Ferides (in)visibles: conseqüències del maltractament en la infància i l'adolescència

Document de síntesi de la Jornada Pre-congrés, del 8 d'octubre de 2026

Comitè Organitzador del CCSMIA · Fundació Congrés Català de Salut Mental (FCCSM)

Presentació de la Jornada

Empar Murgui, presidenta del Comitè Organitzador del CCSMIA

La Jornada és preparatòria del Congrés de Salut Mental de la Infància i l'Adolescència, que celebrarà el 25è aniversari del CCSMIA l'octubre del 2027. Porta per títol «Ferides (in)visibles: conseqüències del maltractament en la infància i l'adolescència».

La presidenta obre amb una pregunta incòmoda: com és possible que, en una societat cada cop més informada, més connectada i que es diu sensible als drets de la infància, seguim trobant nens i adolescents que pateixen maltractaments greus, abusos i humiliació sense que arribem a temps per protegir-los?

Sabem cada vegada més de l'impacte del maltractament en el desenvolupament físic, emocional i relacional dels menors, de les conseqüències a llarg termini i de com afecta la salut mental de les persones adultes. Tanmateix, aquest coneixement no sempre es tradueix en una millor capacitat per identificar, coordinar i prevenir aquestes situacions. Aquesta paradòxa és un dels objectius de la Jornada, i s'hi assenyalen tres punts:

- **Manifestació en els infants.** El patiment no sempre és evident: sovint s'amaga darrere de problemes de conducta, fracàs escolar, símptomes físics, retraïment o silenci. Altres vegades és visible, però costa comprendre'n la dimensió. Als professionals de salut mental infantil s'hi afegeix la pressió de diagnosticar aviat, quan cal temps per entendre el sentit autèntic del símptoma.
- **Complexitat.** El maltractament i l'abús infantil i juvenil és una situació d'una complexitat social que cap professional ni institució no pot abordar en solitari. Posa a prova la capacitat de col·laboració entre entitats socials, educatives, sanitàries i jurídiques que, tot i compartir objectiu, tenen marcs conceptuals, llenguatges i competències diferents. Com apropar-nos? Cal formació per aprendre a dialogar? Cal establir més clarament el lideratge dels casos? Millorar la comunicació entre departaments té conseqüències directes en l'avaluació del risc, la continuïtat de l'atenció i la protecció del menor. Les notícies sobre abusos greus o morts prematures per maltractament mostren fracassos dels nostres dispositius i no ens poden deixar indiferents.

- **Situacions de risc.** Es repassaran les situacions de risc actuals, que van canviant: del maltractament i l'abús en l'àmbit familiar o extrafamiliar a les noves formes de violència entre iguals, l'assetjament escolar i els riscos dels entorns digitals, on les nenes són particularment vulnerables a la manipulació i al xantatge a través de les seves imatges.

L'objectiu és generar un espai d'anàlisi i de contrast de coneixements i experiències, no només sobre les mancances sinó també sobre com «l'excés» de la nostra cultura ens fa vulnerables davant el procés d'autonomia. La presidenta demana la participació de tothom per millorar la detecció i el sistema de protecció dels infants i adolescents en risc.

S'agraeix la participació en la inauguració a **Silvia Miquel**, secretària de la Junta del COTOC, que ha cedit les instal·lacions i el suport; a **Jose Fernández**, en representació de la Junta de la FCCSM, pel suport incondicional que ha fet palès com, des de l'aprovació de la Convenció Internacional de drets de la infància l'any 1989 els infants són subjectes de drets i no mers subjectes; i a **Laia Arnal**, directora del Pacte Nacional per a la Salut Mental des de fa just un any, amb un llarg bagatge en processos innovadors i d'integració que pot ajudar en la difícil tasca del treball interdisciplinari.

Taula 1. Experiències adverses a la infància: de la clínica a les contradiccions de la legalitat

Introducció: Francesc Vilà i Daniel Cruz

La Jornada s'emmarca en el treball preparatori d'un congrés dedicat a la salut mental de la infància i l'adolescència, amb una atenció especial a les ferides visibles i invisibles que marquen les trajectòries vitals i tenen conseqüències en la salut mental de moltes persones. Per al proper Comitè Organitzador es recupera una reflexió de Susana Brignoni que amplia el debat sobre la visibilitat i la invisibilitat del patiment infantil incorporant altres fenòmens de la societat actual: els excessos, els desbordaments i la individualització creixent de les experiències humanes.

