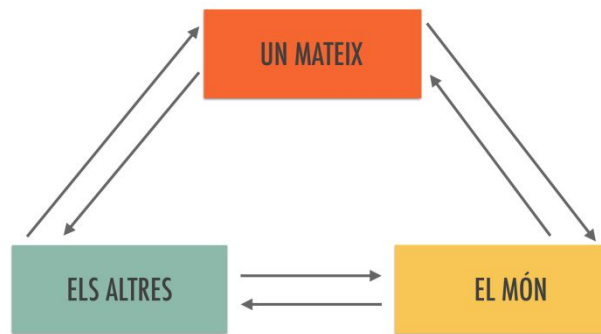


Figura 10: Els problemes i la seva relació

Font: Elaboració pròpia basada en les explicacions de Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017)

Els terapeutes estratègics doncs, a l'hora de donar les primeres pautes hauran d'intentar comprendre en quina de les tres àrees d'interacció tindrà més avantatges intervenir per desbloquejar la situació problemàtica. Sobre la base dels efectes produïts, es farà evolucionar la maniobra d'una manera o altre. Per tant, segons quins siguin els efectes de les intervencions s'anirà adaptant aquestes.

Per programar una intervenció Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017) estableixen tres categories

- Els objectius a assolir
- Les estratègies i tècniques a aplicar
- La comunicació a utilitzar

Com expliquen els autors, el que fa possible l'aplicació i l'èxit de l'estratègia és el tipus de comunicació que l'operador utilitza. La teràpia breu està caracteritzada per un tipus de llenguatge i comunicació propis. Aquest és un llenguatge suggestiu capaç d'induir a la persona a canviar els seus models de comportament, evitant la usual resistència al canvi.

4.3.3. Teràpia Breu Estratègica en contextos educatius

La teràpia breu estratègica s'aplica amb infants i adolescents en contextos educatius. El context educatiu, però, està connotat per la interacció de tres sistemes: el sistema familiar, el sistema escola i el sistema societat. (Fiorenza, A. i Nardone, G., 2017).

Els autors expliquen que sol passar que quan un infant en un context educatiu té algun tipus de problema aquests sistemes busquen causes i culpables derivant la culpa d'aquell problema en els altres sistemes. D'aquesta manera, l'escola culparà els pares, els pares a l'escola o al terapeuta que pugui portar el nen o nena, etc. Es considera el primer error, comptabilitzar els altres sistemes i enfocar l'atenció en les solucions intentades que ha realitzat cada sistema.

Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017) en la seva investigació – intervenció sobre problemes en contextos educatius han classificat tres tipus d'intervenció:

- La formació: aquesta tracta sobre la formació del mestre perquè adquireixi ell mateix habilitats per solucionar els problemes de comportament dels seus alumnes. Els experts en TBE formaran els professors i els hi transmetran les competències adients per a l'adquisició de capacitats estratègiques i de comunicació.
- La supervisió: és aquella forma d'intervenció en la que es truca al expert que fa de consultor i supervisor dels mestres. L'expert, doncs, indica als mestres les estratègiques que han de dur a terme per afrontar el problema dels casos consultats.
- La intervenció directa: aquesta forma d'intervenció és necessària quan el problema és molt complicat i es requereix la intervenció directa del professional.

4.3.3.1. Professionals i agents implicats en TBE

Al llarg de la recerca i a través de les referències “la intervenció estratègica en los contextos educativos” i “ayudar a los padres a ayudar a los hijos” de Nardone, G. (2017 i 2015) la primer informació que tenim, és que la teràpia breu estratègica en infants, sovint és indirecta, és a dir, el terapeuta ajuda als pares i professors a ajudar als seus fills o alumnes. D'aquesta manera es treballa sense la necessitat que els infants vagin a teràpia de forma directa. Abascal, A., Escudero, V. i Varela, N. (2008) afirmen que en teràpia breu és molt important el treball que es fa al llarg del tractament amb els pares

(en el cas d'infants acollits, els acollidors), cuidadors i serveis educatius o socials que estan en l'entorn de l'Infant.

Tot i això, hi ha diversos centres psicològics experts en Teràpia Breu com el Centre Grat de Barcelona (2017) o Kinderapia (2018) on els plans d'intervenció són alternant sessions de treball individual amb l'Infant amb sessions de treball amb els pares o tota la família. Aquests centres afirmen que el treball amb tota la família a sessió, produeix canvis més profunds i escurça la durada de la teràpia. Tot i així també remarquen que és imprescindible el contacte i treball coordinat amb altres professionals importants en la vida de l'Infant, com ara mestres, psicopedagogs de l'escola, metges...

Per altra banda, la psicòloga Pascual, J. (2019), dóna una informació més específica marcant un límit d'edat i explica que en infants menors de 10 anys s'intenta realitzar la teràpia a través dels pares sense ni tan sols veure'ls. En canvi, en teràpies amb pre-adolescents i adolescents explica que sempre se sol intervenir de forma directa amb el noi/noia i també sobre el seu nucli familiar.

Per tant, a través de la recerca i les fonts consultades observem que el professional interventor principal és el psicòleg i treballa de forma conjunta amb els pares i els altres agents educatius implicats en la vida de l'Infant tot donant-los indicacions i pautes a seguir.

Observem, però, que pràcticament no hi ha estudis o articles científics que parlin del paper del treballador social o l'educador social dins d'aquest tipus de teràpia i com aquesta podria ser una eina útil per intervenir en el dia a dia d'aquestes professions. Tot i així, hi ha una diversitat d'entitats que imparteixen Màsters en Teràpia Breu Estratègica i que l'adrecen a llicenciats en Educació social, Treball social, Pedagogia, Psicologia, Psicopedagogia, Sociologia, Antropologia i Magisteri. També inclouen professionals procedents de l'àmbit clínic que vulguin obrir-se a l'àmbit socioeducatiu. Algunes d'aquestes entitats són:

- L'institut d'estudis de la sexualitat i la parella de Barcelona
- Centro di Terapia Strategica de Barcelona
- L'Institut Gestalt de Barcelona

Per tant, veiem que, actualment s'inclouen altres professions i no només la Psicologia a l'hora d'adquirir noves formes d'intervenir com ho és la Teràpia Breu Estratègica.

4.3.4. Problemes de comportament a l'escola i models d'intervenció segons Andrea Fiorenza i Giorgio Nardone

La fase d'investigació - intervenció de Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017) centrada en l'anàlisi de casos reals els ha permès treballar amb els problemes que sorgeixen a l'aula, experimentar l'eficàcia d'algunes intervencions i la ineficàcia d'altres i per últim evidenciar i classificar les problemàtiques que apareixen amb més freqüència i per les quals s'han elaborat uns protocols amb seqüències definides de comportament i comunicació a aplicar.

Les principals categories de problemes, doncs, són:

- El trastorn de dèficit d'atenció amb hiperactivitat
- El trastorn negativista – desafiant
- El mutisme selectiu
- El trastorn d'evitació
- conflicte, hostilitat i baralles entre dos alumnes

Per a cadascuna de les categories de problemes citades fan una definició del problema, un anàlisi del sistema interaccional i les solucions intentades per part del professor per tal de resoldre el problema, una definició dels objectius del canvi i la creació d'estratègies de comportament i de comunicació per la resolució del problema presentat. Finalment adjunten una redefinició de la situació després de les primeres intervencions.

Pel que fa a la classificació dels problemes s'han basat en el DSM-IV-TR, el manual estadístic i diagnòstic dels trastorns mentals. Tot i que la teràpia breu no es partidària de fer diagnòstics ni posar etiquetes que per ells són constructores de problemes, ho han classificat així per a que sigui entenedor per tothom, ja que és el llenguatge comú dels clínics i investigadors en el camp de la salut mental. De fet, segons l'enfocament constructivista, el diagnòstic no és més que un artifici comunicatiu que fa que la persona es comporti de la manera diagnosticada.

A continuació doncs s'expliquen segons Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017) les categories de problemes més comunes en el context educatiu junt amb les seves solucions intentades, estratègies noves i noves solucions i per últim la redefinició del problema després de la intervenció.

4.3.4.1.1. Trastorn de dèficit d'atenció amb hiperactivitat

Definició del problema:

Segons el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals de la Associació Americana de Psiquiatria (2002) les manifestacions d'aquest trastorn són nivells, inapropiats per l'edat, de desatenció impulsivitat o hiperactivitat. Aquestes alteracions poden existir en totes les àrees o en qualsevol d'elles amb una gravetat variable.

Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017) expliquen que aquestes manifestacions solen presentar-se en major mesura a l'escola, a casa i en situacions socials. Algunes persones mostren senyals d'aquest trastorn només en algunes circumstàncies com pot ser a l'escola, durant les classes o sobre tot quan es requereix d'un alt nivell de concentració.

A classe doncs, la desatenció s'evidencia al no poder aconseguir concentrar-se en les tasques demanades lo suficient com per acabar-les i en la dificultat de organització. Per altra banda, també es pot manifestar en la incapacitat de seguir les demandes i instruccions del professor així com en el canvi freqüent d'una activitat inacabada a una altra. Sembla doncs, que la persona no escolti o no hagi escoltat el que se li ha dit. Amb els companys la desatenció es manifesta quan l'Infant no pot seguir les normes d'un joc o simplement estar i escoltat altres alumnes.

La impulsivitat per la seva banda, es manifesta en fets com dir coses que estan totalment fora de lloc, donar respostes abans de que es finalitzi la pregunta, no respectar el torn de paraula, no esperar les instruccions abans de començar una tasca, interrompre el professor, no respectar el silenci quan s'ha demanat... Amb els companys la impulsivitat es veurà reflectida a l'hora d'esperar el torn de joc, en la interrupció, en realitzar activitats perilloses sense consciència de perill, etc.

Per últim la hiperactivitat s'evidenciarà en la dificultat de quedar-se assegut, en córrer sense sentit, en no parar de moure's, en contorsions del cos... Amb els companys això es notarà quan hi hagi, per exemple, una incapacitat de jugar tranquil·lament o regular la pròpia activitat segons les regles del joc.

Aquestes manifestacions doncs reuneixen una baixa autoestima, poca tolerància a la frustració, explosions de còlera i un insuficient rendiment escolar.

En un alt percentatge l'origen del trastorn es verifica abans dels 4 anys i no es reconeix fins que l'Infant va a l'escola. És un trastorn més comú en nois que en noies i es manifesta entre el 3 i 7% dels infants.

Segons el DSM-IV-TR (2002) aquestes són les manifestacions de comportament del trastorn de dèficit d'atenció amb hiperactivitat:

A. (1) o (2):

(1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades

(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente

(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)

(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades

(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)

(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)

(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento

(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado

(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)

(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio

(e) a menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor

(f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas

(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno

(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad)

Font: DSM-IV-TR (2002).

Soluciones intentadas

Demandes directes de cessament del comportament pertorbador a través de:

- Explicacions amb objectiu persuasiu
- Queixes, retrets i càstigs diversos
- Augment de l'atenció en general, amb intervencions de implicació en activitats i jocs
- Ignorar (no sempre sistemàtic)

Creació del cas

- Es tenen converses freqüents amb els pares i tècnics (psicòlegs, psiquiatres, pedagogs, etc de manera que s'impliquen a tots els agents fet que crea que l'alumne es trobi:
 - A classe, objecte de continúes demandes de cessament del seu comportament, que sovint s'escapen del seu control conscient
 - A casa, amb els pares que, d'acord amb els professors, formulen demandes de cessament del comportament

- A la vida, amb una etiqueta que l'estigmatitza i l'indueix a comportar-se com els altres esperen que es comporti

Estratègies i tècniques:

En primer lloc les estratègies per respondre de forma efectiva al comportament de l'alumne, estan dirigides a interrompre les solucions intentades anteriorment, ja no eficaces i previsibles per l'alumne.

Al llarg de l'experimentació Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017) troben una notable eficàcia d'intervenció a través de la utilització de dues estratègies que provenen dels principis generals del *problem-solving* estratègic.

- La reestructuració amb connotació positiva, és a dir, el professor ha de deixar de demanar-li al infant el cessament del seu comportament i li fa veure que el seu comportament és molt útil (inventant-se algun tipus d'utilitat i per a qui és útil), deixant-lo comportar-se com sempre i donant-li importància.
- La prescripció paradoxal del comportament a corregir: és quan es prescriu o es demana el comportament que es pretén extingir, fent-li perdre la espontaneïtat i col·locant a la persona en un "doble vincle" en el qual si respon mantenint el comportament ho fa sota el control de l'altre i ja no per la seva conta. Si per el contrari, abandona el comportament indesitjat, es rebel·la a la prescripció però obtenim la desaparició del problema.

En ambdós casos si la paradoxa està ben proposada s'obtindrà un canvi en breu temps. Així doncs, davant d'aquest tipus de peticions la persona es veurà col·locada en l'elecció d'obeir i comportar-se com se li ha prescrit, buidant el significat del comportament ja que ja no és involuntari ni espontani, o desobeir i igualment cessar el comportament indesitjat. Aquesta tècnica s'anomena *doble vincle* (Bateson, G. 1976) ja que de qualsevol forma en la que la persona respongui s'obtindrà un canvi.

- La posició complementaria es una tàctica que es posa en pràctica quan el nen ja ha estat diagnosticat. Aquesta consisteix en la construcció deliberada d'una altra realitat inventada que contrasta amb la formada pel diagnòstic o per l'etiqueta assignada al nen. Es tracta de oposar-se a la profecia que s'autorealitza. El professor haurà de comunicar als pares del nen que aquest es comporta menys hiperactiu, més atent i concentrat i d'aquesta manera s'obliga a la família a concentrar l'atenció sobre aquest nou comportament. Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017) expliquen que saben per estudis de psicologia social, que davant les classificacions, el ser humà és portat a prendre classes de comportaments associats amb aquella classificació. Així doncs, es posen en

marxa una sèrie de missatges comunicatius que l'altre registra i que el portarà a comportar-se com el diagnòstic preveu.

- La tècnica del “com si”, lligada a l'anterior, construeix una nova realitat més útil que faci moure i percebre els fets en direcció al canvi. Així doncs el professor en aquest cas ha de fer que els demás es comporti com si les coses estiguessin canviant, creant una nova forma de com es veurà a l'alumne, és a dir, “obligar” a veure allò útil de l'alumne per tal de que surti de l'estigmatització.

Redefinició del problema després de les primeres maniobres:

- En el cas de pocs resultats es continuen aplicant les estratègies i tècniques
- Es continua amb l'aplicació del “com si”
- Reforç de comportaments adequats

4.3.4.2. El trastorn negativista - desafiant

Definició del problema:

Aquest trastorn es caracteritza per un comportament recelós, hostil i provocatiu. Els infants amb aquest tipus de trastorn normalment solen ser litigiosos cap als adults, perden el control, estan sovint enfurismats, ressentits i enfadats amb els demás, desafien els adults i les regles, i comptabilitzen els altres per els seus errors i dificultats. La persona que pateix aquest trastorn, però, no se sol considerar provocativa ni tan sols negativista, tendeix a justificar el seu comportament com a resposta de circumstàncies injustes.

El diagnòstic d'aquest trastorn s'efectua només si el comportament pertorbador és molt més freqüent de lo que es pot observar en altres individus de la mateixa edat mental.

És un trastorn que pot aparèixer en la primera infància per després manifestar-se en torn als 8 anys. És més comú en nois que en noies tot i que després de la pubertat la distribució entre els dos sexes està equilibrada.

Segons el DSM-IV-TR (2002) aquestes són les manifestacions de comportament del trastorn negativista-desafiant:

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

(1) a menudo se encoleriza e incurre en pataletas

(2) a menudo discute con adultos

(3) a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas

(4) a menudo molesta deliberadamente a otras personas

(5) a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento

(6) a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros

(7) a menudo es colérico y resentido

(8) a menudo es rencoroso o vengativo

Nota. Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

Font: DSM-IV-TR (2002).

Soluciones intentadas:

Demandes i estímuls per adequar-se a les regles i l'autoritat

- Demandes motivades amb explicacions racionals
- Queixes i retrets amb acusacions sobre la naturalesa transgressora
- Declaració de prohibicions que no es compleixen de manera sistemàtica
- Càstigs diversos

Lamentacions i demandes d'ajuda a tercers

Estratègies i tècniques de comunicació per a la solució del problema:

- Declaració d'impotència amb posició complementària: en el context educatiu sovint hi ha alumnes que es neguen a fer allò que els professors els demanen. En aquests casos el que es proposa és utilitzar la resistència en direcció al canvi demanant-los que continuïn sent resistents, s'insisteix al nen/a que segueixi tenint aquella actitud ja que només així podrà ser un nen obediènt. Se li ha de transmetre que és absolutament necessari que es comporti d'aquesta manera ja que això li permetrà al mestre ser un excel·lent professor. Per tant, el professor haurà de canviar les seves respostes en front aquell comportament amb l'objectiu de modificar la naturalesa i el tipus de relació que s'ha creat entre ell i l'alumne. Aquest objectiu s'assolirà passant d'una posició simètrica a una posició complementària (ex: autoritat - submissió / assistència – dependència) i escollint una categoria de comportament del trastorn que es

vulgui tractar, demanant-la amb una formulació com: “m’agradaria molt que no fessis això (es diu el què), però si no ho aconsegueixes no importa”. La persona, al veure la seva capacitat posada en dubte, prendrà una actitud de canvi per demostrar-se a si mateix i als altres que és capaç.

- Petits sabotatges: en el cas que la tècnica anterior no acabi de generar canvis, es manté la demanda d’allò que es vol que la persona canviï, sempre en posició complementària, però es comencen a fer petits sabotatges en les relacions del nen i de les seves coses o activitats, seguit sempre de disculpes en posició complementària. D’aquesta manera, a cada negligència o comportament negatiu de l’Infant es respon amb petits sabotatges i després ens disculpem per haver estat tant distrets i maldestres.

Per exemple, si a un nen se li demana diverses vegades que ordeni l’habitació i es nega a fer-ho, es passa a dir-li que ens agradaria que ho fes ell però que en vista de que no es capaç de fer-ho, ho farem nosaltres. Es passa a ordenar l’habitació però, per exemple, se li amaga qualsevol objecte que utilitzi regularment. A les preguntes del infant se li respondrà que no sabem on és i ens disculpem per la distracció i la escassa memòria.

- Tècnica de la moneda o el petó al nas: la primera tècnica – la de la moneda – tracta de, en comptes de respondre als comportaments amb càstigs, agafar monedes o alguna cosa similar que pugui servir de reforç i davant de cada comportament de desafiament que es repeteixi, sense donar cap explicació, es dona una moneda al nen tot dient-li que “es tenen ganes de donar-li una moneda”. Semblant a aquesta tècnica, la del petó al nas, en la que cada cop que el nen/a tingui un comportament de provocació cap a l’adult, la resposta eficaç que permet la disminució d’aquell comportament es justament una resposta capaç de desorientar l’altre.

A través de contínues desorientacions s’emeten una sèrie de missatges

- No caic en el joc de la provocació
- Jo també soc capaç de provocar-te
- Juguem a un altre joc

Aquestes dues tècniques doncs, resolen els objectius mencionats desorientant a l’altre i l’obliguen a parar-se per entendre allò incomprendible. La frustració de no comprendre alguna cosa facilita l’immediat abandonament del comportament.

Segons la teoria de dissonància tendim, quan advertim la existència d’una dissonància, sigui en nosaltres mateixos o en les nostres relacions, a reduir-la

evitant activament situacions que augmentarien o farien persistir la dissonància (Festinger, L. 1992).