Experiències adverses a la infància: prevalença, impacte psicopatològic i reptes en la detecció clínica

Mark Dangerfield, doctor en Psicologia i psicòleg clínic; director de l'Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer (Universitat Ramon Llull)

La intervenció se centra en les conseqüències psicopatològiques de les experiències adverses a la infància, la transmissió transgeneracional del trauma i els mecanismes de detecció i intervenció en salut mental infantil i juvenil, així com els reptes dels dispositius assistencials actuals.

Marc teòric i origen de la recerca. La recerca es desenvolupa des de la Fundació Vidal i Barraquer, institució vinculada al sistema públic de salut i compromesa amb l'avaluació de les pràctiques clíniques.

Es vol saber quin impacte tenen les intervencions dels professionals, què funciona i què no, i fins a quin punt els serveis són capaços de detectar situacions de risc.

Una metàfora per entendre el patiment extrem. Es recupera un text literari que descriu una persona atrapada en un edifici en flames: qui salta per una finestra no ho fa perquè vulgui caure, sinó perquè les flames que té darrere són més aterridores que la caiguda. La imatge serveix per entendre moltes conductes autolesives, intents de suïcidi o actuacions aparentment incomprensibles. No són un desig de destrucció, sinó un intent desesperat d'escapar d'un sofriment insuportable.

Magnitud del problema. Segons les dades exposades:

- 6 de cada 10 infants menors de cinc anys pateixen violència física o psicològica en l'entorn familiar.
- 1 de cada 5 dones i 1 de cada 10 homes refereixen haver patit abús sexual durant la infància.
- A Europa, 18 milions de menors han patit abús sexual, 44 milions maltractament físic i 55 milions maltractament psicològic.
- Aproximadament **el 90 % dels casos no són detectats**.

Experiències adverses a la infància (ACE, *Adverse Childhood Experiences*). La recerca mostra una relació causal, i no només associacions estadístiques, entre aquestes experiències i múltiples trastorns: depressió, trastorns d'ansietat, trastorns de conducta, psicosi, autolesions, suïcidi i addiccions. Una metaanàlisi del 2012 ja identificava relacions causals entre trauma infantil i psicosi, i altres estudis han mostrat alteracions cerebrals estructurals i funcionals associades.

El factor acumulatiu. No hi ha una relació directa entre un tipus concret d'abús i una psicopatologia determinada: el que determina la gravetat és l'acumulació. Les dades indiquen que un 58 % de la població ha viscut una experiència adversa, un 12 % dues, un 8 % tres i un 14 % quatre o més. **A partir de quatre experiències adverses el risc psicopatològic es dispara.**

Trauma i conducta suïcida. Un estudi recent amb prop de 18.000 joves mostra que el 76 % havia viscut almenys una adversitat i el 18 % n'havia patit quatre o més. **El 89 % dels intents de suïcidi s'associaven a experiències adverses infantils.** L'abús sexual incrementa 3,41 vegades el risc d'intent de suïcidi i, quan es combinen diferents formes d'abús, el risc augmenta 3,38 vegades.

Estrès tòxic i neurodesenvolupament. Les experiències adverses provoquen el que s'anomena estrès tòxic: una activació sostinguda dels sistemes biològics de resposta sense la protecció d'un adult disponible i regulador. Les conseqüències inclouen:

- *Alteracions biològiques:* sistema hormonal, immunitari, cardiovascular i metabòlic.
- *Alteracions cerebrals:* canvis estructurals i funcionals, i modificacions en la connectivitat neuronal.

- *Alteracions emocionals:* dificultats de regulació emocional, vulnerabilitat davant l'estrès i problemes per mentalitzar.
- *Alteracions relacionals:* problemes de vinculació, dificultats de confiança i fragilitat del sentit de si mateix.

Per què detectem tan poc? Si ho sabem, per què no ho detectem? Només el 28 % dels casos identificats constaven a les històries clíniques. Els percentatges de detecció per tipus són: maltractament físic, 10 %; maltractament emocional, 17 %; abús sexual, 30 %; abús físic, 33 %; abús emocional, 44 %. Les causes descrites són:

- Formació insuficient, por de preguntar i por de gestionar la resposta.
- Models excessivament biomèdics, amb prioritització del diagnòstic i la medicació.
- Manca de temps, de protocols i de suport institucional.

La conclusió és contundent: **si no es pregunta, no es detecta.**

Resultats de la recerca pròpia. En una mostra de 151 adolescents atesos en hospital de dia, la relació entre adversitat i intent de suïcidi va ser molt clara: el 50% dels intents eren duts a terme per aquells que havien patit 5 o més experiències adverses al llarg de la infància. Entre els adolescents que havien patit abús sexual, només el 21 % havia estat detectat abans d'arribar a l'hospital de dia; el 79 % no ho havia estat.

Com viuen els adolescents traumatitzats? Els adolescents exposats a trauma relacional greu no esperen ajuda, no confien en els altres i no interpreten les relacions com un lloc segur. Viuen amb desconfiança epistèmica, hipervigilància, distància emocional i aïllament afectiu. La manca de demanda d'ajuda no és desinterès: és una conseqüència directa de les experiències viscudes.

Naixement de l'AMBIT. D'aquesta constatació neix l'AMBIT, equip d'intervenció domiciliària que atén adolescents amb trastorns mentals greus desvinculats dels serveis. La idea fonamental és que el problema no és que aquests adolescents no demanin ajuda, sinó que el sistema continua esperant que la demanin.

Transmissió transgeneracional del trauma. En una de les mostres estudiades, **el 94 % dels progenitors havia viscut experiències adverses durant la seva pròpia infància**. La majoria dels pares no volen perjudicar els fills, però sovint reprodueixen formes de relació que mai no van poder elaborar.

El paper dels pares. Culpabilitzar les famílies és insuficient. Cal distingir entre les persones que exerceixen violència de manera conscient i les que repeteixen patrons traumàtics no elaborats. Ajudar els infants implica treballar també amb els adults, no només oferint pautes educatives sinó ajudant-los a comprendre el seu propi sofriment.

Aïllament dels professionals. El ponent critica la idea que l'autocura sigui exclusivament una responsabilitat individual. Defensa que el suport ha de ser institucional, que els equips han de contenir emocionalment els professionals i que el treball en equip ha de servir per regular els impactes emocionals inevitables de la pràctica clínica.

El marc legal protegeix els menors?

Josep Moya, psiquiatre; president de la Secció de Psiquiatria del CoMB; membre del CCSMIA i de la FCCSM

La intervenció analitza el marc legal de protecció de la infància i en presenta les principals lleis. Destaca el dret de l'infant a ser escoltat, l'interès superior del menor, que les opinions del menor han de ser tingudes en compte i l'obligació dels professionals de comunicar les situacions de risc.

Exposa el cas d'una menor atrapada en una separació conflictiva que expressava clarament el seu patiment però que durant molt de temps no va ser escoltada adequadament. El cas exemplifica la distància entre els drets reconeguts legalment i la pràctica real dels procediments judicials i assistencials.

Debat amb el públic

Les preguntes giren entorn de com explorar l'abús sense induir respostes, com suportar l'impacte emocional dels casos, les dificultats legals i la frustració davant la manca de protecció efectiva. S'assenyala la diferència freqüent entre el que estableixen les lleis i el que passa a la pràctica.

Conclusions de la Taula 1 (Experiències adverses)

- Les experiències adverses infantils són un dels principals determinants de la salut mental.
- El risc augmenta de manera acumulativa.
- Gran part del trauma continua invisibilitzat.
- Els professionals han d'explorar sistemàticament aquestes experiències.
- La detecció només és possible a través de relacions de confiança.
- Els adolescents traumatitzats sovint no demanen ajuda perquè han perdut la confiança en els altres.
- La transmissió transgeneracional és un mecanisme central en la reproducció del patiment.
- Les famílies necessiten suport, no només judicis.
- Els professionals necessiten equips i institucions que els sostinguin.

La tasca clínica no consisteix a convèncer ni a etiquetar, sinó a reconstruir la possibilitat que una relació humana torni a ser viscuda com un lloc segur.

Taula 2. Detecció i prevenció

Moderador: Fernando Lacasa, psicòleg clínic, CCSMIA i FCCSM

Ponents:

- **Roser Cervera**, subdirectora general d'Orientació, Participació i Benestar de l'Alumnat del Departament d'Educació i Formació Professional: «Violències en context escolar: abordatge del *bullying*».
- **Francesc Domingo**, pediatre, Associació Catalana per la Infància Maltractada (ACIM): «Separacions amigables tenint en compte la veu dels infants».