Redefinició del problema després de les primeres maniobres:

- Posició dels Dorzé, és a dir, en el cas d'obtenir resultats amb les maniobres dutes a terme, per una part ens mostrem contents pel que està succeint, però per l'altre es presenten dubtes sobre la possibilitat de que aquests es puguin mantenir en el temps.
- Demanda d'ajuda: davant dels resultats obtinguts amb els petits sabotatges es comencen a cometre auto-sabotatges cap a un mateix, lamentant-se i demanant ajuda als demés per ser controlat. D'aquesta manera es trenca radicalment el tipus de relació: de una relació en la qual s'era el controlador es passa a una relació en la qual s'és el controlat, controlant i garantint autonomia al nen. Així doncs, el nen no només no estarà controlat sinó que haurà d'ajudar al que ara està en dificultat.

4.3.4.3. Mutisme selectiu

Definició del problema:

Aquest trastorn està caracteritzat per el rebuig persistent de l'alumne a parlar en el context escolar o en situacions socials, existint, no obstant, la habilitat de comprensió del llenguatge parlat i escrit. Son infants que es comuniquen a través de gestos, inclinant o sacsejant el cap i a través de monosíl·labs o sons monòtons o breus.

El més freqüent en aquest trastorn es que el nen/a no parli a l'escola però si que ho faci amb normalitat a casa. S'associa amb aquest trastorn una excessiva timidesa, aïllament social, excessiu afecte, rebuig a l'escola i tractes compulsius o altres comportaments d'oposició especialment a casa.

Es manifesta en el moment de començar l'escola i en la majoria de casos dura només unes setmanes o mesos. En alguns casos, però, pot arribar a durar anys.

Segons el DSM-IV-TR (2002) és un trastorn aparentment estrany que només afecta a un 1% de la població i és més comú en les noies.

Manifestacions de comportament del mutisme selectiu segons el DSM-IV-TR (2002):

A. Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.

B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.

C. La duració de la alteració es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).

D. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.

E. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico

Font: DSM-IV-TR (2002).

Solucions intentades:

- Demandes directes
 - Sol·licitacions continues a parlar i a comunicar-se en general
 - Demandes directes al nen/a per que expliqui la seva “necessitat”
 - Augment de l’atenció cap al nen/a en general
- Creació del cas
 - Converses amb els pares i tècnics (pedagogs, psicòlegs, etc) per entendre el fenomen i diagnosticar

Estratègies i tècniques de comunicació per resoldre el problema

Les estratègies i noves solucions han de intentar eliminar les demandes al infant de que parli i de donar-li més atenció de la que se li dona a la resta dels alumnes. S’ha de donar la volta a la modalitat de relació, de una posició en la que el professor persegueix a l’infant per que parli a una posició en la qual hauria de ser l’alumne el que tingui la necessitat de recórrer al professor per poder parlar. Això es fa a través de dues tècniques:

- Petites frustracions a través d’errors sistemàtics: consisteix en cometre errors de forma sistemàtica sobre el nen (nom, edat, color del que porta de roba, etc), sense donar-li temps a respondre per corregir-lo. D’aquesta manera s’estimula el nen a voler corregir el professor però se li impedeix fer, col·locant-lo davant petites frustracions que el portaran a reaccionar i apartar-se de la seva rígida posició de mutisme. Amb aquest estímul indirecte es conduirà a una nova reacció del nen.
- Tècnica del “com si” o la reestructuració amb connotació positiva ja explicades en trastorns anteriors i igualment aplicables.

Redefinició del problema després de les primeres maniobres

- Reforç de comportaments adequats.

- Tècnica del joc “verdader o fals”, un joc en el que s’explica a l’Infant que podrà escollir no parlar quan ho desitgi durant un temps limitadament breu o també durant un dia sencer. Els altres (professors i alumnes) hauran d’intentar endevinar si el seu silenci és verdader – és a dir si és independent a la seva voluntat – o si es fals – és a dir que no ha escollit ell – . D’aquesta manera s’evita aplicar solucions intentades i es fa acabar de forma lúdica la superació del problema. A més, amb aquesta tècnica, es deixa la possibilitat al nen de reavivar tranquil·lament algunes actituds seves i la possibilitat de sortir del problema a la seva manera.

4.3.4.4. Trastorn d’evitació

Definició del problema

En aquest trastorn s’observa un excessiva evitació del contacte amb les persones no familiars, suficientment greu com per interferir en el funcionament social de les relacions amb els iguals. La duració de les manifestacions d’aquest trastorn han de ser d’almenys sis mesos.

És un trastorn que va molt lligat a un clar desig de implicació social amb les persones més familiars i que coneix bé. Quan un infant amb aquest trastorn està envoltat de gent que no coneix, es mostrarà tímid, amb tendència a retirar-se i ansiós quan se li demani d’interactuar amb estranys. Quan el grau d’ansietat sigui elevat, el nen inclús pot arribar a mostrar mutisme tot i no tenir cap dificultat en aquest aspecte.

Aquest trastorn apareix els primers anys d’escola, quan hi ha un augment dels contactes socials. No es molt freqüent però ho es mes en noies que en nois.

Les manifestacions de comportament del trastorn d’evitació en la infància i l’adolescència, extrets del DSM-III-R (1984) són:

- A. Excesivo alejamiento del contacto con personas extrañas durante un período de seis meses o más, lo suficientemente grave para interferir el funcionamiento social en las relaciones con los coetáneos
- B. Deseo de implicación social con las personas del entorno (familiares y coetáneos que el individuo conoce bien) y relaciones generalmente calurosas y satisfactorias con los miembros de la familia y con otras figuras familiares.
- C. Edad de, al menos, dos años y medio
- D. La alteración no es suficientemente generalizada y persistente como para justificar el diagnóstico de trastorno de evitación de personalidad.

Font: DSM-III-R (1984).

Solucions intentades:

- Empentes a la participació amb:
 - Empentes a la participació en activitats
 - Demandes de explicació de les causes de l'aïllament
 - Organització d'activitats que puguin interessar-li
 - Tèmpatives varies per implicar-lo (càrrecs i rols particulars, ajudant, guia, etc)
 - Augment general de les atencions
- Creació del cas
 - Entrevistes amb els pares, psicòlegs, pedagogs...

Estratègies i tècniques comunicatives per resoldre el problema

- Reestructuració amb prescripció paradoxal, ja explicada en casos anteriors
- Tècnica del com si, també explicada

Redefinició del problema després de les primeres maniobres:

- Continuació del "com si"

4.3.4.5. conflicte, hostilitat i baralles entre dos alumnes

Definició del problema

Aquest trastorn no apareix com a tal al DSM-III-R (1984) ja que no forma part de les categories específiques dels trastorns mentals. Tot i així, és important ja que per la seva freqüència col·loquen al professor en dificultats i els comprometen a la busca de solucions adequades.

És un dels problemes més freqüents el que es refereix a dos alumnes o nens/es que per diversos motius s'enfronten i es barallen sovint entre ells, creant tensions i desordre dins el grup.

Solucions intentades:

- Demandes de cessament del comportament a través d'explicacions "raonables"

Estratègies i tècniques comunicatives per resoldre el problema

- Reestructuració del rol de negociador "raonable": el professor ha de començar a comportar-se amb les dos parts, de manera irracional. Aquesta estratègia portarà als infants a assumir, per compensació de rol, el rol de persones racionals ja que no poden ser tots irracionals al mateix temps.

- Tècnica de l'atenció oculta: es tracta de proveir-se de llaminadures o alguna cosa simple i donar-li a un dels infants implicats (a part i sense que l'altre se n'adoni) afirmant que es tracta d'una idea de l'altre que no s'atreveix a donar-li personalment degut a les baralles que hi ha entre ells i la seva timidesa. Per altra banda, se'ls hi diu als dos, sempre per separat, que es aconsellable mantenir-li el secret per no incomodar el professor que ha rebut l'encàrrec i perquè l'altre infant ho negaria. Aquesta tècnica cessa de forma ràpida el problema

Redefinició del problema després de les primeres maniobres:

- Reforç de comportaments adequats i ignorància sistemàtica d'aquells no adequats

4.3.5. Teràpia Breu Estratègica amb infants i adolescents a Catalunya

Com ja hem anat explicant, i explica Pascual, J. (2019) i Nardone, G. i Fiorenza, A. (2017) des del punt de vista del context educatiu la teràpia breu estratègica per a infants passa per ajudar principalment als pares a ajudar els seus fills. En primer lloc s'intenta dotar els pares de recursos i eines per que siguin ells els que provoquin el canvi en el seu fill. Sempre que es pugui s'intenta que els infants no vagin a la consulta de psicologia i, com ja hem dit anteriorment, s'intenta no etiquetar, ja que està demostrat que té un efecte nociu tant en infants i adolescents com en persones adultes.

Així doncs, la teràpia en infants es fa de forma indirecta, és a dir, a través dels pares i agents que tinguin contacte amb aquell infant com professors o d'altres i, en el cas de pre-adolescents i adolescents, també s'intervé de forma directa i amb el seu nucli familiar. A l'hora d'intervenir, doncs, es té molt en compte, el sistema familiar, l'àmbit escolar i la relació que estableix l'Infant o adolescent amb aquests.

A Catalunya quan fem recerca sobre teràpia breu aplicada a infants i adolescents trobem diversos centres que hi treballen:

- El centre de Teràpia Breu a Barcelona (2018): Veiem que intervé amb infants i adolescents i hem observat al seu web que fa la diferència amb infants en adopció.
- La psicòloga Júlia Pascual (2019): intervé tant amb infants com amb adolescents i pre-adolescents. Les problemàtiques que solen treballar amb més freqüència són:
 - Pors i ansietat infantil
 - Por a dormir sol i de la foscor
 - Fòbies infantils
 - Fòbia escolar
 - Terrors nocturns
 - Enuresis (no control de l'esfínter, fer-se pipí a sobre) i encopresi (no control de l'esfínter fecal)
 - Bullying o assetjament escolar
 - Obsessions i compulsions en nens
 - Addiccions, Dependències
 - Depressió infantil
 - Problemes conducta: conducta negativista, conducta opositiva o desafiant, antisocial

- TICS (trastorn involuntari de la conducta)
- Traumes, trastorn per estrès posttraumàtic
- Trastorns d'aprenentatge
- Intervenció per al supòsit TDA i TDAH en nens
- Gelosia patològics entre germans
- Relacions tòxiques amb les parelles o amb membres de la família
- El centre Grat de Barcelona (2017): en aquest centre no diferencien entre les teràpies amb infants i les teràpies amb adolescents.

Amb els infants un cop explorat el problema i la vida del nen, proposa un pla d'intervenció en el qual es poden alternar sessions de teràpia individuals amb el nen amb sessions de teràpia amb els pares o amb tota la família i amb els adolescents fan sessions individuals per tractar les seves preocupacions, combinant-les amb sessions amb la família ja que consideren que és essencial la seva col·laboració en el procés.

- Centre de Teràpia Breu Sentise Bien (2015) en el que també treballen de forma indirecta, és a dir, amb els pares ja que consideren que la teràpia indirecta té grans beneficis com:
 - Evitar que el nen hagi d'establir un vincle de confiança amb el terapeuta, la qual cosa sol necessitar un període de temps de vegades llarg, en el qual el nen segueix patint.
 - Escurçar la durada de la teràpia i es resol el problema abans, evitant allargar el malestar infantil. És a dir, buscar la màxima eficàcia, resolent definitivament el problema, i la màxima eficiència, fent-ho de la forma més breu possible.
 - Es reforça el vincle del fill cap als seus pares ja que després de l'experiència sent, per exemple, que "tenia molta por i ells m'han ajudat", de manera que serà un nen que confiarà en els seus pares.
 - Evitar l'etiqueta de "nen que va al psicòleg" que sol convertir-se en un estigma negatiu. Tota la informació que necessitem per ajudar a superar un problema infantil la poden aportar els pares, que finalment, són qui millor coneixen al fill.
 - Augmenta l'autoconfiança que tenen posteriorment els progenitors en el seu rol com a pares.

Aquest centre també tracta diversos problemes com: agorafòbia, agressivitat en nens i adolescents, alteracions de la son, anorèxia, anorèxia nerviosa, ansietat generalitzada, atacs de pànic / ansietat, baixa autoestima, binge eating (afartaments), bulímia, dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat, depressió,

desmotivació, desobediència, duel (mort d'un ésser estimat), encopresi (els nens que es neguen a defecar), enuresi (manca de control per orinar diürn i / o nocturn en nens), fòbia escolar, fòbies (animals, objectes, situacions, etc.), fracàs escolar, hipocondria, impulsivitat, insomni, por a perdre el control, pors concrets (a la foscor, a les agulles, als animals, etc.), obsessions, problemes de convivència, processos de separació, rebel·lia, separació traumàtica dels pares, síndrome del vòmit, terrors nocturns, timidesa, trastorn d'ansietat per separació, trastorn de la personalitat, trastorn negativista desafiant, trastorn obsessiu compulsiu (TOC) i trastorn per estrès posttraumàtic entre d'altres.

Hi ha una gran diversitat de centres i psicòlegs més que tracten la Teràpia Breu en Infants i adolescents a Catalunya. Tot i així, ens donem compte, a través de la recerca, que tot i que es treballa amb infants i adolescents no hi ha articles ni recerques sobre com aquest tipus de teràpia seria beneficiosa per a infants en acolliment familiar amb unes necessitats especials arrel de la separació dels seus pares i unes vivències sovint traumàtiques per a ells. Observem, però, que les necessitats i dificultats que els infants en acolliment presenten, la Teràpia Breu Estratègica les tracta de forma eficaç i breu.

4.3.6. Eficàcia de la Teràpia Breu Estratègica

Nardone, G. (2019) explica que l'any 2000 es va realitzar una investigació longitudinal sobre els èxits de la teràpia efectuada en la dècada precedent en el centre de Teràpia Estratègica de Arezzo. Els resultats van demostrar la neta superioritat de l'eficàcia i la eficiència de la Psicoteràpia Breu Estratègica respecte als altres models d'intervenció terapèutica. En els darrers anys, les investigacions comparatives sobre eficàcia i eficiència de les psicoteràpies mostren encara més com el model de Psicoteràpia Breu Estratègica es destaca de les altres formes d'intervenció clínica, fins i tot en comparació directa amb la Teràpia cognitiva - comportamental (CBT, considerada el gold standard internacional). Aquesta comparació demostra la major eficàcia i eficiència d'aquesta teràpia en base a les evidències, els assajos controlats aleatoris i a través dels estudis longitudinals amb observadors externs.

Nardone, G. (2019) explica que actualment hi ha més de 30 projectes d'investigació-intervenció realitzats per a la posada en pràctica de tractaments específics per a les més importants formes de psicopatologia. A més, són més de 40 els textos publicats sota la seva autoria i la dels seus col·laboradors que reporten els èxits de les investigacions realitzades a l'Institut d'Arezzo.

Així doncs, la teràpia breu estratègica aplica protocols i estratègies d'actuació terapèutica científicament provats. Des de la seva fundació, el centre de teràpia estratègica (CTS) de Arezzo ha estudiat i sistematitzat més de 20.000 casos clínics amb un percentatge mig d'èxit del 90%.

Actualment, en l'àmbit clínic, segons el Centre de Teràpia Estratègica d'Arezzo d'Itàlia (2018), fundat per Paul Watzlawick i Giorgio Nardone, els resultats de l'eficàcia dels protocols de tractament per als diferents trastorns són:

- Trastorns fòbics i d'ansia (95% dels casos)
- Trastorns alimentaris (83% dels casos)
- Trastorns relacionats amb dependències a Internet (80% dels casos)
- Disfuncions sexuals (91% dels casos)
- Trastorns de la infància i de l'adolescència (82% dels casos)
- Trastorns de l'humor- depressions (82% dels casos)
- Trastorns obsessius i obsessius compulsius (89% dels casos)
- Presumptes psicosi, trastorn borderline i de personalitat (77% dels casos)

Per altra banda, Martin de Pozuelo, M. (2018) assenyala que els percentatges d'èxit en teràpia estratègica segons els tipus de trastorn són:

Els trastorns d'ansietat com atacs de pànic, ansietat generalitzada, trastorn obsessiu compulsiu, fòbies simples o fòbia social i hipocondria tenen un 95% d'èxit.

Els trastorns d'alimentació com l'anorèxia, el vomiting, la bulimia o el trastorn per afartament tenen 83% d'èxit.

Els problemes d'abusos d'Internet tenen un 80% d'èxit.

Els problemes sexuals com la dificultat d'erecció, dificultat del desig sexual, ejaculació precoç, dispaurenia, vaginisme i anorgàsmia tenen un èxit del 91%.

En la infància i adolescència, el tema que ens ocupa, un 82% dels casos de pors, hiperactivitat, trastorns negativistes-desafiants, trastorns de dèficit d'atenció, entre d'altres, són exitosos.

Per últim el tractament de la depressió té un 95% d'èxit.

Finalment, Medialdea, A.B. (2018) també proporciona unes dades semblants a les dels dos autors anteriors:

- 95% d'èxit en els trastorns d'ansietat
- 83% d'èxit en trastorns alimentaris
- 80% d'èxit en trastorns lligats a l'abus d'internet
- 91% d'èxit en trastorns sexuals
- 82% d'èxit en problemes de la infància i l'adolescència
- 82% d'èxit en tractament de la depressió
- 82% d'èxit en problemes relacionats amb els diferents contextos com parella, família, feina o context social.

Veiem, doncs, una concordança amb les dades dels tres autors però amb alguna diferència en els percentatges. Tot i així, només hem pogut reflectir en el treball aquestes dades ja que a l'hora de buscar informació sobre l'eficàcia de l'aplicació de la teràpia breu estratègica concretament en infants, trobem que no hi ha referències o evidència que aportin valor al fenomen d'estudi.

5. ANÀLISI

A continuació ens endinsarem en l'anàlisi de la informació que hem treballat en el Marc Teòric de la recerca i ho farem a través de taules que dividiran la informació per categories. D'aquesta manera, creiem que les categories o paraules clau d'aquesta recerca són:

- Infància
- Necessitats dels infants
- Desprotecció infantil i adolescent
- Acolliment familiar
- Teràpia breu estratègica

Dividirem cada categoria en sub-categories que ens permetran sintetitzar i aportar tota aquella informació rellevant per a l'anàlisi i discussió d'aquesta recerca. Després de cada quadre, per tant, es farà una descripció objectiva de les cites o aportacions dels autors tot indicant els resultats obtinguts i les limitacions amb les que ens hem trobat al llarg de la recerca.