Presentació de la taula

Fernando Lacasa

Tant la violència domèstica com el *bullying* són experiències adverses a la infància (ACE) amb conseqüències directes sobre la salut mental de nens i adolescents, i responsables d'un terç de la psicopatologia de l'edat adulta segons la recerca, com s'ha vist al matí. L'erradicació de totes les adversitats infantils comportaria una reducció del 22,9 % en els trastorns de l'estat d'ànim, del 31,0 % en els d'ansietat, del 41,6 % en els del comportament, del 27,5 % en els per substàncies i del 29,8 % de tots els trastorns en l'edat adulta.

Són ferides invisibles perquè els infants i adolescents no en parlen. Segons el 8è baròmetre b-resol sobre conflictes en l'àmbit educatiu (2026), el 10,7 % diu patir assetjament, però el 31 % no ho denuncia per por. Passa una cosa semblant amb la violència domèstica: no en parlen ni als clínics, i les mares tampoc no relacionen els símptomes dels fills amb el que passa a casa quan consulten el pediatre o el professional de salut mental.

Els efectes dels fets traumàtics no depenen només de la durada i la intensitat, sinó també de la resposta protectora de l'entorn. Si l'infant troba un vincle segur i acompanyament, l'efecte traumàtic disminueix radicalment. Quan les persones que l'haurien de protegir no responen o ho fan malament, causen un doble mal: l'efecte del fet és més gran i l'infant se sent desprotegit, vulnerable i desconfiat.

Benestar emocional, prevenció de les violències i assetjament escolar

Roser Cervera

La intervenció presenta les línies de treball del Departament d'Educació per promoure el benestar emocional dels infants i joves, prevenir la violència i l'assetjament escolar i oferir una resposta adequada quan es produeixen.

Programa Benestar. Posat en marxa fa quatre cursos, dona suport directe als centres educatius en benestar emocional de l'alumnat. Un equip de psicòlegs i pedagogs dels serveis centrals assessora els docents i la resta de professionals, que hi poden consultar casos concrets (malestar emocional, problemes de conducta, dificultats relacionals) i accedir de manera ràpida a professionals especialitzats. També desenvolupa activitats formatives per transferir coneixements i eines als centres.

Competències socioemocionals com a prioritat educativa. S'elaboren programes específics per a cada etapa educativa, amb l'objectiu de formar els docents perquè siguin ells mateixos qui els apliquin a l'aula, ja que els tutors i docents són els professionals millor situats, pel contacte continuat amb l'alumnat. Es treballen l'autoconeixement, la regulació emocional, l'empatia, la comunicació assertiva, la resolució de conflictes i les relacions saludables, fonamentals per al benestar i per prevenir conflictes i assetjament.

«Aquí prou *bullying*». Estratègia global de prevenció de l'assetjament que combina formació dels equips docents, assessorament especialitzat, observació dels espais i les dinàmiques del centre i participació activa de l'alumnat. Moltes vegades les causes dels conflictes són organitzatives (l'organització dels patis, la distribució dels espais, les normes de convivència o determinades dinàmiques relacionals), per això el programa adopta una mirada transversal per identificar factors de risc.

L'observació conscient com a eina preventiva. Permet identificar conflictes de manera precoç, detectar dinàmiques de grup problemàtiques, intervenir abans que les dificultats es cronifiquin i promoure la corresponsabilitat de l'alumnat. Els centres ja disposen de moltes eines preventives que cal consolidar: una bona cultura preventiva redueix la probabilitat que apareguin situacions de violència.

COCOBE i Pla d'Escoles Lliures de Violències. Arran dels canvis legislatius impulsats des del 2021, es reforça la figura de la Coordinació de Convivència, Coeducació i Benestar Emocional (COCOBE), peça clau per consolidar la cultura preventiva (benestar emocional, convivència, igualtat, prevenció de les violències i protecció). El 2021 el Departament va impulsar també el Pla d'Escoles Lliures de Violències, un dels principals canvis de paradigma dels darrers anys: posar nom a aquestes situacions permet visibilitzar-les, parlar-ne i establir mesures d'intervenció específiques.

Unitat de Suport a l'Alumnat en Situació de Violències (USAV). Formada per professionals especialitzats, assessora els centres i qualsevol membre de la comunitat educativa (docents, equips directius, famílies i alumnes) mitjançant un servei telefònic. Quan es detecta una possible situació de violència, activa els protocols i acompanya el centre durant el procés; també desenvolupa activitats formatives i materials de sensibilització.

Principis d'actuació davant una situació de violència.

- **Protegir:** garantir sempre la seguretat i el benestar de l'alumne.
- **Creure:** escoltar qui comunica una possible situació de violència i donar credibilitat al seu relat.
- **Validar:** reconèixer el patiment viscut i evitar minimitzar-lo o banalitzar-lo. S'alerta contra expressions com «no passa res», «són coses de nens» o «ja se'ls passarà», que poden invisibilitzar el sofriment de la víctima.

Protocols i intervenció educativa. Els protocols s'activen també davant d'indicis raonables, cosa que permet actuar amb rapidesa. Les actuacions inclouen dues grans fases, la protecció immediata de l'alumne i la intervenció educativa amb seguiment, i després mesures per restaurar la convivència i afavorir la recuperació de totes les persones implicades.

Pràctiques restauratives. No és adequat començar immediatament amb una mediació, perquè hi ha una relació de poder desigual entre les parts. Primer cal protegir i estabilitzar la situació; només quan aquesta desigualtat s'ha reduït es poden plantejar processos restauratius, que faciliten la reparació del dany i són també una eina preventiva que millora la comunicació, l'escolta i la convivència diària.

Reflexió final. Es destaca el canvi significatiu dels darrers anys en la cultura professional i en la sensibilitat envers la violència als centres educatius. La prevenció passa per l'acompanyament educatiu, la creació de vincles sòlids entre professorat i alumnat, el desenvolupament de competències emocionals i el treball coordinat entre educació, salut i salut mental, per construir centres protectors on els infants i joves puguin créixer en entorns segurs, saludables i respectuosos.

Separacions amigables tenint en compte la veu dels infants

Francesc Domingo, doctor en Medicina per la UAB, pediatre d'atenció primària a l'ABS de la UAB (1984–2021) amb dedicació preferent a la pediatria social a Balaguer, professor associat a la Universitat de Lleida fins al 2021; membre o fundador de l'ACIM i d'organitzacions internacionals contra el maltractament, membre d'honor de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears i Premi Jordi Moltes

La intervenció tracta un tema típic de pediatria social, la ruptura conflictiva de parella amb fills a càrrec: les causes són socials i parentals, però les conseqüències són pediàtriques. Es plantegen preguntes clau: podem prevenir?, volem prevenir?, com ajudar els progenitors a respectar-se i a respectar els fills? El guió inclou la realitat de les ruptures a Catalunya, les conseqüències de les ruptures conflictives en els fills a partir de l'estudi del 2017, orientacions pràctiques sobre com actuar i què evitar, els programes «Creixem llegint» i «Educant família» de la Biblioteca de Balaguer i, finalment, la veu dels fills: què demanarien als progenitors i als professionals.

Realitat a Catalunya. A Catalunya i al conjunt de l'Estat segueixen el mateix patró: 8 de cada 10 ruptures matrimonials es resolen de comú acord, taxa que respon a l'estalvi de temps i diners. Per a les famílies amb fills dependents (7.297 a Catalunya) la probabilitat d'acord mutu és menor, amb el risc que la separació esdevingui un procediment contenciós judicialitzat, i els percentatges de ruptura conflictiva augmenten amb el nombre de fills dependents.

Marc legal i recursos. Des del 2010 el Codi Civil català exigeix un pla de parentalitat en totes les ruptures conflictives amb fill a càrrec, on els progenitors han de concretar com exerciran les seves responsabilitats. El Ministeri Fiscal vetlla pel bé dels menors i pot anul·lar un acord amistós que els perjudiqui. A més, per a situacions d'alta conflictivitat el Departament de Justícia ofereix programes i guies d'assessorament tècnic orientats a protegir la salut mental del fill, com el recurs EATAF.

Què necessita l'infant? Un adult referent, que pot no ser el pare ni la mare sinó, per exemple, el mestre. En les accions de prevenció a les escoles, en una xerrada amb un grup d'adults sovint sorgeixen revelacions d'infants. Cal buscar la figura que millor permeti a l'infant fer la declaració, conèixer els recursos socials de cada comunitat i crear xarxa entre professionals de la mateixa comunitat que treballen amb la mateixa població, amb una relació cara a cara. També cal identificar i potenciar els punts positius de l'infant, sempre buscant el seu interès superior.

Reptes. El creixement de la població a Catalunya no és assumible amb els recursos de fa cinc anys: calen més recursos, més formació i més disponibilitat, i menys fragmentació i intermitència en l'actuació dels professionals que atenen les famílies.