TAULA 1: INFÀNCIA

Categoria	Sub - categoria	Aportacions:
Infància	Definició del concepte	La Llei 8/1995 de 27 de Juliol, d'Atenció i Protecció dels Infants i adolescents entén per infant tota persona menor de dotze anys i per adolescent tota persona amb una edat compresa entre els dotze i els divuit anys.
		La Convenció Internacional dels Drets dels Infants (1989) entén per infant tot ésser humà des del seu naixement fins als divuit anys d'edat, llevat que legalment hagi aconseguit abans la majoria d'edat.
		Pérez, L. (2011) fa una definició actual del concepte d'infant com un ésser social, actiu i creatiu, amb potencial cognitiu i afectiu, preparat per anar descobrint les seves possibilitats psíquiques, afectives i socials amb l'ajut i la informació dels adults que l'envolten, i també d'altres infants. Són considerats éssers en desenvolupament, però això no vol dir que se'ls consideri incapaços o incomplets com en algun punt de la història han estat considerats.
		Vygotsky, L. (1978) diu que de totes les etapes evolutives, la infància constitueix el període en el que sorgeixen els majors processos de desenvolupament i canvi. Tot i que el desenvolupament es prolonga al llarg de tota la vida, el que passa durant els primers anys té una importància transcendental i marcarà tant la vida futura d'aquella persona com del grup social al que pertany.
	Evolució del concepte	Segons Corominas, J. (1994), la paraula infància, amb el significat d'infantesa, es comença a utilitzar a mitjans del Segle XIII. La concepció de l'Infant, però, al ser una construcció social ha anat variant al llarg de la història des de concepcions de l'Infant com un adult en miniatura fins a visions de l'Infant com a ésser totalment dependent, entre d'altres.
		Pérez, L. (2011) explica que va ser a partir de la segona meitat del segle XX quan la infància es comença a considerar una etapa transcendent en l'evolució de l'ésser humà per a les disciplines modernes com la

		<p>pedagogia, la psicologia, la sociologia, etc. Cada època i cada cultura tenen una visió sobre la infància i aquesta no només està determinada per les condicions sociohistòriques sinó pels sabers derivats de les aportacions de ciències com la pedagogia, la psicologia, l'antropologia, la medicina, la història o la sociologia.</p>
		<p>Segons Pérez, L. (2011) “el pensament sobre la infància i els infants en les societats occidentals ha anat evolucionant al llarg de la història i es distingeixen tres grans moments en la construcció d'aquest concepte”:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El descobriment de la infància i de l'Infant (abans del S.XVII) 2. concepte d'infància com a objecte de protecció i atenció assistencial i educativa (a partir del S. XVII) 3. concepció de la infància com a subjecte de dret (a partir dels últims anys del S. XX)
		<p>Jaramillo, L. (2007), des de Colòmbia, també ens parla del procés que ha patit el concepte d'infància al llarg dels anys. Explica que la infància té un caràcter històric i cultural i es per aquest motiu que ha tingut diferents apreciacions al llarg de la història. L'autora anomena els canvis de concepció en les següents etapes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Del 354-430 fins el segle IV es concep l'Infant com a depenent i indefens, els nens es consideren un estorb • Durant el segle XV es considera que els infants son dolents per naturalesa. A finals del mateix segle XV es té una concepció dels infants com de indefensió i es passa a definir el nen com una “propietat” • Al segle XVI es veu l'Infant com un esser humà inacabat, “el nen com un adult petit” • Durant els segles XVI i XVII se'l reconeix com un àngel • Al segle XVIII se li dona la categoria d'infant però “inacabat”. Es un infant com un ser primitiu • A partir del segle XX es comença a considerar l'Infant com a subjecte social de dret

Font: Elaboració pròpia a través de l'anàlisi de resultats.

5.1. Infància

Concepte "infància"

Com observem a la taula anterior hi ha diversos autors que defineixen el concepte *infància*. En primer lloc, com podem observar, la Llei 8/1995 és la única font que a la seva definició diferencia entre el concepte d'infant i el d'adolescent. La Convenció Internacional dels Drets dels Infants (1989), d'altra banda, defineix el concepte sense esmentar l'adolescència definint per infant tota persona menor de 18 anys d'edat. Finalment, Pérez, L. (2011) fa una definició més actual de la infància parlant des de les potencialitats d'aquesta i descrivint-la com a essers en desenvolupament. Coincideix doncs, amb aquella que fa Vygotsky, L. (1978) que defineix la infància com una etapa evolutiva en la que sorgeixen els majors processos de canvi i desenvolupament.

Per tant, ens trobem amb 4 autors que tot i coincidir en que un infant és aquella persona menor de 18 anys, fan definicions diverses. Podríem dir que tant la Llei 8/1995 com la Convenció Internacional dels Drets dels Infants fan definicions més semblants i en canvi Pérez, L. i Vygotsky, L. (1978) fan una definició enfocada des de les possibilitats i potencialitats dels infants i sempre com a essers en desenvolupament.

Evolució del concepte Infància

Pel que fa a l'evolució del concepte tenim quatre autors que fan aportacions, tres dels quals – Corominas, J., Pérez, L. i Jaramillo, L. – consideren que el concepte ha anat variant al llarg de la història ja que es tracta d'una construcció social. Tot i que coincideixen amb aquesta idea, Pérez, L. i Jaramillo, L. difereixen en les etapes en les que divideixen l'evolució del concepte d'infància. Pérez, L. ho divideix en tres etapes i, en canvi, Jaramillo, L., des de Colòmbia, començant des dels anys 354-430 ho divideix en 6 etapes diferents.

Veiem que aquests dos autors només coincideixen en les darreres dues etapes de l'evolució. S'observa en els resultats, per tant, que en cada societat i segons els coneixements d'aquell moment, el concepte d'infància era diferent. Per altra banda, ambdós autors remarquen la importància que pren des del S.XX l'educació i proporcionar als infants un entorn favorable de relació tant amb els iguals com amb els adults per anar descobrint les seves possibilitats i anar desenvolupant la seva personalitat de forma lliure i correcta però a la vegada ajudat per els adults.

TAULA 2: LA NECESSITAT DELS INFANTS

Categoria	Sub - categoria	Aportacions:
<p>Necessitats dels infants</p>	<p>Necessitats Fisiològiques</p>	<p><u>Necessitats Fisiològiques:</u> respiració, alimentació, descans, sexe i homeòstasi. (Maslow, A. 1975)</p> <p><u>Necessitats de caràcter físic – biològic:</u> alimentació, temperatura, higiene, son. Activitat física: exercici i joc. Integritat física i protecció davant el risc real. (Muner, J. 2010)</p> <p><u>Necessitats relacionades amb la seguretat el creixement i la supervivència:</u> Quan un nadó neix el seu grau de dependència cap a l'adult és total, de forma que la seva supervivència, el seu desenvolupament i creixement dependran de atenció que se li ofereixi de cara a satisfer les seves necessitats d'higiene, alimentació, protecció enfront el clima, prevenció de situacions de risc, etc. Així doncs, requereix un seguit d'atencions i cures, per part dels progenitors que, si són adequadament proporcionades, donaran lloc a perfils de creixement i maduració compatibles amb la normalitat.</p> <p>Si pel contrari, no rep almenys els mínims requerits per a desenvolupar-se correctament, es poden produir problemes o dificultats que poden arribar a ser irreversibles i posar en perill la supervivència, el desenvolupament adequat i l'evolució psicològica correcta. (Amorós, P. et al. 2003)</p>
	<p>Necessitats cognitives</p>	<p><u>Necessitats cognitives:</u> estimulació sensorial, exploració física i social. Comprensió de la realitat física i social. (Muner, J. 2010)</p> <p><u>Necessitats relacionades amb el desenvolupament cognitiu i lingüístic:</u> Per a tot infant que neix, les relacions primerenques tenen una gran importància perquè el seu desenvolupament primerenc sigui correcte, el cos i les seves possibilitats d'acció i expressió es vagin desenvolupant, les relacions de vincle i els primers fonaments de la identitat i l'autoestima es formin, i s'aprenquin les habilitats i competències</p>

		<p>socials. Són aquestes relacions primerenques les que ens permeten relacionar-nos amb els objectes i a descobrir-ne les seves propietats, les que ens ensenyen a descobrir-nos com a agents sobre les coses i les persones, quan aprenem a comunicar-nos i després a parlar. Així doncs, els humans venim tant genèticament predisposats a adquirir el llenguatge que per poc que hi hagi una mica d'estimulació lingüística al nostre entorn, aprendrem a parlar. Es tracta però, de fer-ho en el moment evolutivament més adequat i amb una complexitat i riquesa creixents.</p> <p>Si les condicions de l'entorn de l'Infant no són estimulants per a la comunicació, el llenguatge i el diàleg, ni per fomentar la capacitat d'interpretació de la realitat i afrontar els dilemes i problemes que aquesta planteja, serà un problema ja que en alguns casos inclús pot produir profunds trastorns de la comunicació i del desenvolupament amb greus alteracions evolutives. (Amorós, P. et al. 2003)</p>
	<p>Necessitats emocionals</p>	<p><u>Necessitats emocionals i socials:</u> Seguretat emocional, identitat personal i autoestima. (Muner, J. 2010)</p> <p><u>Necessitats relacionades amb el desenvolupament emocional:</u> Les emocions són la clau principal de la salut mental de les persones. Així com una vida emocional sòlida, segura i positiva ens fa psicològicament forts i resistent a tensions i contrarietats, una vida emocionalment fràgil i dominada per la inseguretat ens debilita i ens porta angoixes i contratemps. De l'ampli i complex món de les emocions, cal destacar-ne dues per la seva importància central: les que sentim a propòsit i en relació amb les persones que ens resulten més significatives (vincl) i les que experimentem respecte a nosaltres mateixos (autoestima).</p> <p>El vincl constitueix el nucli primigeni i central de la nostra vida emocional i es considera un tret molt important en els humans. Els infants, però, que viuen amb famílies en les que hi ha una absència de relacions de vincl o vincles disfuncionals ja que en l'entorn de l'Infant no es troba cap persona de manera estable que respongui a les seves necessitats i demandes, es desenvolupa un tipus de vincl de</p>

		naturalesa ambivalent, evitatiu o desorganitzat. (Amorós, P. et al. 2003)
	Necessitats socials	<p><u>Necessitats socials</u>: Xarxa de relacions socials. Participació i autonomia progressiva, així com establiment de límits al comportament. (Muner, J. 2010)</p> <p><u>Afiliació</u>: amistat, afecte. (Maslow, A. 1975)</p> <p><u>Necessitats relacionades amb el desenvolupament social</u>: <u>Necessitats relacionades amb el desenvolupament social</u>: els humans necessitem l'entorn social per créixer i desenvolupar-nos. A través de la interacció social aprenem habilitats que ens resulten útils per al nostre desenvolupament personal i social. Aquestes habilitats les aprenem en primer lloc en el context familiar, quan de petits aprenem a demanar ajuda, a cridar l'atenció dels adults, que les nostres necessitats no es poden satisfer sempre de forma immediata, etc. Després continua quan ens ajuntem amb nens i nenes de la nostra edat, amb els iguals, i hem d'aprendre a controlar els nostres impulsos i agressivitat, habilitats de joc, cooperació, etc. La falta de contacte i relacions socials estimulants portarà dificultats o problemes ja que sense relacions i interaccions positives en el context familiar els infants veuran afectat l'aprenentatge bàsic d'habilitats de comunicació i interacció social. (Amorós, P. et al. 2003)</p> <p>“Els nens i nenes sotmesos a estils de criança caracteritzats per la indiferència, per la incoherència o per l'excés d'agressivitat, tindran grans dificultats per desenvolupar algunes de les habilitats socials i interpersonals bàsiques” (Moreno, M.C. 1999)</p>
	Necessitats sexuals	<p><u>Sexuals</u>: Contacte sexual. (Muner, J. 2010)</p> <p><u>Fisiologia</u>: sexe. (Maslow, 1975)</p>
	Necessitats de l'entorn físic i social	<u>Amb l'entorn físic i social</u> : Protecció davant el risc imaginari. Interacció lúdica. (Muner, J. 2010)
	Necessitats d'escolarització	<u>Necessitats relacionades amb l'escolarització</u> L'escolarització dels infants representa un nou entorn en el

		<p>que hauran d'aprendre noves habilitats, on tindran l'oportunitat de realitzar nous aprenentatges i on es trobaran tant amb límits i exigències noves als que s'hauran d'acostumar com amb un contacte continuat amb els iguals que els requerirà habilitats i exigències. En el cas de que en el desenvolupament primerenc dels infants en l'àmbit familiar s'hagin adquirit elements relacionats amb el llenguatge, l'atenció, la interacció social,... els infants tindran una bona adaptació a l'escola i hi trobaran un lloc on podran no només mostrar aquelles habilitats ja adquirides, sinó aprendre'n de noves. L'escola, però, tot i que per a molts nens és una oportunitat per a desenvolupar-se, per a altres és un món de dificultats. Tendeixen a tenir dificultats aquells infants que prèviament a entrar a l'escola no han estat estimulats i ben atesos i per tant es troben un mar de dificultats per fer front a les exigències de llenguatge, d'atenció, de memòria, de resolució de problemes... (Amorós, P. et al. 2003)</p>
--	--	---

Font: Elaboració pròpia a través de l'anàlisi de resultats

5.2. Necessitats dels infants

Pel que fa a les necessitats bàsiques dels infants cada autor de referència les expressa i anomena de forma diferent. Per aquest motiu, s'han sub-categoritzat tots els tipus de necessitats que s'anomenen al marc teòric de la recerca i a continuació s'analitzarà la informació de forma més detallada.

Com podem veure, quan parlem de **necessitats fisiològiques** el 100% dels autors les destaquen com a bàsiques i les anomenen a la seva llista de necessitats. Per Maslow, A. (1975) les necessitats fisiològiques són la base de la piràmide i per tant les necessitats més essencials. Muner, J. (2010) i Amorós, P. et al. (2003) per la seva banda, fan una definició semblant però els últims en la seva explicació afegixen quines són les conseqüències que pot tenir un infant amb aquestes necessitats sense cobrir. Pel contrari, Maslow, A. (1975) i Muner, J. (2010) no en parlen. També cal destacar que Maslow, A. (1975) al parlar de les necessitats dels essers humans i no dels infants de forma concreta, afegix el sexe dins d'aquest grup de necessitats.

Per últim, cal afegir que tant Muner, J. (2010) com Amorós, P. et al. (2003) a la seva definició fan referència a la seguretat o protecció davant el risc. Els últims autors expliquen que aquesta va directament relacionada amb les atencions i cures per part dels progenitors i que, per tant, aquestes donaran lloc a perfils de creixement i maduració compatibles amb la normalitat o, pel contrari, posar en perill la supervivència i el desenvolupament adequat de l'Infant.

Quan parlem de **necessitats cognitives** només dos dels autors en fan referència. Muner, J. (2010) a la seva definició anomena l'estimulació sensorial, l'exploració física i social i la comprensió de la realitat física i social. Amorós, P. et al.(2003), en canvi, a les necessitats cognitives afegixen les necessitats lingüístiques afirmant que els humans estem tant genèticament predisposats a adquirir el llenguatge que per poc que hi hagi un mínim d'estimulació lingüística, aprendrem a parlar. D'altra banda, els mateixos autors remarquen la importància de les relacions primerenques a l'hora de desenvolupar-nos i perquè "el cos i les seves possibilitats d'acció i expressió es vagin desenvolupant, les relacions de vincle i els primers fonaments de la identitat i l'autoestima es formin, i s'aprenquin les habilitats i competències socials". (Amorós, P. et al. 2003). De nou, parlen de les repercussions que poden tenir unes condicions poc estimulants en l'Infant arribant inclús a possibles trastorns de la comunicació i del desenvolupament amb greus alteracions evolutives. Finalment cal remarcar que Maslow, A. (1975) no parla d'aquest tipus de necessitats en cap dels 5 nivells de la piràmide de Maslow.

Seguint amb les **necessitats emocionals** veiem que tant Muner, J. (2010) com Amorós, P. et al. (2003) donen especial importància al la seguretat emocional i a l'autoestima per a un correcte desenvolupament. Ambdós autors coincideixen amb que tenir una seguretat emocional o una vida emocionalment sòlida, segura i positiva et fa psicològicament fort i resistent al que pugui venir. En canvi, com expliquen Amorós, P. et al. (2003), "una vida emocionalment fràgil i dominada per la inseguretat ens debilita i ens porta angoixes i contratemps". D'altra banda, però, observem que Maslow, A. (1975) no anomena en cap dels nivells de la piràmide les necessitats emocionals.

El 100% dels autors anomena les **necessitats socials** com a bàsiques. Maslow, A. (1975) ho fa al nivell d'afiliació on anomena l'amistat i l'afecte com a necessitats bàsiques per a arribar a l'autorealització. Muner, J.(2010) en canvi, destaca la importància de tenir una xarxa de relacions socials així com la participació, l'autonomia i l'establiment de límits al comportament. Per últim, i coincidint amb Amorós et al. fan referència a la importància de l'entorn social per créixer i desenvolupar-se. Afirmen que és a través de la interacció social que s'aprenen les habilitats per a relacionar-se amb els altres i amb nosaltres mateixos. Són però els únics autors que parlen de les conseqüències que pot tenir la falta de contacte i relacions socials creant infants amb un aprenentatge bàsic d'habilitats de comunicació i interacció social molt afectat i que pot arribar a portar situacions d'aïllament o rebuig social.

D'altra banda, pel que fa a les **necessitats sexuals** veiem que tant Muner, J. (2010) com Maslow, A. (1975) en fan referència. Tot i així, com ja hem comentat anteriorment Maslow, A. (1975) inclou aquesta necessitat dins les fisiològiques. En canvi, Muner, J. (2010) la destaca com una categoria més de necessitats.

Finalment hem apuntat dues categories de necessitats més que també son considerades essencials pels autors. En primer lloc trobem les **necessitat de l'entorn físic i social** apuntades per Muner, J. (2010) i que fan referència a aquelles relacionades amb la protecció davant el risc imaginari i la interacció lúdica. Veiem que Amorós, P. et al. (2003) també en parla però la inclou dins les de desenvolupament social. En segon lloc, però no menys important, trobem les **necessitats d'educació**, una necessitat de la que només parlen Amorós, P. et al. (2003) i que veu l'escola com una nova oportunitat per aprendre noves habilitats i realitzar nous aprenentatges així com d'acostumar-se a nous límits i normes i a la convivència amb els iguals.