Aportació des de la sala. Una treballadora social subratlla que la conflictivitat altíssima entre progenitors separats té una repercussió important sobre els infants, però també sobre els centres de salut i els serveis d'urgències, amb acusacions mútues i demandes d'informes que diguin coses que no es poden dir. Considera que aquestes dinàmiques familiars són també una forma de maltractament cap als infants i que actualment no es notifiquen. És senzill notificar un infant amb hematomes o una fractura, però no és gens habitual trobar comunicacions de l'impacte emocional o del maltractament psicològic que generen; sense notificar-ho, no hi haurà mai una resposta més ajustada.

Taula 3. Dificultats en l'abordatge de la complexitat

Moderadora*: Teresa Ribalta*, psicòloga clínica; directora de la Fundació Orienta

Ponents:

- **Anabel García**, treballadora social de l'Hospital de Dia per Adolescents Miralta (Fundació Orienta, L'Hospitalet de Llobregat)
- **Daniel Cañero**, psicòleg de l'EAIA de L'Hospitalet de Llobregat
- **Sonia Mosquera**, treballadora social del CSMIJ de Sant Boi (Fundació Orienta)

Introducció: abordar la complexitat, el treball en xarxa i la construcció del cas

Daniel Cañero

Les situacions de vulnerabilitat, negligència, trauma i risc en la infància i l'adolescència són un dels màxims exponents de la complexitat en la intervenció social i clínica. Requereixen una mirada sistèmica que integri dimensions clíniques, socials, educatives, familiars i comunitàries, des del reconeixement que cap servei no disposa, de manera aïllada, dels coneixements ni dels recursos per donar-hi una resposta integral. La complexitat no és una propietat exclusiva dels casos: també emergeix de la interacció entre els sistemes d'atenció, dels seus marcs d'intervenció i de la necessitat de construir lectures compartides davant realitats ambigües i canviants.

No és infreqüent que hi hagi expectatives desajustades entre els serveis. Des de la salut mental infantil i juvenil es poden identificar situacions de greu afectació emocional vinculades a dèficits en les funcions parentals i considerar imprescindible una mesura de protecció; des dels serveis socials o del sistema de protecció es pot valorar que la prioritat sigui reforçar els recursos terapèutics abans d'una mesura de separació. Cap d'aquestes mirades és errònia per definició: responen a mandats institucionals diferents que han de trobar espais de contrast i construcció conjunta.

Aquestes tensions són especialment evidents en l'adolescència, que sovint porta al límit les competències parentals. Les ideacions o temptatives autolítiques, els trastorns greus de conducta o els ingressos en hospitals de dia poden revelar situacions de negligència, violència o greu disfunció familiar fins aleshores parcialment invisibilitzades, i inicien processos d'avaluació compartida entre salut mental, serveis socials bàsics, EAIA i altres recursos. Alhora, molts casos mostren els límits de la intervenció estrictament familiar: quan la capacitat parental està molt deteriorada o les dificultats es cronifiquen, calen abordatges comunitaris que ampliïn els factors de protecció, mobilitzant l'escola, els recursos socioeducatius, la xarxa comunitària i els dispositius assistencials.

En aquest recorregut hi ha desacords, incertesa i tensions entre professionals, però també aprenentatge mutu, reconeixement dels límits propis i construcció de confiança. El treball en xarxa no elimina la complexitat; proporciona una metodologia per sostenir-la. L'objectiu no és assolir consensos immediats, sinó construir decisions compartides que situïn l'interès superior de l'infant com a eix vertebrador. La taula vol generar, a partir de casos concrets, una reflexió sobre aquestes tensions, els factors que dificulten o faciliten la cooperació i les condicions perquè el treball en xarxa deixi de ser una suma de coordinacions i esdevingui una veritable metodologia.

Idees clau de la taula

1. La complexitat requereix una mirada compartida. Les situacions de vulnerabilitat, negligència, trauma i risc no les pot abordar un únic servei. Cal integrar perspectives clíniques, socials, educatives, familiars i comunitàries, amb la humilitat professional de saber que cap dispositiu té per si sol totes les respostes.

2. Hi ha expectatives desajustades entre serveis. Salut mental, educació, serveis socials, protecció i justícia sovint esperen que un altre dispositiu resolgui allò que ells no poden resoldre. Apareix la «fantasia del salvador»: la creença que un altre servei tindrà la solució definitiva, que genera frustració, conflicte i dificultats de coordinació.