TAULA 3: INFÀNCIA I ADOLESCÈNCIA EN DESPROTECCIÓ

Categoria	Sub-categoria	Aportacions:
<p>Infància i adolescència en desprotecció</p>	<p>Situacions de risc</p>	<p>Per Becedóniz, C. (2003) “una situació de desprotecció infantil és producte d’una insatisfacció de les necessitats bàsiques de l’Infant o adolescent, que genera un dany o risc que dificulta o impedeix el seu desenvolupament integral”.</p>
		<p>Segons el Decret 338/1986 de regulació de l’Atenció a la Infància i l’Adolescència en Alt Risc Social, s’entén per risc social “la situació per la qual un infant i/o adolescent es troba en un ambient socio-familiar que incideix negativament sobre la seva personalitat i que, atesos als dèficits socials que hi concorren fa preveure l’emergència i desenvolupament de conductes asocials”.</p>
		<p>Segons Balsells, M.A. (2000) l’actual concepte de infància en risc social sorgeix com a conseqüència d’almenys tres fenòmens diferencials que permeten tenir una visió unívoca del seu contingut epistemològic. Aquests fenòmens són:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El reconeixement internacional dels drets de la infància i les conseqüents mesures per a garantir-los • El reconeixement de les conseqüències cognitives, afectives i socials que té en la infància el fet de viure en una situació carencial • El reconeixement de la inadaptació social com a fruit d’un procés d’aprenentatge que s’inicia a la infància en risc social
		<p>La Llei orgànica de protecció jurídica del menor 1/1996, del 15 de gener, publicada al Boletín Oficial del</p>

		<p>Estado, defineix que són situacions de risc “aquelles que perjudiquin el desenvolupament personal o social del menor, que no requereix l’assumpció de la tutela per part dels poders públics, els quals, en qualsevol cas, hauran de garantir els drets que tenen els menors”. “Es situación de riesgo toda aquella en la cual el desarrollo y bienestar de la persona, niño o adolescente se ve limitado o perjudicado por cualquier circunstancia personal, social o familiar, siempre y cuando para su protección efectiva no sea necesaria la separación de su núcleo familiar”.</p>
		<p>Segons el Departament de Benestar i Família podem definir Infància en risc aquella situació en la que es troben els nens i nenes que viuen immersos en unes condicions de vida que obstaculitzen, perjudiquen o poden perjudicar a curt o mig termini el seu correcte desenvolupament. Quan el desenvolupament o l’evolució del nen tant a nivell psicològic com emocional, socio-afectiu o fisico-biològic es veu amenaçat o ja afectat per factors compresos en l’entorn familiar i/o social, es parla d’un <i>nen o nena en risc o alt risc psico-social</i>.</p>
		<p>L’article 102.2 de la LDOIA 14/2010, tipifica les següents casuístiques com a situacions de risc:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La falta d’atenció física o psíquica per part dels progenitors o dels titulars de la tutela o guarda de l’Infant o adolescent • La dificultat greu per dispensar l’adequada atenció física i psíquica • La utilització del càstig físic o emocional • Les carències que no poden ser adequadament compensades en l’àmbit familiar • L’absentisme escolar i la falta d’escolarització en edat obligatòria • El conflicte obert i crònic entre els progenitors, separats o no, si anteposen les seves necessitats a les del nen/a o adolescent • La incapacitat o impossibilitat de control de la conducta del nen o adolescent

		<ul style="list-style-type: none"> • Qualsevol altra circumstància que, si persisteix, podria evolucionar i derivar en el desemparament del infant o adolescent
		6.899 expedients de Risc greu a final de mes de febrer 2019 segons Informe estadístic mensual. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA).
		Pel que fa als expedients de risc, veiem que en dos anys i mig s'han obert 1.598 expedients. (Informes estadístics DGAIA)
	Situacions de desemparament	Es considera situació de desemparament aquella situació que es produeix de fet, a causa de l'incompliment o de l'impossible o l'inadequat exercici dels deures de protecció establerts per la llei per a la guarda dels menors, quan aquests quedin privats de la necessària assistència moral o material. (Llei Orgànica 1/1996 de 15 de gener, de Protecció Jurídica del Menor. BOE. Article 172.
		La LDOIA a l'article 105.1 defineix per situació de desemparament aquella situació en que als infants o adolescents els manquen els elements bàsics per al desenvolupament integral de la personalitat, sempre que per a llur protecció efectiva calgui aplicar una mesura que impliqui la separació del nucli familiar.
		<p>L'article 105.2 de la LDOIA 14/2010 tipifica les següents situacions com a situacions de desemparament:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abandonament • Els maltractaments físics o psíquics, els abusos sexuals, l'explotació o situacions d'anàloga natura • El maltractament prenatal • L'exercici inadequat de les funcions de guarda que comporti un perill greu per al menor • El trastorn, l'alteració psíquica o la drogodependència dels progenitors o titulars de la tutela o guarda que repercuteixi greument en el desenvolupament del menor • El subministrament al menor de drogues, estupefaents o qualsevol altra substància psicotròpica o

		<p>tòxica</p> <ul style="list-style-type: none"> • La inducció a la mendicitat, la delinqüència o la prostitució, o l'exercici d'aquestes activitats per part de les persones encarregades de la guarda • La desatenció física, psíquica o emocional greu i cronificada • La violència masclista o l'existència de circumstàncies en l'entorn sociofamiliar que perjudiquin greument el desenvolupament del menor • L'obstaculització per part dels progenitors o titulars de la tutela o guarda de les actuacions d'investigació o comprovació, o la seva falta de col·laboració, quan aquest comportament posi en perill la seguretat del menor, així com la negativa d'aquests a participar en l'execució de les mesures adoptades en situacions de risc si això comporta la persistència, la cronificació o el greuge de les mateixes • Les situacions de risc que pel seu nombre, evolució, persistència o greuge determinin la privació del menor dels elements bàsics per al desplegament integral de la seva personalitat • Qualsevol altra situació de desatenció o negligència que atempti contra la integritat física o psíquica del menor, o l'existència objectiva d'altres factors que impossibilitin el seu desenvolupament integral
		<p>Del total de 2.629 casos d'expedients de desemparament amb Mesura Cautelar, cal dir que el 81,3% són d'atenció immediata i el 18,7% de desemparament preventiu. Per finalitzar, comentar que s'han obert 511 casos en el darrer mes, dels quals 241 són expedients de desemparament sense Mesura Cautelar i 270 amb Mesura Cautelar. (Informe estadístic mensual DGAIA. Febrer de 2019)</p>
		<p>En dos anys i mig han quedat oberts 2.092 expedients de desemparament amb Mesura Cautelar.</p>

	<p style="text-align: center;">Causas de desprotecció</p>	<p>Les causes que motiven la separació d'un/a nen/a de la seva família poden ser molt diverses i el més habitual és que se'n produeixi una combinació, amb múltiples factors de risc que comprometen el benestar infantil. En tots els casos el denominador comú està relacionat amb les capacitats parentals dels pares i/o adults de referència per al desenvolupament de la criança, cura i educació dels nens/es.</p> <p>D'una banda, trobaríem totes aquelles situacions que de forma circular estan condicionant processos d'exclusió dels pares i/o adults de referència: greus manques de recursos econòmics o d'habitatge, dèficits personals que no garanteixin la satisfacció de les necessitats bàsiques dels infants, problemes en la convivència familiar, malaltia mental i/o física, ingrés a la presó, abandó, negligències... Per altra, podem trobar situacions en les que l'acolliment o l' internament a centre, ve donat per un ingrés hospitalari urgent dels progenitors amb una escassa xarxa de suport social... En els casos més extrems, ens trobaríem amb situacions de violència i/o abús de diversa índole. En aquesta situació, no té perquè existir una variable d'índole socioeconòmica determinant.</p> <p>Les famílies, per les circumstàncies esmentades, es veuen abocades a sol·licitar a l'Administració competent de cada Comunitat Autònoma que assumeixi la guarda temporal dels seus fills i filles menors d'edat que tenen a càrrec, per un temps determinat no superior als 2 anys, o bé és la pròpia Administració Pública la que, malgrat els esforços realitzats després de la declaració de risc i/o una vegada constatada la situació de desemparament i/o maltractament, retira la tutela, procedint a delegar la guarda temporal en una família d'acolliment com a mesura de cura alternativa. (Creu Roja, 2017)</p> <p>Arruabarrena, I. i Intebi, I. (2010) consideren que les principals causes de desprotecció poden ser degudes a</p> <ul style="list-style-type: none"> • la incapacitat, limitació o comportament inadequat de les figures parentals, tutors o responsables
--	--	---

		<p>legals del nen/a o adolescent</p> <ul style="list-style-type: none">• problemes o circumstàncies externes fora del control d'aquelles persones. <p>No hi ha una sola causa de la desprotecció infantil i la desprotecció infantil es produeix en tots els grups socials, econòmics, religiosos, culturals i ètnics. La desprotecció infantil apareix com a conseqüència de la interacció de múltiples factors de risc.</p>
--	--	---

Font: Elaboració pròpia a través de l'anàlisi de resultats

5.3. Desprotecció infantil i adolescent

Quan cerquem informació sobre infància o adolescència en situació de desprotecció observem que tots els autors parlen d'una insatisfacció de les necessitats bàsiques que genera un risc en el desenvolupament de l'Infant. La legislació Catalana, però, distingeix entre les situacions de risc i les de desemparament, dues sub-categories que hem emprat en aquesta taula deguda a la rellevància de la informació.

Com es pot observar a la taula, hi ha diversos autors, lleis i departaments públics que tracten i proporcionen informació sobre la temàtica **d'infància en situació de risc**. L'aportació de Balsells, M.A (2000), però, és la única que ens explica el com ha sorgit aquest concepte i arrel de quins fenòmens. Aquest apunta que l'actual concepte d'infància en risc sorgeix arrel del reconeixement internacional dels drets de la infància i les conseqüents mesures per a garantir-los, del reconeixement de les conseqüències cognitives, afectives i socials que té en la infància el fet de viure en una situació carencial i, per últim, arrel del reconeixement de la inadaptació social com a fruit d'un procés d'aprenentatge que s'inicia a la infància en risc social.

Tant Allueza, L. (2011) com la Llei 1/1996 al BOE quan defineixen una situació de risc coincideixen amb l'afectació en el desenvolupament de l'Infant arrel d'unes circumstàncies personals, familiars o de l'entorn no afavoridores i senyalen que són situacions caracteritzades per no tenir la gravetat suficient com per justificar la separació de l'Infant del seu nucli familiar.

D'altra banda, el Departament de Benestar i Família fa una definició semblant a les anteriors citades però afegeix els nivells de desenvolupament de l'Infant que es poden veure amenaçats i poden tenir repercussions convertint aquests infants en infants en risc. Aquests nivells són el psicològic, l'emocional, el socio-afectiu o el físico-biològic.

Finalment cal apuntar la importància de la tipificació feta per la LDOIA 14/2010 de les que es consideren situacions de risc i les estadístiques que indiquen que casi 6.900 infants estan registrats al sistema de protecció amb expedient de risc greu i 1598 expedients s'han obert en els darrers dos anys i mig.

Continuant amb l'altre situació de desprotecció, la **situació de desemparament**, podem apuntar que el 100% dels autors la defineixen com aquella en la que a l'Infant li manquen elements bàsics pel seu desenvolupament integral i que per la seva protecció s'aplica una mesura que implica la separació de l'Infant del seu nucli familiar. De nou la LDOIA 14/2010 tipifica aquestes situacions considerades de

desempament i ens aporta una informació més detallada dels casos en que es declara la situació de desempament en la infància i l'adolescència.

Cal remarcar, a més, la utilitat dels informes estadístics mensuals de la DGAIA que ens han proporcionat dades des dels darrers anys fins ara sobre el nombre d'expedients de desempament i risc.

Finalment, pel que fa a la última sub-categoria sobre les **causes de desprotecció** veiem que tant Creu Roja (2017) com Arruabarrena, I. i Intebi, I. (2010) consideren que no hi ha una sola causa que dugui a un infant o adolescent a estar desprotegit. Expliquen que la desprotecció infantil apareix com a conseqüència de múltiples factors o causes. Creu Roja (2017), però, apunta que en tots els casos el denominador comú està relacionat amb les capacitats parentals dels pares o adults de referència. D'altra banda, ambdós autors anomenen les mateixes causes de desprotecció relacionades amb la incapacitat o limitació de les figures parentals o problemes externs fora del control de les persones com exemplifica Creu Roja (2017) d'un ingrés hospitalari urgent.

TAULA 4: ACOLLIMENT FAMILIAR

Categoria	Sub-categoria	Aportacions
<p>Acolliment Familiar</p>	<p>Concepte</p>	<p>La Llei 1/1996 al BOE entén per acolliment familiar “un instrumento legal de protección del menor desamparado o – en general – de aquél cuyos padres no pueden dispensarle los cuidados necesarios para su adecuado desarrollo como persona, mediante el cual es insertado plenamente – de forma transitoria, permanente o con vistas a una posible adopción – dentro de un ambiente sustitutivo o complementario del propio, que le asegure la asistencia moral y material adecuada a sus necesidades, teniendo presente en todo momento que – siempre que sea posible y así lo aconseje el interés superior del menor – deberá orientarse toda actuación a reinserción dentro de la propia familia”.</p>
		<p>Espiau, S. i Vaquer, A. (1999) expliquen que el terme d'acolliment familiar s'ha de definir en base a la definició de guarda, ja que aquesta mesura de protecció del menor desemparat s'organitza mitjançant la convivència amb una persona o família, que substitueix de forma provisional el nucli familiar originari. La integració de l'Infant dins la família acollidora persegueix l'objectiu d'actuar en l'àmbit personal. Això vol dir que la família acollidora haurà de dotar els menors de les facultats i obligacions pròpies del règim de guarda. Per altra banda serà l'entitat pública qui prendrà la funció tutelar que comporta la representació legal, és a dir, tant aspectes personals com patrimonials. Això passarà en els casos en els que la intervenció protectora es produeix com a conseqüència de la carència d'elements bàsics per al desenvolupament integral de la personalitat del menor, i es fa necessària la separació del nucli familiar.</p>
		<p>La mesura de protecció per mitjà de la qual un infant o adolescent en situació de desemparament i, per tant, sota les funcions tutelars de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA), ha de ser</p>

		<p>confiat a una família aliena o extensa que faci possible el seu desenvolupament integral com a persona. (Casellas, S. i Mayoral, J. 2010)</p>
		<p>L'acolliment familiar és un recurs social, en el que el nen afecte d'una concreta problemàtica sociofamiliar rep, per part d'una determinada família, l'oferiment de ser acollit a casa seva, donat que la seva família biològica no pot – o no vol – fer-se càrrec de les obligacions que comporta ser pares. Aquest acolliment, hipotecat per la major o menor persistència de les causes que el motivaven, pot ser viscut a curt, mig o llarg termini, però sempre com una mesura temporal oberta a una de les tres solucions: la reinserció del menor amb la seva família, l'adopció en cas de no ser possible la reinserció del menor a la seva família biològica o la independència en cas de que el menor arribi a la majoria d'edat. (Amorós, P. i Palacios, J. 2004)</p>
		<p>Ripoll- Millet, A. i Rubiol, G. (1990) el defineixen com una ajuda per a famílies que per determinats motius tenen dificultats per fer-se càrrec dels seus fills i que poden beneficiar-se de forma eficaç de la col·laboració solidària d'altres persones o famílies.</p>
		<p>El Departament de treball, afers socials i famílies considera l'acolliment familiar “un gest altruista i desinteressat que proporciona un entorn d'estimació, tendresa, comprensió, atenció i dedicació a un infant que ho necessita durant un temps determinat. És una mesura temporal per oferir als infants el millor entorn possible per créixer fins que la seva família resolgui els problemes que li impedeixen ocupar-se'n”</p>
	Modalitats d'acolliment familiar	<p>Segons Ballester, A. (2010) les tipologies d'acolliment familiar inclouen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La tipologia legal basada en la Llei 21/1987 de protecció jurídica del menor • La tipologia social basada en investigacions i projectes de gran envergadura dutes a terme per universitats espanyoles

	<ul style="list-style-type: none"> • Tipologia administrativa basada en el procés de construcció legal d'un acolliment familiar.
	<p>La llei 21/1987 diferencia entre dues modalitats d'acolliment, el preadoptiu com a pas previ a una adopció, i el temporal amb l'objectiu de que hi hagi un retorn amb la família d'origen.</p>
	<p>La Llei Orgànica 1/1996 de protecció jurídica del menor també recull les modalitats d'acolliment existents: preadoptiu, simple i permanent.</p>
	<p>Marín, M.T. (1991) en canvi, des d'un punt de vista administratiu, categoritza les modalitats d'acolliment familiar de la manera següent:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. En funció de la constitució poden diferenciar-se: <ul style="list-style-type: none"> • Acolliment administratiu • Acolliment judicial 4. En funció dels objectius que es proposin: <ul style="list-style-type: none"> • Acolliment amb retorn a la família d'origen • Acolliment sense previsió de retorn però en el que no es recomana l'adopció • Acolliment familiar preadoptiu
	<p>Amorós, P. et al. (2003) proposen la següent classificació de modalitats de l'acolliment:</p> <p>d) Segons la finalitat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acolliment d'urgència – diagnòstic - Acolliment simple o amb previsió de retorn - Acolliment permanent o de llarga durada - Acolliment pre-adoptiu <p>e) Segons les característiques de l'Infant</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Acolliment ordinari - Acolliment especialitzat <p>f) Segons la tipologia de la família acollidora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acolliment en família aliena - Acolliment en família extensa
		<p><u>Acolliment en Unitat Convencional d'Acció Educativa (UCAE)</u>: en aquesta modalitat s'acullen grups de germans o d'infants amb necessitats especials que seran acollits per famílies amb formació i experiència en l'àmbit d'infància i adolescència. La franja d'edat d'aquests infants serà de 0 a 18 anys i és una modalitat que té per objectiu donar la oportunitat a infants que prèviament han tingut problemes per ser acceptats. Aquestes famílies han de tenir alta disponibilitat i percebran una quantitat econòmica similar a un sou de titular de grau mig, mitjançant la Institució Col·laboradora d'Integració Familiar (ICIF) corresponent. (Cebal, C. i Agut, T. 2015)</p>
		<p><u>Acolliment de caps de setmana i vacances</u>, un tipus d'acolliment adreçat a infants majors de nou anys, els quals estan ingressats en centres residencials i necessiten gaudir d'un ambient familiar. L'infant conviu amb la família col·laboradora durant els caps de setmana i les vacances escolars. Aquest acolliment s'allarga el període de temps que es consideri beneficiós per a l'infant. (Departament de Benestar i Família, 2013)</p>
	Necessitats dels infants acollits	<p>Els infants que necessiten una família d'acollida sovint han viscut circumstàncies personals molt diverses i els adults de referència no han satisfet les necessitats pròpies per al seu desenvolupament. És arrel d'aquesta motxilla de vivències que són nens i nenes que es mostren inestables en l'expressió de les seves emocions.</p> <p>Molts dels infants que han patit situacions de risc o desemparament presenten un rendiment acadèmic i unes habilitats socials amb més dificultats i inclús experimenten davallades importants en la seva evolució.</p>

Quan un infant és acollit fa un gran esforç d'adaptació a la nova realitat familiar. Inverteix moltes energies en integrar-se tant dins la família com a l'escola, al nou entorn, als nous companys i a les noves figures de referència. Per tant, els límits i les normes de conducta canvien i s'ha d'adaptar a aquesta nova situació deixant enrere la seva vida anterior (el centre o la casa on vivia, l'escola on anava, els companys que tenia...)

Tot i l'abandonament, les carències o, fins i tot, els maltractaments patits en l'etapa anterior, deixar enrere una situació coneguda i fer el canvi a una situació totalment nova és inquietant i crea molta angoixa als infants. És en el moment de l'acoblament i l'inici de la integració amb la família d'acollida quan surten els efectes d'experiències viscudes en el passat.

Aquests efectes són:

- Manca de vincles exclusius.
- Experiències de pèrdues i de ruptures
- Manca d'estimulació
- Carències físiques
- Possibles maltractaments

Aquestes mancances prèvies a l'acolliment i el fet d'haver-se d'adaptar a una nova situació fa sorgir dificultats:

- Dificultats en les habilitats socials per gestionar les relacions amb els iguals.
- Excessiva timidesa i dificultats per expressar l'opinió.
- Baixa autoestima personal o escàs desenvolupament del concepte de si mateix.
- Excessiva necessitat de ser valorat i estimat.
- Excessiva submissió a les normes i als adults en general.