3. Cada sistema treballa amb temps diferents: el temps de la crisi o la urgència, el de la reflexió clínica o educativa, l'administratiu i el judicial. Aquesta manca de sincronització dificulta la intervenció coordinada.

4. Les reunions de xarxa estan marcades per asimetries. No tots els serveis tenen el mateix contacte amb l'infant o la família, alguns professionals disposen de molta més informació que d'altres i la preocupació d'un servei no sempre equival a una valoració objectiva del risc.

5. Els dispositius especialitzats no poden respondre a totes les demandes. Des dels CSMIJ i els hospitals de dia es destaca la impossibilitat d'atendre tot malestar com si fos una patologia mental, la pressió per obtenir diagnòstics ràpids, ingressos immediats o solucions farmacològiques i la necessitat de contextualitzar els símptomes en la realitat familiar i social.

6. La veu de l'adolescent és central. Sovint les discussions de xarxa se centren en diagnòstics, riscos i mesures; es reivindica incorporar la perspectiva del jove: què sent, què necessita i què considera útil.

7. El treball en xarxa funciona quan hi ha un objectiu compartit. Els millors resultats s'observen quan els professionals actuen com un únic equip, comparteixen la informació rellevant, tenen una estratègia comuna i es redueix la fragmentació de les intervencions.

Tres factors clau per a un bon treball en xarxa

- **Coneixement i confiança entre professionals.** Conèixer-se personalment facilita la cooperació, i la presencialitat continua tenint un valor important.
- **Estabilitat dels interlocutors.** Els canvis constants de professionals dificulten construir vincles, tant entre serveis com amb les famílies.
- **Reconèixer els límits propis i dels altres.** Evitar exigir a altres dispositius allò que nosaltres tampoc no podem garantir, ajustar expectatives i construir objectius realistes.

Idea final

El missatge central de la taula és que **el treball en xarxa no apareix espontàniament**. Requereix metodologia, temps, confiança, lideratge, comunicació i una mirada compartida. La coordinació efectiva no consisteix a sumar intervencions, sinó a construir una comprensió conjunta de la situació per oferir respostes més adequades als infants, als adolescents i a les seves famílies.

Cloenda

Anna Robert, psicòloga clínica de l'àrea d'adolescents de FH Sant Boi; membre del Comitè Organitzador del CCSMIA i de la FCCSM

Al llarg de la Jornada s'ha parlat de «donar la veu» i escoltar, des de la justícia testimonial que suposa que el coneixement l'aporti l'infant o el jove que ha patit o pateix maltractament. Els adults tenen el paper de (re)conèixer allò que els aporten, amb una mirada ètica molt present, interrogant-se en equip, amb la família i en xarxa sobre quin és l'interès del menor en cada moment i com adequar-hi les intervencions. En la línia dels QualityRights, cal portar el model de decisions compartides a pacient i família per garantir el màxim respecte a la seva voluntat i necessitat d'ajuda.

S'ha parlat també de les famílies i de com donar-los suport des d'una perspectiva sistèmica, posant en valor les seves capacitats i el marge d'acció positiva, i procurant que comptin amb el suport professional i comunitari que necessitin. Ha sorgit la importància dels programes comunitaris, de l'atenció domiciliària (sanitària, social i educativa) i de poder tractar **en i des de la comunitat**, apropant el suport a l'**entorn de criança**.

Es cita l'obra *Violencias y desamparos. Una práctica colaborativa entre salud mental y educación*, de Susana Brignoni, Graciela Esebbag i Adolfo Grisales, que planteja que els infants i joves residents en centres de protecció han de veure respectada la seva subjectivitat per trobar-hi espais segurs, i posa en relleu que els professionals han d'esdevenir **suports per acompanyar-los** en la **construcció de noves sortides**.

Per fer-ho, les institucions s'han d'implicar proactivament i garantir la cura dels professionals. Només així, treballant en entorns curosos, fent equip i fent xarxa, podrem vincular amb qui ha patit violència en l'etapa infantil i adolescent i sostenir la complexitat que presenta.

Vincular és la clau. És des del vincle segur que es pot construir un projecte de vida amb qualitat. Cal garantir un espai de trobada on infants, joves i famílies puguin restablir la confiança, recuperar la veu que els abusos sovint silencien i obrir, plegats, noves possibilitats de futur.