		<ul style="list-style-type: none"> - Sentiments d'exclusió per part dels companys. - Dificultats per controlar la necessitat de satisfer immediatament les necessitats i els desigs. - Baixa tolerància a la frustració. Dificultat per tolerar la crítica i, de vegades, per admetre l'evidència. - Actituds extremes davant situacions que comporten dolor: hipersensibilitat o duresa exagerada. - Manifestació d'un dèficit d'atenció, en la concentració i en el seu rendiment intel·lectual. - Dificultat per interioritzar les normes. <p>(Domènech, A., Prats, D. i Guasch, M.T. 2009)</p>
		<p>Els infants en situació d'acolliment familiar han experimentat traumes significatius en les seves curtes vides, canvis de residència i escola, falta de recolzament, dificultats per falta d'atenció i concentració, problemes de salut i insatisfacció de les necessitats bàsiques, pèrdua de persones significatives i en alguns casos han estat acollits per diverses famílies. (Ballester, A. 2010)</p>
		<p>Dificultats dels infants acollits segons Ballester, A. (2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultats en l'aprenentatge i inadaptació escolar • Dificultats per establir relacions socio-afectives • Desequilibris emocionals, mèdics i psicològics • Dificultats en la comunicació • Inadaptació social • Problemes de conducta
		<p>Cada infant, doncs, té un ritme propi i no existeix una temporalització d'adaptació determinada. Són infants que tenen un procés d'adaptació en el que hi ha regressions i sovint es presenten símptomes nous o conductes contradictòries. Per altra banda, són infants que poden actuar de forma molt madura en certes</p>

		<p>situacions i en d'altres actuar com si fossin més petits de l'edat que tenen. Tot això tindrà a veure amb el desajust emocional que pateix aquest infant degut a les seves vivències anteriors i poc a poc haurà d'anar assumint la seva situació i anar establint uns lligams afectius sòlids i estables que li permetin desenvolupar-se i adquirir aprenentatges més complexes. (Domènech, A., Prats, D. i Guasch, M.T. 2009)</p>
		<p>A més a més, són infants que al haver viscut separacions i ruptures sense entendre'n les causes tenen molta dificultat en confiar en noves relacions. Són nens i nenes amb la necessitat de comprovar de forma reiterada que el compromís de l'adult amb el seu benestar és real i sincer. (Domènech, A., Prats, D. i Guasch, M.T. 2009)</p>
		<p>Amorós, P. et al (2003):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un terç dels menors mostren problemes relacionats amb el creixement, el desenvolupament i en els àmbits d'autonomia, responsabilitat i resistència al control. • La meitat dels menors presenten problemes inicials en els hàbits bàsics d'higiene, àpats, son... i en àrees del desenvolupament cognitiu - lingüístic i de l'autoestima. • El 90% dels nens presenta afecció cap algun dels membres de la seva família collidora, tot i que només la meitat d'aquests nens/es es considera ben integrat en aquesta família. • La majoria presenten problemes d'escolarització i rendiment acadèmic • Un 60% viu amb inquietuds respecte al seu passat i futur.
		<p>AFABAR (2015) apunta que una de les funcions de les ICIF és el "seguiment posterior de l'Infant d'acord amb les directrius de l'organisme competent".</p>
	<p>Funció professionals de les ICIF</p> <p>El Decret 337/1995 defineix que les ICIF a part de tenir com a finalitat principal la protecció dels infants i adolescents i el compliment dels requisits previstos en aquesta norma, siguin acreditades per desenvolupar</p>	

		<p>les funcions de mediació que els atribueix la Llei 14/2010 dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, per a la integració dels infants i dels adolescents en una família.</p>
		<p>Les ICIF tenen encomanat el seguiment i el suport a la família acollidora. (Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya, 2013)</p>
		<p>Síndic de Greuges (2013) “el suport a les famílies i persones acollidores ha estat provat en diversos estudis com un punt clau de l'èxit dels acolliments”.</p>
		<p>La finalitat educativa és acompanyar durant el procés d'acolliment a la família acollidora per facilitar-los eines, recursos i suport professionalitzat amb l'objectiu de vetllar pel benestar de l'Infant duent a terme correctament la seva tasca de guarda i custòdia. Es basa en empoderar i generar empatia amb la família i enfortir el vincle amb l'Infant, com a referent de l'acolliment. (Sánchez, A. 2018)</p>
		<p>El paper dels professionals ha de tractar d'entendre les situacions viscudes i les “motxilles” que porten els infants per saber quins són els processos d'actuació que s'han d'aplicar per afavorir un desenvolupament i creixement correcte de l'Infant. “Aquest és un concepte clau per a que l'acolliment funcioni: estar en contacte periòdic amb la resta de recursos i entorn del menor, donat que ofereix al professional noves mirades que son més constants com: escoles, salut, lleure, suport psicopedagògic, entre d'altres”. (Sánchez, A. 2018)</p>
		<p>El treball amb les famílies d'acollida i amb l'Infant és complex i compta amb diverses variants que suposen al professional el disseny d'estratègies i l'adaptació a la realitat d'aquests. “El professional ha de partir del convenciment i la responsabilitat que la seva tasca professional és acompanyar a l'Infant i la família acollidora a la resolució de les seves necessitats o problemes”. (Sánchez, A. 2018)</p>
		<p>Domenech, A., Prats, D. I Guasch, M.T. (2009) les ICIF seran les encarregades de dur a terme el seguiment</p>

		<p>i proporcionar a la família i l'infant l'atenció i el suport que necessitin en cada cas. Aquest seguiment inclou entrevistes amb la família acollidora, trobades amb el nen o la nena, coordinació amb les escoles i consultes amb professionals de la xarxa sanitària.</p>
		<p>La formació especialitzada és necessària per a tots els professionals que treballen amb infants, i ho és més encara en les intervencions en l'àmbit de la protecció, en què el seguiment de l'acolliment familiar no n'és una excepció. A banda de tenir formació en les titulacions que demanen les ICIF (Psicologia, Pedagogia, Treball Social, Educació Social), es requereix disposar d'informació sobre les necessitats i el desenvolupament de l'Infant, sobre les relacions familiars, i sobre els infants i adolescents que han estat víctimes de maltractament i abús. (Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya, 2013)</p>
	Efectes de l'Acolliment en l'Infant	<p>Es parla del gran benefici que suposa per aquests infants romandre en una família d'acollida i expliquen que els problemes emocionals presenten una millora immediata, al cap de dos anys d'acolliment, mentre que les dificultats intel·lectuals i de comportament milloren al cap d'uns cinc anys. (Ballester, A. 2010)</p>
		<p>Per l'altra banda Amorós, P. et al. (2003) expliquen que la majoria de nens i nenes acollits, durant el procés d'acolliment, experimenta canvis positius en el seu desenvolupament físic, emocional, hàbits del dia a dia, desenvolupament intel·lectual i lingüístic. Aquests són canvis que, com hem dit anteriorment, varien en funció de cada nen o nena en concret essent normalment els que han patit maltractaments aquells que evolucionen de forma més lenta</p>
		<p>Els mateixos autors indiquen que l'adaptació de l'Infant dins la família d'acollida és un procés progressiu que es caracteritza per una primera etapa més conflictiva i una resolució progressiva de les dificultats que van sorgint. Expliquen que el primer any sol ser el més difícil i parlen de l'adaptació en funció de tres variables:</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • L'edat del nen en el moment de l'acolliment, ja que els nens i nenes més grans tenen més dificultats

		<p>a l'hora d'adaptar-se</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tipus d'acolliment • La presència o aparició de trastorns de conducta i/o emocionals en el nen o nena en el moment de l'arribada a la nova casa o durant el primer any d'estància
		<p>Gonzalez, M^aA., Fuentes, M^aJ., Linero, M^aJ., Barajas, C., Morena, M^aL., Quintana, I., Goicochea, M^aA. i Fernández, M. (2001) al seu estudi categoritzen els problemes d'adaptació dels infants en acolliment pre-adoptiu en tres àrees:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolupament afectiu: <ul style="list-style-type: none"> ○ 43% dels infants en aquesta area tenen dificultats per establir vincles afectius amb els acollidors ○ 38% utilitza el xantatge emocional ○ 33% acaparament d'afecte i gelos ○ 28,5% rebutja la família acollidoora ○ 28,5% rebutja algun dels membres de la família acollidora ○ 14% tenen conductes afectives cap a estranys • Desenvolupament de la personalitat <ul style="list-style-type: none"> ○ 38% acapara objectes o menjar ○ 33% dels infants tenen ansietat davant el record del passat ○ 33% temen y els hi provoca ansietat que els altres sàpiguen que són acollits ○ 28% tenen conductes relacionades amb la sexualitat ○ 14% neguen i es confonen amb la seva història personal ○ 14% mostren ansietat davant tasques escolars

		<ul style="list-style-type: none"> ○ 19% té problemes d'autoestima. • Desenvolupament social <ul style="list-style-type: none"> ○ Un 62% mostren agressivitat física i verbal ○ 57% incompleix les normes
		<p>D'aquests els més freqüents en el procés d'adaptació són l'agressivitat física i verbal i d'incompliment de les normes. És per aquest motiu que el paper de les ICIFs en l'acompanyament i seguiment d'aquests infants és essencial ja que aquests tipus de problemàtica sovint requereixen d'una atenció especialitzada.</p>
		<p>Jiménez, J. i Palacios, J. (2008) comenten que la caracterització que fan els acollidors dels nens i nenes a l'inici de l'acolliment és negativa en un 62% dels casos ja sigui per raons físiques o psicològiques. Tot i així, un cop passa el període d'adaptació inicial, l'evolució en general és satisfactòria.</p>

Font: Elaboració pròpia a través de l'anàlisi de resultat.

5.4. Acolliment familiar

Concepte "acolliment familiar"

Quan parlem del **concepte d'acolliment familiar** i de la seva definició ens trobem amb dues corrents, la de caire jurídic i la social.

En la corrent jurídica trobem dos autors que defineixen el concepte d'acolliment familiar. En primer lloc la Llei 1/1996 al BOE i en segon lloc els autors Espiau, S. i Vaquer, A. (1999). Ambdós fonts veuen l'acolliment familiar com un instrument legal de protecció del menor desemparat que s'aplica com a conseqüència d'una carència d'elements bàsics que afecta en el desenvolupament del menor i que fa necessària la separació del nucli familiar. D'altra banda, les dues definicions destaquen el fet que és un instrument que s'aplica de forma temporal amb la diferència que la Llei 1/1996 al BOE afegeix que pot ser aplicat també de forma permanent o amb vistes a una possible adopció. Tant la Llei 1/1996 al BOE com Espiau, S. i Vaquer, A. (1999) inclouen la idea que es una mesura que ha de proporcionar un ambient que assegurí l'assistència moral i adequada a les necessitats del nen sempre dotant els menors de les facultats i obligacions pròpies del regim de guarda. Finalment cal apuntar que els autors Espiau, S. i Vaquer, A. (1999) remarquen el fet de que quan s'aplica aquesta mesura la tutela la tenen els poders públics.

Des de la vessant més social, hi ha també diversos autors que descriuen el concepte. En primer lloc, els autors Casellas, S. i Mayoral, J. (2010), coincidint amb els autors de la vessant més jurídica ho descriuen com una mesura de protecció que pretén donar resposta a una situació de desemparament. Amorós, P. i Palacios, J. (2004), en canvi, ho descriuen com un recurs social, la finalitat del qual és proporcionar a un infant del que els seus pares o adults de referència no se'n poden fer càrrec la possibilitat de ser acollit en una família aliena o extensa. Aquests autors també fan referència a la temporalitat de l'acolliment i apunten les tres formes en les que l'acolliment pot arribar al seu fi: la reinserció del menor amb la seva família, l'adopció en cas de no ser possible la reinserció del menor a la seva família biològica o la independència en cas de que el menor arribi a la majoria d'edat.

Continuant amb la corrent social, tenim dos fonts més que no el defineixen com una mesura de protecció sinó com una ajuda per aquelles famílies que per certes circumstàncies tenen dificultats per fer-se càrrec dels seus fills i que poden beneficiar-se de forma eficaç de la col·laboració solidària d'altres persones o famílies (Ripoll – Millet, A. i Rubiol, G. 1990). En la mateixa línia el Departament de treball, afers socials

i famílies ho defineix com un gest altruista i desinteressat que ofereix un entorn d'estimació, tendresa, comprensió, atenció i dedicació a un infant que ho necessita durant un temps determinat.

Com podem veure, la majoria dels autors descriuen aquesta mesura de protecció com a temporal, sent fidels a la finalitat primera de l'acolliment de que l'Infant sigui reinserit dins el seu nucli familiar.

Modalitats d'acolliment familiar

Pel que fa a la informació obtinguda sobre les **modalitats d'acolliment** la recerca d'informació ha estat senzilla ja que és un tema que està bastant determinat i tractat per legislació i d'altres autors. La recerca doncs, ens ha portat a obtenir la informació indicada a la taula sobre la qual farem un breu anàlisi a continuació.

Ballester, A. (2010) explica que dins l'acolliment i a través de l'evolució del concepte, hi ha hagut diverses modalitats i recursos entorn aquest. Per una banda tenim la tipologia legal basada en la Llei 21/1987 de protecció jurídica del menor que diferencia entre dues modalitat d'acolliment: el preadoptiu com a pas previ a una adopció i el temporal amb objectiu de retorn amb la família d'origen. D'altra banda tenim la tipologia social basada en investigacions i projectes de gran envergadura dutes a terme per universitats espanyoles i la tipologia administrativa basada en el procés de construcció legal d'un acolliment familiar. La Llei Orgànica 1/1996, respecte a la llei anterior citada afegeix l'acolliment permanent, és a dir aquell que es constitueix quan la família requereix un temps més llarg de recuperació.

Marín, M.T. (1991) categoritza les modalitats d'acolliment des d'un punt de vista administratiu i Amorós, P. et al. (2003) divideixen les modalitats d'acolliment des de la idea de que dins d'aquest hi ha moltes variables i protagonistes que s'interrelacionen: el nen/a acollit, la família biològica, la família acollidora i unes circumstàncies concretes. És per això que divideixen les modalitats segons la finalitat, segons les característiques de l'Infant i segons la tipologia de família acollidora.

Com dèiem, però, l'acolliment familiar evoluciona amb el temps i actualment, a més de les anteriors categories citades, existeixen dues modalitats noves, les UCAE i els acolliments de cap de setmana i vacances apuntades pel Departament de Benestar i Família i les autores Cebral, C. i Agut, T. (2015).

Necessitats i dificultats dels infants acollits

Aquest, és un gran subtema dins l'acolliment familiar ja que està directament lligat a les necessitats infantils abans analitzades a la taula d'infància. Amorós, P. et al. (2003) parlaven de les conseqüències que te en l'Infant la no satisfacció de les seves necessitats bàsiques. Les necessitats i dificultats que analitzarem ara son producte de carències durant la infància que han comportat una sèrie de repercussions en els infants. El 100% dels autors que tracten aquesta temàtica coincideixen en que les dificultats i necessitats amb les que un infant arriba a l'acolliment són fruit d'una carència o abandonament previs. Domènech, A., Prats, D. i Guasch, M.T. (2009), centren la seva explicació en les carències que presenten aquests infants quan arriben a l'acolliment i amb quines dificultats afegides es troben a l'hora d'adaptar-se a una nova situació com és l'acolliment familiar.

Al analitzar aquestes dificultats i carències de les que parlen Domènech, A., Prats, D. i Guasch, M.T. (2009), veiem una relació directa amb les necessitats bàsiques infantils que apuntaven Muner, J. (2010) i Amorós, P. et al (2003) al primer apartat del treball. Pel que fa als punts sobre la manca de vincles exclusius, les experiències de pèrdua i ruptura i les carències físiques, les podem relacionar directament amb les necessitats de caire emocional que ens indiquen que “els infants que viuen amb famílies en les que hi ha una absència de relacions de vincle o vincles disfuncionals ja que en el seu entorn no es troba cap persona de manera estable que respongui a les seves necessitats i demandes, desenvolupen un tipus de vincle de naturalesa ambivalent, evitatiu o desorganitzat” (Ortiz, M.J., Fuentes, M.J. i López, F. 1999). D'altra banda el punt que parla de la manca d'estimulació lliga amb les necessitats del desenvolupament cognitiu i que en cas de no ser satisfetes comporten a un dèficit evolutiu que pot arribar a crear trastorns en la comunicació i del desenvolupament amb greus alteracions evolutives. Finalment Domènech, A., Prats, D. i Guasch, M.T. (2009) parlen de possibles maltractaments que generen desconfiança en els adults i sovint aquesta es una gran dificultat a l'hora de ser acollits. Posteriorment, al igual que Ballester, A. (2010) fa una aportació de les dificultats amb les que es troba un infant a l'hora de ser acollit.

Com podem veure a la taula i analitzant la informació obtinguda, les autores coincideixen en el tipus de dificultats que presenten els infants acollits. Domènech, A., Prats, D. i Guasch, M.T. (2009) anomenen dificultats sorgides arrel d'unes necessitats socials no cobertes com per exemple dificultats en les habilitats socials per gestionar les relacions amb els iguals, una excessiva timidesa i dificultats per

expressar l'opinió, sentiments d'exclusió per part dels companys, dificultats per controlar la necessitat de satisfer immediatament les necessitats i els desigs, una baixa tolerància a la frustració, dificultat per tolerar la crítica i, de vegades, per admetre l'evidència i per últim grans dificultats per interioritzar les normes. Ballester, A. (2010) també fa referència a dificultats dels infants en acolliment que podem relacionar amb necessitats socials que tenim des de que som nadons i que no han estat cobertes. Anomena dificultats en l'aprenentatge i inadaptació escolar, inadaptació social i problemes de conducta.

Pel que fa a les dificultats lligades amb les necessitats de caire emocional no cobertes veiem que Ballester, A. (2010) anomena com una de les dificultats els desequilibris emocionals, mèdics i psicològics. Domènech, A., Prats, D. i Guasch, M.T. llisten també algunes dificultats en aquest àmbit com una excessiva necessitat de ser valorat i estimat, una excessiva submissió a les normes i als adults en general i actituds extremes davant situacions que comporten dolor: hipersensibilitat o duresa exagerada.

D'altra banda aquestes autores també ens parlen d'altres dificultats com aquelles relacionades amb l'aprenentatge i la inadaptació escolar, les dificultats en la comunicació i la dificultat a l'hora d'establir relacions socio-afectives. Veiem doncs, que com expliquen Amorós, P. et al. (2003) una carència en la satisfacció de les necessitats de caire cognitiu, lingüístic, social o emocional crea grans dificultats en els infants.

Funció professionals de les ICIF.

L'anàlisi d'aquest punt ve donat arrel de la importància que prenen les ICIF en el seguiment dels infants que estan en acolliment. Són, doncs, els treballadors i educadors socials, junt amb els psicòlegs que realitzen aquest seguiment. La recerca d'informació ens diu que una de les funcions principals de les ICIF és el "seguiment posterior de l'Infant d'acord amb les directrius de l'organisme competent" (ABABAR 2015). Per altra banda el decret 337/1995 afegeix les funcions de mediació per a la integració dels infants i adolescents a una família amb la finalitat principal de la protecció dels infants i adolescents.

Veiem que la totalitat dels autors parla de la importància d'aquest acompanyament dels infants en acolliment. El Síndic de Greuges parla sobre estudis que s'han realitzat i que han provat el suport i seguiment com a un punt clau en l'èxit de l'acolliment. Sánchez, A. (2018) i Domènech, A., Prats, D. I Guasch, M.T. (2009) parlen sobre com s'ha de dur a terme aquest acompanyament i remarquen la importància del

coneixement de les vivències de l'Infant per tal d'activar processos d'actuació i disseny d'estratègies adaptades a la realitat del nen/a i afavoridors per a un correcte desenvolupament. Sánchez, A. (2018) afegix com a concepte clau per a un bon funcionament de l'acolliment i del seguiment d'aquest tenir contacte periòdic amb la resta de recursos i entorn del menor, donat que ofereix al professional noves mirades que son més constants com: escoles, salut, lleure, suport psicopedagògic, entre d'altres. Aquesta idea la podem lligar amb el que parlarem posteriorment sobre Teràpia Breu que treballa amb tot l'entorn de l'Infant o adolescent. Domènech, A., Prats, D. I Guasch, M.T. (2009) coincideixen amb la idea de coordinació amb l'entorn de l'Infant.

Finalment cal apuntar que el Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya (2013), és la única font que parla de la importància de tenir formació complementària al Grau Universitari per tal de treballar a una ICIF. Aquest es un altre punt que podem lligar amb la formació en Teràpia Breu Estratègica dins les ICIF.

Efectes de l'acolliment familiar:

Hi ha diversitat d'autors que parlen sobre els efectes que té l'acolliment familiar en els infants. El 100% dels autors, però, està d'acord en que, tot i que porta un procés d'adaptació que dependrà de cada infant, l'acolliment millora el benestar d'aquests i és una mesura de protecció benèfica. Ballester, A (2010) parla d'una millora immediata en temes de desenvolupament emocional però explica un procés més lent a l'hora d'observar una millora en les dificultats intel·lectuals i de comportament, que millora cap als 5 anys de la constitució. Amorós, P. et al, (2003) coincideixen amb Ballester, A (2010) en que de nens i nenes acollits, durant el procés d'acolliment, experimenta canvis positius en el seu desenvolupament físic, emocional, hàbits del dia a dia, desenvolupament intel·lectual i lingüístic. Tot i així, aporten una nova informació i apunten que els infants que han patit maltractaments evolucionen de forma més lenta. D'altra banda apunten uns indicadors que condicionen l'adaptació de l'Infant a l'acolliment: l'edat del nen, ja que els nens i nenes més grans tenen més dificultats a l'hora d'adaptar-se, el tipus d'acolliment i la presència o aparició de trastorns de conducta i/o emocionals en el nen o nena en el moment de l'arribada a la nova casa o durant el primer any d'estància.

Gonzalez, M^aA., Fuentes, M^aJ., Linero, M^aJ., Barajas, C., Morena, M^aL., Quintana, I., Goicochea, M^aA. i Fernández, M. (2001) aporten una informació més detallada i estadística dels problemes d'adaptació que tenen aquests infants. Com veiem,

divideixen els problemes en tres àrees: el desenvolupament afectiu, el de la personalitat i el desenvolupament social. Tot i que la informació és molt detallada, falta saber en quin moment de l'acolliment pertanyen aquests estudis, ja que són els únics autors que no parlen de la temporalització i el procés d'adaptació.

Finalment es considera interessant afegir l'aportació de Jiménez, J. i Palacios, J. (2008) que comenten que la caracterització que fan els acollidors dels nens i nenes a l'inici de l'acolliment és negativa en un 62% dels casos ja sigui per raons físiques o psicològiques. Tot i així, un cop passa el període d'adaptació inicial, l'evolució en general és satisfactòria. Aquests autors ens tornen a remarcar la importància del procés d'adaptació dels infants a l'acolliment.

TAULA 5: TERÀPIA BREU ESTRETÈGICA

Categoria	Sub-categoria	Aportacions
<p>Teràpia Breu Estratègica (TBE)</p>	<p>TBE en infants</p>	<p>La teràpia breu estratègica s'aplica amb infants i adolescents en contextos educatius. El context educatiu, però, està connotat per la interacció de tres sistemes: el sistema familiar, el sistema escola i el sistema societat. (Fiorenza, A. i Nardone, G.; 2017).</p>
		<p>Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017) en la seva investigació – intervenció sobre problemes en contextos educatius han classificat tres tipus d'intervenció:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formació: aquesta tracta sobre la formació del mestre perquè adquireixi ell mateix habilitats per solucionar els problemes de comportament dels seus alumnes. Els experts en TBE formaran els professors i els hi transmetran les competències adients per a l'adquisició de capacitats estratègiques i de comunicació. • La supervisió: és aquella forma d'intervenció en la que es truca a l'expert que fa de consultor i supervisor dels mestres. L'expert, doncs, indica als mestres les estratègiques que han de dur a terme per afrontar el problema dels casos consultats. • La intervenció directa: aquesta forma d'intervenció és necessària quan el problema és molt complicat i es requereix la intervenció directa del professional.
		<p>Com ja hem anat explicant, i explica Pascual, J. (2019) i Nardone, G. i Fiorenza, A. (2017) des del punt de vista del context educatiu la teràpia breu estratègica per a infants passa per ajudar principalment als pares a ajudar els seus fills. En primer lloc s'intenta dotar els pares de recursos i eines per que siguin ells els que provoquin el canvi en el seu fill. Sempre que es pugui s'intenta que els infants no vagin a la</p>

		<p>consulta de psicologia i, com ja hem dit anteriorment, s'intenta no etiquetar, ja que està demostrat que té un efecte nociu tant en infants i adolescents com en persones adultes.</p> <p>Així doncs, la teràpia en infants es fa de forma indirecta, és a dir, a través dels pares i agents que tinguin contacte amb aquell infant com professors o d'altres i, en el cas de pre-adolescents i adolescents, també s'intervé de forma directa i amb el seu nucli familiar. A l'hora d'intervenir, doncs, es té molt en compte, el sistema familiar, l'àmbit escolar i la relació que estableix l'Infant o adolescent amb aquests.</p>
		<p><u>Centre de Teràpia Breu Sentise Bien (2015)</u> en el que també treballen de forma indirecta, és a dir, amb els pares ja que consideren que la teràpia indirecta té grans beneficis com:</p> <ul style="list-style-type: none">• Evitar que el nen hagi d'establir un vincle de confiança amb el terapeuta, la qual cosa sol necessitar un període de temps de vegades llarg, en el qual el nen segueix patint.• Escurçar la durada de la teràpia i es resol el problema abans, evitant allargar el malestar infantil. És a dir, buscar la màxima eficàcia, resolent definitivament el problema, i la màxima eficiència, fent-ho de la forma més breu possible.• Es reforça el vincle del fill cap als seus pares ja que després de l'experiència sent, per exemple, que "tenia molta por i ells m'han ajudat", de manera que serà un nen que confiarà en els seus pares.• Evitar l'etiqueta de "nen que va al psicòleg" que sol convertir-se en un estigma negatiu. Tota la informació que necessitem per ajudar a superar un problema infantil la poden aportar els pares, que finalment, són qui millor coneixen al fill.

		<ul style="list-style-type: none"> • Augmenta l'autoconfiança que tenen posteriorment els progenitors en el seu rol com a pares.
	Agents implicats	<p>La teràpia breu estratègica en infants, sovint és indirecta, és a dir, el terapeuta ajuda als pares i professors a ajudar als seus fills o alumnes. D'aquesta manera es treballa sense la necessitat de que els infants vagin a teràpia de forma directa. Abascal, A., Escudero, V i Varela, N. (2008) afirmen que en teràpia breu és molt important el treball que es fa al llarg del tractament amb els pares, cuidadors i serveis educatius o socials que estan en l'entorn de l'Infant.</p>
		<p>Tot i això, hi ha diversos centres psicològics experts en Teràpia Breu com el Centre Grat de Barcelona (2017) o Kinderapia (2018) on els plans d'intervenció són alternant sessions de treball individual amb l'Infant amb sessions de treball amb els pares o tota la família. Aquests centres afirmen que el treball amb tota la família a sessió, produeix canvis més profunds i escurça la durada de la teràpia. Tot i així també remarquen que és imprescindible el contacte i treball coordinat amb altres professionals importants en la vida de l'Infant, com ara mestres, psicopedagogs de l'escola, metges...</p>
		<p>Per altra banda, la psicòloga Pascual, J. (2019), dona una informació més específica marcant un límit d'edat i explica que en infants menors de 10 anys s'intenta realitzar la teràpia a través dels pares sense ni tan sols veure'ls. En canvi, en teràpies amb pre-adolescents i adolescents explica que sempre se sol intervenir de forma directa amb el noi/noia i també sobre el seu nucli familiar.</p>
Problemes tractats per TBE	<p>Les principals categories de problemes, doncs, són:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El trastorn de dèficit d'atenció amb hiperactivitat • El trastorn negativista – desafiant • El mutisme selectiu 	

- El trastorn d'evitació
- conflicte, hostilitat i baralles entre dos alumnes

Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017) en el context educatiu

La psicòloga Júlia Pascual (2019): intervé tant amb infants com amb adolescents i pre-adolescents. Les problemàtiques que solen treballar amb més freqüència són:

- Pors i ansietat infantil
- Por a dormir sol i de la foscor
- Fòbies infantils
- Fòbia escolar
- Terrors nocturns
- Enuresis (no control de l'esfínter, fer-se pipí a sobre) i encopresi (no control de l'esfínter fecal)
- Bullying o assetjament escolar
- Obsessions i compulsions en nens
- Addiccions, Dependències
- Depressió infantil
- Problemes conducta: conducta negativista, conducta opositiva o desafiant, antisocial
- TICS (trastorn involuntari de la conducta)
- Traumes, trastorn per estrès posttraumàtic
- Trastorns d'aprenentatge
- Intervenció per al supòsit TDA i TDAH en nens

		<ul style="list-style-type: none"> • Gelosia patològics entre germans • Relacions tòxiques amb les parelles o amb membres de la família
		<p>Centre Sentise Bien (2015) tracta amb problemes com: Agorafòbia, agressivitat en nens i adolescents, alteracions de la son, anorèxia, anorèxia nerviosa, ansietat generalitzada, atacs de pànic / ansietat, baixa autoestima, binge eating (afartaments), bulímia, dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat, depressió, desmotivació, desobediència, duel (mort d'un ésser estimat), encopresi (els nens que es neguen a defecar), enuresi (manca de control per orinar diürn i / o nocturn en nens), fòbia escolar, fòbies (animals, objectes, situacions, etc.), fracàs escolar, hipocondria, impulsivitat, insomni, por a perdre el control, pors concrets (a la foscor, a les agulles, als animals, etc.), obsessions, problemes de convivència, processos de separació, rebel·lia, separació traumàtica dels pares, síndrome del vòmit, terrors nocturns, timidesa, trastorn d'ansietat per separació, trastorn de la personalitat, trastorn negativista desafiant, trastorn obsessiu compulsiu (TOC) i trastorn per estrès posttraumàtic entre d'altres.</p>
	Eficàcia de la TBE	<p>L'any 2000 es va realitzar una investigació longitudinal sobre els èxits de la teràpia efectuada en la dècada precedent en el centre de Teràpia Estratègica de Arezzo (2018). Els resultats van demostrar la neta superioritat de l'eficàcia i la eficiència de la Psicoteràpia Breu Estratègica respecte als altres models d'intervenció terapèutica. En els darrers anys, les investigacions comparatives sobre eficàcia i eficiència de les psicoteràpies mostren encara més com el model de Psicoteràpia Breu Estratègica es destaca de les altres formes d'intervenció clínica, fins i tot en comparació directa amb la Teràpia cognitiva - comportamental (CBT, considerada el gold standard internacional). Aquesta comparació demostra la major eficàcia i eficiència d'aquesta teràpia en base a les evidències, els assajos controlats</p>

		<p>aleatoris i a través dels estudis longitudinals amb observadors externs. (Nardone, G. 2019)</p>
		<p>Actualment hi ha més de 30 projectes d'investigació-intervenció realitzats per a la posada en pràctica de tractaments específics per a les més importants formes de psicopatologia. A més, són més de 40 els textos publicats sota l'autoria de Giorgio Nardone i dels seus col·laboradors que reporten els èxits de les investigacions realitzades a l'Institut d'Arezzo.</p>
		<p>La teràpia breu estratègica aplica protocols i estratègies d'actuació terapèutica científicament provats. Des de la seva fundació, el centre de teràpia estratègica (CTS) de Arezzo ha estudiat i sistematitzat més de 20.000 casos clínics amb un percentatge mig d'èxit del 90%.</p>
		<p>Actualment, en l'àmbit clínic, segons el centre de Teràpia Estratègica d'Arezzo (Itàlia), fundat per Paul Watzlawick i Giorgio Nardone, els resultats de l'eficàcia dels protocols de tractament per als trastorns de la infància i l'adolescència tenen un èxit del 82%.</p>

Font: Elaboració pròpia a través de l'anàlisi de resultats

5.5. Teràpia Breu Estratègica

Sobre aquesta temàtica la recerca d'informació ha estat extensa. A les subcategories de la taula anterior, doncs, hem seleccionat aquells temes més rellevants per a l'objectiu de la recerca, les hem subcategoritzat i a continuació en farem l'anàlisi.

La primera subcategoria tracta la Teràpia Breu Estratègica en infants. Com hem esmentat al marc teòric de referència, aquest tipus de teràpia tracta de resoldre problemes complicats a través de solucions aparentment simples. Es diferencia dels altres models convencionals ja que es centra en les solucions i deixa de banda l'origen del problema i la seva causa. Analitza doncs, les solucions que s'han adoptat al llarg del temps per resoldre el problema i que no han funcionat, per buscar una nova solució que trenqui amb el funcionament del problema.

Aquest tipus de teràpia s'aplica en infants i adolescents d'una manera diferenciada de com treballa amb persones adultes. A l'hora de fer recerca sobre aquesta temàtica, però, ens trobem amb que els principals autors que en parlen són els creadors de la Teràpia Breu, Fiorenza, A. i Nardone, G. i d'altra banda, pàgines web de centres terapèutics que apliquen aquest model d'intervenció. Ens trobem amb que hi no hi ha pràcticament articles científics que ens parlin de TBE aplicada a infants i adolescents.

Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017) parlen de la intervenció amb aquest tipus de teràpia des d'un context educatiu però sempre amb la interacció dels altres dos sistemes que rodegen el nen: el sistema familiar i el sistema societat. Aquests classifiquen tres tipus d'intervenció en contextos educatius: la formació, la supervisió o la intervenció directa. Com veiem doncs, proposen la intervenció directa en casos molt complicats que requereixin la intervenció d'un expert.

Pascual, J. (2019) per altra banda apunta que la teràpia breu estratègica per a infants passa per ajudar principalment als pares a ajudar els seus fills. Aquesta autora parla del gran benefici que té això pels infants que, ni hauran d'anar al psicòleg, ni seran etiquetats, ja que s'ha demostrat que tant en infants com amb persones adultes l'etiqueta té un efecte nociu en la persona. El centre de Teràpia Breu Sentirse Bien (2015) comparteix la idea de treballar de forma indirecta amb els infants, és a dir, a través dels pares i apunta també alguns beneficis d'aquesta forma indirecta de treballar.

Veiem doncs que el 100% dels autors ens parla de la intervenció en Infants de forma indirecta.

Agents implicats

Com venim dient, la TBE s'aplica de forma indirecta. Tot i així els pares o professors no són els únics agents implicats en aquesta teràpia. Abascal, A., Escudero, V i Varela, N. (2008) afirmen que en teràpia breu és molt important el treball que es fa al llarg del tractament amb els pares, cuidadors i serveis educatius o socials que estan en l'entorn de l'Infant. Viem doncs que el 100% dels autors que parlen de l'aplicació d'aquesta teràpia ens diuen que es treballa amb la totalitat de l'entorn de l'Infant.

En contradicció al que deien Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017) sobre la intervenció directa (en contextos educatius), només necessària en casos complicats, el Centre Grat de Barcelona (2017) o Kinderapia (2018) defensen uns plans d'intervenció que alternen sessions de treball individual amb l'Infant amb sessions de treball amb els pares o tota la família. Aquests centres afirmen que el treball amb tota la família a sessió, produeix canvis més profunds i escurça la durada de la teràpia. Veiem, però, que aquest fet oblida un dels principis de la Teràpia Breu en infants que és, com veníem dient, que el nen/a no vagi a teràpia i l'evitació de l'etiqueta en l'Infant. Aquests centres, com la totalitat d'altres fonts, remarquen com a essencial el contacte i treball coordinat amb altres professionals importants en la vida de l'Infant, com ara mestres, psicopedagogs de l'escola, metges, etc.

Per últim, Pascual, J. (2019), a diferència dels autors anteriorment citats, fa una distinció entre la intervenció amb els infants menors de 10 anys, amb els que es procura no intervenir de forma directa i els pre-adolescents i adolescents amb els que fa un treball coordinat amb el noi o la noia i el seu nucli familiar.

Com podem observar, es parla de la família, l'escola, de psicopedagogs, i incloc de serveis socials que estiguin en l'entorn del nen. Tot i així, a la recerca no es troba cap informació sobre com la TBE podria ser una gran eina d'intervenció en les professions de treball i educació social a l'hora d'intervenir amb infants en acolliment familiar o qualsevol altra mesura de protecció. Veiem que es un terreny poc explorat.

Problemes tractats per TBE

La TBE tracta molts tipus de trastorns o problemes tant en infants com en persones adultes. En aquesta recerca i anàlisi ens centrarem en els problemes infantils que tracta. Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017) en el context educatiu anomenen com a principals categories de problemes, el trastorn de dèficit d'atenció amb hiperactivitat, el trastorn negativista – desafiament, el mutisme selectiu, el trastorn d'evitació i, per últim, conflicte, hostilitat i baralles entre dos alumnes. Aquests autors doncs, a través de la

seva investigació - intervenció categoritzen aquests problemes com els més comuns i en fan una definició i una explicació de com es tracten en TBE, també adjuntat al marc teòric de la recerca per tal d'entendre com funciona i treballa aquest tipus de teràpia.

D'altra banda, Pascual, J. (2019), destaca les següents problemàtiques com les més freqüents en infants i adolescents: pors i ansietat infantil, por a dormir sol i de la foscor, fòbies infantils, fòbia escolar, terrors nocturns, enuresis i encopresi, bullying o assetjament escolar, obsessions i compulsions en nens, addiccions, dependències, depressió infantil, problemes conducta, traumes, trastorn per estrès posttraumàtic, trastorns d'aprenentatge, intervenció per al supòsit TDA i TDAH en nens, gelosia patològica entre germans, relacions tòxiques amb les parelles o amb membres de la família...

El Centre Sentise Bien (2015), per la seva banda, tracta amb problemes com: Agorafòbia, agressivitat en nens i adolescents, alteracions de la son, anorèxia, anorèxia nerviosa, ansietat generalitzada, atacs de pànic / ansietat, baixa autoestima, binge eating (afartaments), bulímia, dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat, depressió, desmotivació, desobediència, duel (mort d'un ésser estimat), encopresi (els nens que es neguen a defecar), enuresi (manca de control per orinar diürn i / o nocturn en nens), fòbia escolar, fòbies (animals, objectes, situacions, etc.), fracàs escolar, hipocondria, impulsivitat, insomni, por a perdre el control, pors concrets (a la foscor, a les agulles, als animals, etc.), obsessions, problemes de convivència, processos de separació, rebel·lia, separació traumàtica dels pares, síndrome del vòmit, terrors nocturns, timidesa, trastorn d'ansietat per separació, trastorn de la personalitat, trastorn negativista desafiador, trastorn obsessiu compulsiu (TOC) i trastorn per estrès posttraumàtic entre d'altres.

Veiem doncs, que Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017) parlen exclusivament de problemes en infants en contextos educatius però quan fem recerca sobre quins problemes tracta la TBE en infants i adolescents a Barcelona ens trobem amb múltiples problemàtiques que podem lligar amb molts dels problemes o dificultats que presenten els infants en acolliment familiar. Alguns d'aquests problemes són: terrors nocturns, timidesa, trastorn d'ansietat per separació, processos de separació, fracàs escolar, dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat, depressió, desmotivació, desobediència, enuresis i encopresi i trastorns d'aprenentatge entre d'altres.

Per tant, podem observar una gran relació entre les dificultats que presenten els infants acollits, degut a unes vivències traumàtiques, i les problemàtiques tractades per TBE.

Eficàcia de la TBE

Finalment hem afegit aquesta subcategoria per remarcar l'eficàcia que té aquest tipus de teràpia en comparació a altres models d'intervenció terapèutica segons investigacions dutes a terme al centre de Teràpia Estratègica de Arezzo. Sobre l'eficàcia de TBE en infants en concret la recerca no ha estat fàcil ja que no hi ha documents científics que ens aportin diferents visions o dades científiques concretes. Tot i així, ens hem basat en les dades proporcionades per Giorgio Nardone, 2019 que al seu web oficial explica que actualment, en l'àmbit clínic, segons el centre de Teràpia Estratègica d'Arezzo (Itàlia), fundat per Paul Watzlawick i Giorgio Nardone, els resultats de l'eficàcia dels protocols de tractament per als trastorns de la infància i l'adolescència tenen un èxit del 82%.

6. DISCUSSIÓ

Un cop realitzat l'apartat d'anàlisi ens centrarem en la discussió que té per objectiu principal relacionar els resultats obtinguts amb la pregunta inicial del treball "què aporta la teràpia breu estratègica en la intervenció amb infants amb dificultats en mesura de protecció d'acolliment familiar?". Així doncs, es parlarà de les necessitats i dificultats que presenten aquests infants i es lligarà amb com treballa la Teràpia Breu Estratègica i com aquesta pot ser beneficiosa per una millora de les condicions de vida d'aquests infants.

Els infants i adolescents acollits com expliquen Domènech, A. (2009) i Ballester, A. (2010) són persones que venen marcades per unes circumstàncies personals complicades que sovint han afectat al seu desenvolupament tant personal com social, emocional i/o cognitiu. Com hem estudiat, això és degut a una infància caracteritzada per la manca de satisfacció de les necessitats més bàsiques i per tant, per un abandonament en les funcions parentals. Aquest abandonament sempre està relacionat amb la manca d'habilitats parentals per al desenvolupament de la criança, cura i educació i serà un factor determinant per l'infant a l'hora d'establir les bases de la seva autoestima, del seu aprenentatge i de relacions i habilitats socials.

A través de la recerca descobrim que no tots els infants en acolliment familiar presenten les mateixes dificultats i necessitats, ni tenen la mateixa adaptació dins el nucli familiar acollidor. Cada infant és un món i té un període d'adaptació diferent que dependrà en gran part de les vivències prèvies que tingui i com aquestes hagin afectat al seu desenvolupament.

Tot i així, com ja hem dit en apartats anteriors, tots els infants en acolliment familiar presenten uns trets en comú i fan un gran esforç d'adaptació a la nova realitat familiar. Són persones que han d'invertir molta energia en integrar-se dins la nova família, canviar d'escola, adaptar-se al nou entorn, als nous companys i a les noves figures de referència. Per tant, com indica Domènech, A. (2009), són infants que no només han d'assumir una separació dels seus pares, sinó que han d'adaptar-se a una nova forma de vida i a uns límits i normes nous, fet que sovint els suposa molta angoixa i patiment.

A través dels resultats de la recerca podem fer una classificació d'alguns dels efectes o dificultats que presenten aquests infants:

Àmbit de dificultat	Dificultats que presenten els infants acollits
Físic – biològic	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilitat física deguda a l'estat emocional i la carència de satisfacció de necessitats - Actituds extremes davant situacions que comporten dolor: hipersensibilitat o duresa exagerada.
Emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Desconeixement sobre ell mateix arrel de la pèrdua o els canvis en l'entorn físic i cultural dels hàbits, de l'alimentació, etc - Desconeixement de causa – efecte a causa de l'absència de vincles exclusius - Baixa autoestima personal - Excessiva necessitat de ser valorat i estimat. - Excessiva submissió a les normes i als adults en general. - Dificultats per establir relacions socio-afectives tant amb els iguals com amb els adults - Desequilibris emocionals, mèdics i psicològics com la duresa emocional, la hiperactivitat, la depressió i fòbies, la falta de control emocional, entre d'altres. - Desconfiança de cara a noves relacions
Cognitiu i lingüístic	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultats en la comunicació - Afectacions en l'àmbit motriu, lingüístic i cognitiu que comporten una dificultat per investigar i desenvolupar les competències bàsiques
Social	<ul style="list-style-type: none"> - Inadaptació social que afectarà a nivell de tracte amb les persones, la possibilitat de fer amistats i també en l'adaptació a una la família. - Problemes de conducta que els investigadors delimiten en dos tendències: externalitzant, aquella tendència a comportar-se de forma violenta, agressiva i antisocial tant amb els iguals com amb els adults i que comporta un rebuig per part dels iguals cap a aquell infant i internalitzant, aquella tendència al retraïment i la passivitat. - Dificultat per interioritzar les normes. - Dificultats en les habilitats socials per gestionar les

	<p>relacions amb els iguals.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Excessiva timidesa i dificultats per expressar l'opinió. - Sentiments d'exclusió per part dels companys. - Dificultats per controlar la necessitat de satisfer immediatament les necessitats - Baixa tolerància a la frustració. Dificultat per tolerar la crítica i, de vegades, per admetre l'evidència.
Escolarització	<ul style="list-style-type: none"> - Manifestació d'un dèficit d'atenció, en la concentració i en el seu rendiment intel·lectual. - Baix rendiment acadèmic - Fracàs escolar

Font: Elaboració pròpia en base a les aportacions dels autors Domènech, A. (2009) i Ballester, A. (2010).

Un cop classificades les dificultats que pateixen aquests infants, passem a parlar d'aquells problemes que tracta la Teràpia Breu Estratègica. Com hem anat explicant al llarg del treball, la TBE treballa amb infants i adolescents amb protocols i estratègies d'actuació terapèutica científicament provats des del Centre de teràpia estratègica d'Arezzo, la pionera.

Com apunten els autors al marc teòric de la recerca, es tracta d'una tipologia de teràpia que es caracteritza per ser eficaç, en un 82% dels casos en teràpies d'infants i adolescents, i breu en el temps. Partint de la base que el temps en la infància és realment valuós ja que és un procés evolutiu en el que es forja la personalitat i es construeixen les primeres bases tant emocionals com socials i cognitives, es considera que un dels beneficis principals que aportaria la TBE als infants acollits és justament la brevetat i eficàcia que segons els seus fundadors Nardone, G. i Watzlawick, P. la caracteritzen. D'aquesta manera s'evitaria un patiment prolongat en el temps dels infants en acolliment i se solucionarien de forma eficient i ràpida les seves dificultats proporcionant-los així un avenç en el seu correcte desenvolupament.

Seguint amb les dificultats que tracta la teràpia breu, podem apuntar-ne les següents:

En el context educatiu segons Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017):

- El trastorn de dèficit d'atenció amb hiperactivitat
- El trastorn negativista – desafiant

- El mutisme selectiu
- El trastorn d'evitació
- conflicte, hostilitat i baralles entre dos alumnes

Des de la vessant més general autors com Pascual, J. (2019) o el centre de teràpia breu Sentirse Bien (2015) afegeixen les següents dificultats amb les que tracta la TBE:

- | | |
|--|--|
| • Pors i ansietat infantil | • Trastorns d'aprenentatge i intervenció per al supòsit TDA i TDAH en nens |
| • Atacs de pànic | • Gelosia patològica entre germans |
| • Por a dormir sol i de la foscor | • Relacions tòxiques amb les parelles o amb membres de la família |
| • Fòbies infantils | • Baixa autoestima |
| • Fòbia escolar | • Desmotivació |
| • Terrors nocturns | • Fracàs escolar |
| • Alteracions de la son | • Impulsivitat |
| • Enuresis i encopresi | • Problemes de convivència |
| • Bullying o assetjament escolar | • Processos de separació |
| • Obsessions i compulsions en nens | • Separació traumàtica dels pares |
| • Addiccions, Dependències | • Trastorn d'ansietat per separació |
| • Depressió infantil | • Trastorn de la personalitat |
| • Problemes conducta: conducta negativista, conducta opositiva o desafiant, antisocial | • Trastorn per estrès posttraumàtic |
| • TICS (trastorn involuntari de la conducta) | |
| • Traumes | |
| • Agressivitat en infants i adolescents | |

Com podem observar, hi ha una gran relació entre els problemes o dificultats que presenten els infants en acolliment familiar i aquells que tracta la teràpia breu estratègica. A continuació adjuntem una taula que per una banda, repeteix les dificultats dels infants acollits i, per altra, al seu costat afegeix allò que la TBE treballa per solucionar-los.

Dificultats que presenten els infants acollits:	Dificultats amb les que la TBE treballa en relació a les dels infants acollits
<p>Àmbit Físic Biològic</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragilitat física deguda a l'estat emocional i la carència de satisfacció de necessitats - Actituds extremes davant situacions que comporten dolor: hipersensibilitat o duresa exagerada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteracions de la son - Terrors nocturns - Enuresis i encopresi
<p>Àmbit emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desconeixement sobre ell mateix arrel de la pèrdua o els canvis en l'entorn físic i cultural dels hàbits, de l'alimentació, etc - Desconeixement de causa – efecte a causa de l'absència de vincles exclusius - Baixa autoestima personal - Excessiva necessitat de ser valorat i estimat. - Excessiva submissió a les normes i als adults en general. - Dificultats per establir relacions socio-afectives tant amb els iguals com amb els adults - Desequilibris emocionals, mèdics i psicològics com la duresa emocional, la hiperactivitat, la depressió i fòbies, la falta de control emocional, entre d'altres. - Desconfiança de cara a noves relacions 	<ul style="list-style-type: none"> - Relacions tòxiques amb les parelles o amb membres de la família - Pors i ansietat infantil - Atacs de pànic - Por a dormir sol i de la foscor - Fòbies infantils - Baixa autoestima - Traumes - Trastorn de la personalitat - Depressió infantil - Processos de separació - Separació traumàtica dels pares - Trastorn d'ansietat per separació - Trastorn per estrés posttraumàtic
<p>Àmbit Cognitiu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultats en la comunicació - Afectacions en l'àmbit motriu, lingüístic i cognitiu que comporten una dificultat per investigar i desenvolupar les competències bàsiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsivitat - Obsessions i compulsions en nens - TICS (trastorn involuntari de la conducta)

<p>Àmbit Social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inadaptació social que afectarà a nivell de tracte amb les persones, la possibilitat de fer amistats i també en l'adaptació a una la família. - Problemes de conducta que els investigadors delimiten en dos tendències: externalitzant, aquella tendència a comportar-se de forma violenta, agressiva i antisocial tant amb els iguals com amb els adults i que comporta un rebuig per part dels iguals cap a aquell infant i internalitzant, aquella tendència al retraïment i la passivitat. - Dificultat per interioritzar les normes. - Dificultats en les habilitats socials per gestionar les relacions amb els iguals. - Excessiva timidesa i dificultats per expressar l'opinió. - Sentiments d'exclusió per part dels companys. - Dificultats per controlar la necessitat de satisfer immediatament les necessitats - Baixa tolerància a la frustració. Dificultat per tolerar la crítica i, de vegades, per admetre l'evidència. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemes conducta: conducta negativista, conducta opositiva o desafiant, antisocial - El mutisme selectiu - El trastorn d'evitació - conflicte, hostilitat i baralles entre dos alumnes - Problemes de convivència - Gelosia patològica entre germans - Agressivitat en infants i adolescents
<p>Àmbit d'escolarització</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manifestació d'un dèficit d'atenció, en la concentració i en el seu rendiment intel·lectual. - Baix rendiment acadèmic - Fracàs escolar 	<ul style="list-style-type: none"> - Fòbia escolar - Trastorns d'aprenentatge i intervenció per al supòsit TDA i TDAH en nens - Desmotivació - Fracàs escolar - Bullying o assetjament escolar

Font: Elaboració pròpia a través de la revisió d'Amorós, P. et al. (2003) i Muner, J. (2010)

Com veiem doncs, a través de la Teràpia Breu Estratègica es poden tractar un gran nombre de dificultats que presenten els infants en acolliment familiar. Basant-nos en el marc teòric de la recerca veiem que la TBE sempre treballa amb l'entorn de l'Infant i/o adolescent. Cal dir que els infants en acolliment familiar tenen un gran nombre d'agents al seu entorn que vetllen pel seu benestar. Un d'aquests agents són les ICIF, que són les entitats encarregades, entre d'altres funcions, de fer el seguiment de l'Infant o adolescent durant l'acolliment i assegurar el seu benestar tot proporcionant ajuda tant al nen com als acollidors.

És per aquest motiu que, un cop obtinguts els resultats de la recerca que demostren el grau d'aplicació que tindria la teràpia breu estratègica en la millora de la qualitat de vida d'aquests infants, proposem com a agents interventors principals els professionals de les ICIF. Com s'ha explicat al marc teòric les ICIF són entitats formades per treballadors socials, educadors socials i psicòlegs que treballen de forma interdisciplinària.

Aquests professionals, com indica Sánchez, A. (2018) realitzen el seguiment de l'Infant en l'acolliment tot facilitant-los eines, recursos i suport professionalitzat amb l'objectiu de vetllar pel benestar de l'Infant duent a terme correctament la seva tasca de guarda i custòdia. Es basa en empoderar i generar empatia amb la família i enfortir el vincle amb l'Infant, com a referent de l'acolliment. Per altra banda també apunta la importància d'estar en contacte periòdic amb la resta de recursos i entorn del menor, donat que ofereix al professional noves mirades que son més constants com: escoles, salut, lleure, suport psicopedagògic, entre d'altres

Així doncs, veiem que aquesta idea lliga molt bé amb els principis de la teràpia breu i considerem que com a referents de l'acolliment, seria molt interessant que aquests professionals estiguessin formats en Teràpia Breu Estratègica i fessin servir aquesta teràpia, com una eina més per a la intervenció i el seguiment diari amb els infants.

Es considera doncs, que la formació en Teràpia Breu Estratègica dins les ICIF seria un punt de millora tant pels professionals com pels infants en acolliment. La proposta seria doncs, que els principals interventors fossin els treballadors socials de les ICIF, sent dotats de capacitats i de comunicació estratègiques i treballessin de forma coordinada amb el nucli familiar acollidor, l'Infant o adolescent i l'escola. D'aquesta manera si tots els agents de l'entorn de l'Infant estan en coordinació perseguint el mateix objectiu, es probable que es produeixin canvis en l'Infant de forma ràpida i eficaç.

Tot i així, i com a punt final, cal apuntar que són infants que tenen contactes reiterats en el temps amb la seva família d'origen i sovint és un fet trasbalsador per a ells. Creiem que és per aquest motiu que seria interessant en un futur estudiar com es podria aplicar la teràpia breu estratègica amb infants acollits obtenint un progrés i efectiva solució dels problemes sense que els contactes amb la família d'origen, d'altra banda obligatoris, fossin un motiu de manteniment del problema.

7. CONCLUSIONS

Un cop arribats a la darrera part del treball i havent fet un aprofundiment teòric i un anàlisi i discussió dels resultats obtinguts, podem concloure diversos punts.

En primer lloc, responent a la pregunta inicial de la recerca i objectiu principal, sobre què aporta la teràpia breu estratègica en la intervenció amb infants en mesura de protecció d'acolliment familiar, podem dividir les aportacions que fa en 3 punts bàsics:

- més eficàcia i eficiència respecte als altres models d'intervenció terapèutica
- brevetat en el temps, ja que és un tipus de teràpia que, com bé indica el seu nom, té com a principi crear grans canvis en poc temps
- protocols i estratègies d'actuació especialitzats i científicament provats que s'adapten al 100% als problemes dels infants acollits.

En segon lloc, pel que fa als objectius específics de la recerca, s'han pogut complir tots, exceptuant el tercer objectiu sobre la identificació d'experiències de TBE en el treball amb infants en acolliment familiar. Pel que fa a aquest punt ens hem trobat amb la limitació de que no hi ha informació ni articles científics que parlin de l'aplicació d'aquesta teràpia a la intervenció amb infants i adolescents acollits i els beneficis que aquesta aportaria. Són dues temàtiques que, en la seva cerca per separat aporten molta informació interessant, però que mai s'han treballat de forma conjunta. Així doncs, aquest treball pretén ser un punt de partida per a futures investigacions que lliga aquestes dues temàtiques tot justificant i aportant evidència dels beneficis que tindria.

Respecte a les limitacions de la recerca volem apuntar, en primer lloc, la falta de diversitat de fonts en alguns apartats del marc referencial com el de teràpia breu estratègica i el de l'evolució de l'acolliment familiar. També cal apuntar que només s'han utilitzat dues bases de dades – Dialnet i Medline – i això, en certa forma, ha estat una altra limitació.

En segon lloc, la falta de temps i les dificultats per conciliar la vida laboral i personal amb l'acadèmica ha estat una limitació més a l'hora de realitzar aquesta recerca que d'altra banda, té una extensió considerable i s'hagués pogut sintetitzar amb una millor organització. Tot i la falta de referència bibliogràfica unint els temes d'acolliment familiar i teràpia breu estratègica, però, considerem que aquesta recerca d'aprofundiment teòric fa unes primeres aportacions que en un futur seria interessant seguir treballant i investigant a través de la recerca aplicada.

Per finalitzar, com a línies futures es considera que seria interessant explorar amb més profunditat les següents temàtiques en coordinació amb experts en el tema.

En relació als professionals:

- Els beneficis i perjudicis que aportaria formar els professionals de les ICIF en teràpia breu estratègica
- Contrastar les necessitats formatives dels professionals en Teràpia Breu Estratègica

En relació als infants acollits:

- Evidenciar la TBE com una eina d'intervenció en infància en acolliment familiar.
- Explorar com beneficiaria aquest tipus de teràpia als infants acollits

En relació als agents implicats:

- Explorar com fer-los partícips en la millora del benestar de l'Infant.

Així doncs veiem que encara queda molt per explorar i que aquesta recerca és només un punt de partida d'una temàtica que dóna molt de si i que pot aportar grans beneficis tant als professionals a l'hora de dissenyar estratègies i actuacions de cara a treballar amb aquests infants i famílies d'acollida, com als infants a l'hora d'assolir un benestar i un correcte desenvolupament.

8. Bibliografia

American Psychiatric Association (APA). (1984). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Amorós, P. i Palacios, J. (2004). *Acogimiento familiar*. Madrid: Alianza Editorial.

Amorós, P., Palacios, J., Fuentes, N., León, E., i Mesas, A. (2003). *Families cangur: Una experiència de protecció a la infància*. Barcelona: Fundació "La Caixa"

Balsells, M.A. (2000). *La intervención educativa ante la infancia en situación de riesgo social*.

Bateson, G. (1967). *Cybernetic explanation*, a: "american behavioral scientist", 10, pp. 29-32.

Bowlby, J. (1986). *Vinculos afectivos: formación y desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata

Casellas, S., i Mayoral, J. (2010). *L'acolliment familiar professionalitzat d'infants i adolescents en unitats convivencials d'acció educativa*. Barcelona: Col·lecció Eines.

Colton, M.J. i Hellinckx, W. (1993). *Atención a la infancia en la Unión Europea*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Corominas, J. (1994). *Breve Diccionario Etimológico de la de la lengua Castellana*. Madrid: Ed. Gredos.

Domènech, A., Prats, D., i Guash, M. (2009). *Guia sobre l'acolliment familiar*. Barcelona: Editorial Mediterrània.

Espiau, S. i Vaquer, A. (1999). *Protección de menores, acogimiento y adopción*. Barcelona: Marcial Pons.

Festinger, L. (1992) *Teoria della dissonanza cognitiva*. Angeli: Milán

Fiorenza, A. i Nardone, G. (2017). *La intervención estratégica en los contextos educativos. Comunicación y "problem solving" para los problemas escolares*. Milán: Giuffrè Editore

González, M^aA., Fuentes, M^aJ., Linero, M^aJ., Barajas, C., Morena, M^aL., Quintana, I., Goicochea, M^aA. i Fernández, M. (2001) *Análisis de los conflictos durante el periodo de acogimiento pre-adoptivo*. Orientaciones psicoeducativas. Infancia y Aprendizaje, 24, 81-95.

Greenberg, G. (1980) *Problem-focused brief family interactional psychotherapy*, a: R. Lewis, M.D. Wolberg, L. Marvin, Ph. D. Aronson (eds.), *Group and family therapy*, pp. 307-322, Bruner/Mazel, Nova York.

Hidalgo, M.V. i Palacios, J. (1999): «Desarrollo de la personalidad entre los 2 y los 6 años», a J. Palacios, A. Marchesi i C. Coll (comps.), *Desarrollo psicológico y educación*. Vol. 1: *Psicología Evolutiva* (pàg. 257-282). Madrid: Alianza

Jiménez, J. i Palacios, J. (2008) *El acogimiento familiar en Andalucía. Procesos familiares, perfiles personales*. Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social: Observatorio de la Infancia en Andalucía.

López, F. (2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia: respuesta familiar, escolar y social*. Madrid: Pirámide.

Marín, M.T. (1991). *La tutela ex lege. La guarda y el acogimiento de menores en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Generalitat Valenciana.

Maslow, A. (1975). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario.

Moreno, J.M., Garcia Baamonde, M^a.E. i Blázquez, M. (2010) *Desarrollo lingüístico i adaptación escolar en niños en acogimiento residencial*. *Anales de Psicología*, 26, 189-196.

Moreno, M.C. (1999): «Desarrollo y conducta social de los 2 a los 6 años», a J. Palacios, A. Marchesi i C. Coll (comps.), *Desarrollo psicológico y educación*. Vol. 1: *Psicología Evolutiva* (pág. 305-326). Madrid: Alianza.

Nardone, G. (2015). *Ayudar a los padres a ayudar a los hijos*. (1^a ed.) Italia: Herder Editorial.

Ortiz, M.J., Fuentes, M.J. i López, F. (1999). *Desarrollo socioafectivo en la primera infancia*, a J. Palacios, A. Marchesi i C. Coll (comps.), *Desarrollo psicológico y educación*. Vol. 1: *Psicología Evolutiva* (pág. 151-176). Madrid: Alianza.

Redondo, E., i Muñoz, R. (1999). *Manual de buena práctica para la atención residencial a la infancia y adolescencia*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Ripoll – Millet, A. I Rubiol, G. (1990). *El acogimiento familiar*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Rowe, J., Cain, H., Hunleby, M. i Keane, A. (1984). *Long-term foster care*. Londres: Batsford

Triseliotis, J. (1989) Foster care outcomes: a review of key research finding. *Adoption and Fostering*, 13, 5-43.

Vygotsky, L. (1978). *Mind in society: the development of higher psychological processes*. En M. Coleman, V. John-Steirner, S. Scribner and E. Souberman (Eds.), Cambridge: Harvard University Press

Documents electrònics:

Abascal, A., Escudero, V i Varela, N. (2008). *Escaleras y Torreones Terapéuticos: Directrices y Técnicas Básicas para el Trabajo con niños en Terapia Familiar*. Cuadernos Psiquiatría Comunitaria. Vol.8. N°2, pp.207-223. Recuperat a: <http://uiicf.net/wp-content/uploads/2014/06/escalerastorreones.pdf>

AFABAR, "Associació de Famílies Acolloïdores de Barcelona" (2005) Recuperat a: <http://afabar.org/>

Agut, T. i Cebal, C. (2015). *L'acolliment familiar: Una mesura de protecció a la infància*. Universitat de Vic. Recuperat a: http://repositori.uvic.cat/bitstream/handle/10854/4194/trealu_a2015_cebral_christelle_a_colliment_memoria.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Allueva Aznar, L. (2011) Situacions de risc i desemparament en la protecció de menors. A propòsit de la Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i la adolescència. *InDret revista per l'anàlisi del dret*. Vol 4. Recuperat a: http://www.indret.com/pdf/854_es.pdf

Arruabarrena, I. i Intebi, I. (2010). *Manual Cantabria. Detección y notificación de situaciones de desprotección infantil desde el Sistema Sanitario*. Gobierno de Cantabria. Recuperat a: <http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/Deteccion%20y%20notificacion%20de%20situaciones%20de%20desproteccion%20infantil%20desde%20el%20sistema%20sanitario.%20Agosto%202010.pdf>

Ballester, A. (2010). *La adaptación del menor al proceso de acogimiento familiar. Un enfoque ecológico*. Dialnet. Recuperat a: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10532/ballester.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Becedóniz, C. (2003). *Guía de buena práctica en la intervención social con la infancia, familia y adolescencia. Manual de procedimiento de intervención ante situaciones de desprotección infantil*. Instituto Asturiano de atención Social a la Infancia, Familia y adolescencia. Consejería de Asuntos Sociales. Recuperat a: https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/publicaciones/quia_maltrato.pdf

Boletín Oficial del Estado. Código Civil Español (2015). [Consultat el 3 de maig de 2019]. Recuperat a : <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8470>

Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya. (2013). Recuperat a: <https://www.parlament.cat/document/bopc/52287.pdf>

Centre de Teràpia Breu de Barcelona. (2018). Superar las dificultades y disfrutar de la vida. Recuperat a: <http://www.cetebreu.es/>

Centre de Teràpia Breu Sentise Bien. (2015). La ansiedad, el pánico y el miedo a perder el control tienen solución. Recuperat a: <https://www.terapiabrevesentirsebien.com/>

Centre Grat de Barcelona. (2017). Grat Psicologia i Educació. Recuperat a: <https://www.centregrat.com/ca/>

Centro di Terapia Strategica d'Arezzo Italia. (2018). Research, Training & Psychotherapy Institute. Recuperat a: <https://www.centrodeterapiaestrategica.es/>

Comitè d'Ètica dels serveis socials a Catalunya. (2018). *La separació del nadó de la seva mare en el moment del naixement per causa de maltractament prenatal o per la previsió del futur desemparament del nadó.* Recuperat a: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/WebPage.pdf>

Convenció sobre els drets dels infants, Assemblea General de Nacions Unides, 1989. [Consultat l'11 d'abril de 2019] Recuperat a: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Creu Roja. (2014). *Acolliment Familiar. En família, per dret.* Recuperat a: http://www.acollimentfamiliar.org/Dossier_Acolliments.pdf

Cruz Roja. (2017) *Proyecto de Acogimiento Familiar de Cruz Roja Española.* Recuperat a: <https://www.cruzroja.es/principal/documents/58733/60036/Dossier+Acogimiento+Familiar/5c8d041d-4d1d-40a6-9734-6d98528c586d>

Departament de Benestar Social i Família. (2014). *Acollir un infant.* Recuperat a: http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/acolliments_i_adopcions/acolliments/acollir_infant/

Departament de Benestar Social i Família. (2014). *Acolliments i adopcions*. Recuperat a: http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/acolliments_i_adopcions/

Departament de Benestar Social i Família. (2011). *Infants i adolescents desemparats*. Recuperat a: http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/infancia_i_adolescencia/proteccio_a_la_infancia_i_ladolescencia/menors_desemparats/

Departament de Benestar Social i Família. (2014). *Institucions Col·laboradores d'Integració Familiar (ICIF)*. Recuperat a: http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/acolliments_i_adopcions/acolliments/icif/

Departament de Benestar Social i Família. (2015) *Acolliments i adopcions, normativa aplicable*. Recuperat a: http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/el_departament/legislacio/02legislacio_de_referencia_per_ambits_tematics/acolliment_i_adopcions/

Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2010). *Mesures de protecció*. Recuperat a: http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/infancia_i_adolescencia/proteccio_a_la_infancia_i_ladolescencia/menors_desemparats/mesures_de_proteccio/

Dialnet. (2001). [Base de dades]. Recuperat a: <https://dialnet.unirioja.es/>

Diputació de Barcelona. (2009). *Modelo de prevención y detección de situaciones de riesgo social en la infancia y la adolescencia*. Colección Documentos de trabajo. Recuperat a: <https://www1.diba.cat/uliep/pdf/45642.pdf>

Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (2019). *Informe Estadístic Mensual Febrer 2019*. Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies Secretaria d'Infància Adolescència i Joventut. Recuperat a: http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/07infanciaiadolescencia/dades_sistema_proteccio/2019_02_informe_DGAIA.pdf

Falsetti, R. (2016). *Qué es y cómo funciona la Terapia Breve Estratégica*. Nardone Group. Formación Consultoría y Coaching. Recuperat a: <https://www.nardonegroup.es/terapia-breve-estrategica/>

Fundació Pere Tarrés (2014). Conferencia "Terapia breve y estratégica en infancia y adolescencia" a cargo de Andrea Fiorenza [Vídeo]. Recuperat a: <https://www.youtube.com/watch?v=0dqKrSQNYKY>

Garcia Allen, J. (2019). Pirámide de Maslow: la jerarquía de las necesidades humanas. Analizando uno de los artefactos teóricos más famosos: la jerarquía de necesidades. Madrid. *Psicología y mente*. Recuperat a: <https://psicologiaymente.com/psicologia/piramide-de-maslow>

Generalitat de Catalunya. (2010). *La protecció a la Infància i l'adolescència a Catalunya*. Recuperat a: http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/07infanciaiadolescencia/politiques_i_plans_actuacio/pdiiaac/06_doumentacio_resultant/documents/arxiu_pdf/proteccio_a_la_infancia.pdf

Hidalgo, M^a.V., Lorence, B. i Sanchez, J. (2008). *Procesos y necesidades de desarrollo durante la infancia*. Universidad de Sevilla. Recuperat a: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/2150/b1548001x.pdf?sequence=1>

Jaramillo, L. (2007). Concepción de infancia. *Zona Próxima. Revista del Instituto de Estudios Superiores en Educación Universidad del Norte Colombia*. Recuperat a: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/zona/article/view/1687/1096>

Kinderapia (2018). Centre de Psicologia Aplicada. Recuperat a: <http://kinderapia.com/?lang=ca>

Lopez, C. (2009). *Protecció a la infancia: un estudi sobre l'acolliment*. (Tesis doctoral). Recuperada a: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/725/CLM_TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martin del Pozuelo, M. (2018) Psicoterapia y coaching estratégico. Recuperat a: <https://mariamartinpsicologia.com/terapia-breve-estrategica/#1456247783901-194244cf-2c6a>

Maslow, a. (1975). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario. Recuperat a: https://www.academia.edu/26151076/MOTIVACION_Y_PERSONALIDAD_MASLOW_ABRAHAM_H

Medialdea, A.B. (2018). Terapia Breve Estratégica. Recuperat a: <https://www.anapsicologamadrid.com/terapia-breve-estrategica/>

Medline (1966). Trusted health information for you. [Base de dades]. Recuperat a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Moreno, J.M, Garcia – Baamonde, M.E. i Blázquez, M. (2010). *Desarrollo lingüístico y adaptación escolar en niños en acogimiento residencial*. Anales de Psicología, vol. 26, núm. 1, pág. 189-196. Universidad de Murcia, España. Recuperat a: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16713758022>

Muner, J. (2010) *La protecció a la Infància i l'adolescència a Catalunya*. Pla director d'infància i adolescència de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadana. Barcelona. Recuperat a: http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/07infanciaiadolescencia/politiques_i_plans_actuacio/pdiac/06_documento_resultant/documentos/arxius_pdf/marc_conceptual.pdf

Pascual, J. (2019). Terapia Breve Estratégica. Recuperat a: <http://www.juliapascual.com/terapia-breve-estrategica/>

Pérez, L. (2011). *Infància i Educació*. Didàctica de l'educació infantil. Recuperat a: https://ioc.xtec.cat/materials/FP/Materials/1752_EDI/EDI_1752_M02/web/html/media/fp_edi_m02_u1_pdfindex.pdf

Petticrew, M. i Roberts, H. (2006). *Systematic Reviews in the Social Sciences. A practical guide*. Blackwell Publishing. Recuperat a: https://www.researchgate.net/post/Systematic_Literature_Review_in_social_science

Riccardo Falsetti (2016). *Qué es y cómo funciona la Terapia Breve Estratégica*. Nardone Group, Formación Consultoria y Coaching. Recuperat a: <https://www.nardonegroup.es/terapia-breve-estrategica/>

Roca, R. (productor) i Gomà, L. (directora). (1999). *Dolors Canals. 21st Century Children*. [Documental]. Espanya: Televisió de Catalunya. Recuperat a: http://euscreen.eu/item.html?id=EUS_2AADF1D87FFD4C5CB9BBE1E8FC47B6A2

Rodríguez, P. i Pérez, C. (2010). Entrevista a Giorgio Nardone, *Terapia Breve: Una realidad inventada que produce efectos concretos*. Recuperat a: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2010v1n1a8.pdf>

Sánchez, A. (2018). Els educadors en els processos d'acompanyament de les acollides infantils en famílies alienes a Catalunya. (Treball de final de Grau). Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona. Recuperat a: <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/74886/6/asancheznarTFG0118mem%C3%B2ria.pdf>

Torralba Rosselló, J.M. (2005) *Estigmatització i protecció a la infància: un estudi comparatiu dels factors d'incidència en el temps d'estada d'infants i adolescents en diversos centres residencials*. (Tesis doctoral). Recuperada a: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/2970>

Legislació

Espanya. Llei Orgànica 1/1996, de 15 de gener, de protecció jurídica del menor, de modificació parcial del Codi civil i de la Llei d'enjudiciament civil. *BOE* núm 15, de 17 de gener de 1996.

Espanya. Llei 54/2007, de 28 de desembre, d'adopció internacional. *BOE núm. 312, de 29 de desembre de 2007.*

Espanya. Llei 26/2015, del 28 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència. *BOE* núm. 180 del 29 de juliol de 2015.

Catalunya. Llei 11/1985, de 13 de juny, de protecció de menors. *DOGC* núm. 556, de 28 de juny de 1985.

Catalunya. Llei 21/1987, de 26 de novembre, d'incompatibilitat del personal al servei de l'Administració de la Generalitat. *DOGC* núm. 923, de 4 de desembre de 1987.

Catalunya. Llei 37/1991, del 30 de desembre, sobre mesures de protecció dels menors desemparats i de l'adopció, i de regulació de l'atenció especial als adolescents amb conductes d'alt risc social. *DOGC* núm. 1542, de 17 de gener de 1992.

Catalunya. Llei 8/1995, de 27 de juliol, d'atenció i protecció dels infants i els adolescents i de modificació de la Llei 37/1991, de 30 de desembre, sobre mesures de protecció dels menors desemparats i de l'adopció. *DOGC* núm. 2083, de 2 d'agost de 1995.

Catalunya. Llei 13/1997, de 19 de novembre, de creació de l' Institut Català de l'Acolliment i de l'Adopció modificada per la Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència i per la Llei 11/2011, del 29 de desembre, de reestructuració del sector públic per a agilitzar l'activitat administrativa. *DOGC* núm. 2527, de 27 de novembre de 1997.

Catalunya. Llei 3/2005, de 8 d'abril, de modificació de la llei 9/1998, del Codi de Família, de la Llei 10/1998, d'unions estables de parella, i de la Llei 40/1991, del Codi de Successions per causa de mort en el dret Civil de Catalunya, en matèria d'adopció i tutela. *DOGC* núm. 4366, de 19 d'abril de 2005.

Catalunya. Llei 13/2006, de 27 de juliol, de prestacions socials de caràcter econòmic. *DOGC* núm. 4691, de 4 d'agost de 2006.

Catalunya. Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència. *DOGC* núm. 5641, de 2 de juny de 2010.

Catalunya. Llei 25/2010, de 29 de juliol, del llibre segon del Codi civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família. *DOGC* núm. 5686, de 5 d'agost de 2010.

Catalunya. Llei 10/2011, de 29 de desembre, de simplificació i millorament de la regulació normativa. *DOGC* núm. 6035, de 30 de desembre de 2011.

Catalunya. Decret 338/1986, de 18 de novembre, de regulació de l'atenció a la infància i adolescència amb alt risc social. *DOGC* núm. 780, de 19 desembre de 1986.

Catalunya. Decret 337/1995, de 28 desembre, sobre acreditació i el funcionament de les institucions col·laboradores d'integració familiar i de les entitats col·laboradores d'adopció internacional. *DOGC* núm. 2153, de 12 de gener de 1996.

Catalunya. Decret 2/1997, de 7 de gener, pel qual s'aprova el Reglament de protecció dels menors desemparats i de l'adopció. *DOGC* núm. 2307, de 13 de gener de 1997.

Catalunya. Decret 22/1997, de 30 de gener, pel qual es modifica la disposició final del Decret 2/1997, de 7 de gener. *DOGC* núm. 2321, de 31 de gener de 1997.

Catalunya. Decret 127/1997, de 27 de maig, pel qual es modifica parcialment el Decret 2/1997, de 7 gener. *DOGC* núm. 2402, de 30 de maig de 1997.

Catalunya. Decret 62/2001, de 20 de febrer, de modificació parcial del Decret 2/1997, de 7 de gener. *DOGC* núm. 3337, de 28 de febrer de 2001

Catalunya. Decret 97/2001, de 3 d'abril, sobre l'acreditació i el funcionament de les entitats col·laboradores d'adopció internacional. *DOGC* núm. 3369, de 17 d'abril de 2001.

Catalunya. Decret 2/2003, de 2 d'abril de 2003, pel qual s'aprova el Text refós de la Llei municipal i de règim local de Catalunya. *DOGC* núm. 3887, de 20 de maig de 2003.

Catalunya. Decret 200/2013, de 23 de juliol, dels consells de participació territorial i nacional dels infants i els adolescents de Catalunya. *DOGC* núm. 6425, de 25 de juliol de 2013.

Catalunya. Decret 230/2013, d'1 d'octubre, de règim sancionador en matèria d'infància i adolescència, en l'àmbit competencial de l'Administració de la Generalitat de Catalunya. *DOGC* núm. 6472, de 10 d'octubre de 2013.

Catalunya. Decret 169/2015, de 21 de juliol, pel qual s'estableix el procediment per facilitar el coneixement dels orígens biològics. *DOGC* núm. 6919, de 23 de juliol de 2015.

Conveni relatiu a la protecció del nen i a la cooperació en matèria d'adopció internacional, fet a l'Haia el 29 de maig del 1993. Instrument de ratificació del 30 de juny del 1995. *BOE* núm. 182, de l'1 d'agost de 1995

Conveni sobre els Drets del Nen, adoptat per l'Assemblea General de les Nacions Unides el 20 de novembre del 1989. Instrument de ratificació del 30 de novembre del 1990. *BOE* núm. 313, de 31 de desembre de 1990