

# Programa de prevención del maltrato infantil: la experiencia del programa Preinfant

Programme for the prevention of child abuse: the experience of Preinfant programme

Carolina Torralbo Muñoz<sup>1</sup> y otras autoras<sup>2</sup>

## Resumen

Este artículo explica la experiencia de Preinfant, un programa de prevención del maltrato infantil impulsado, desde 1998, por ABD Asociación Bienestar y Desarrollo. Su principal objetivo es proteger la salud física y mental del bebé, disminuyendo y/o eliminando aquellas situaciones de riesgo infantil que se pueden dar durante el embarazo y los primeros años de vida en un contexto familiar de alto riesgo. Preinfant ofrece acompañamiento para construir una vinculación saludable en el complejo proceso de asumir la maternidad. Actualmente el programa está implantado en el Área Metropolitana de Barcelona y en Madrid. Dispone de un portal web ([preinfant.org](http://preinfant.org)) para orientar y asesorar *online* y cuenta con Pisos Maternoinfantiles para atender la emergencia social de la vivienda.

**Palabras clave:** Infancia, adolescencia, maternidad, embarazo adolescente, maltrato infantil, exclusión social, prevención, detección precoz.

**Para citar el artículo:** TORRALBO MUÑOZ, Carolina. Programa de prevención del maltrato infantil: la experiencia del programa Preinfant. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, páginas 107-115. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup> Trabajadora social y antropóloga. Experta en terapia familiar, protección a la infancia y en derechos de los niños y de los adolescentes. Técnica del programa de prevención del maltrato infantil Preinfant, impulsado por ABD Asociación Bienestar y Desarrollo. [ctorralbo@abd-ong.org](mailto:ctorralbo@abd-ong.org)

<sup>2</sup> **Asun Álvarez**, referente del programa Preinfant, de ABD Associació Benestar i Desenvolupament. **Berta Domènech**, referente del programa Preinfant, de ABD Associació Benestar i Desenvolupament. **Laia Navarro** referente del programa Preinfant, de ABD Associació Benestar i Desenvolupament. **Nausica Castelló**, responsable del programa LARIS y Preinfant, de ABD Associació Benestar i Desenvolupament. **Carme Calafat**, directora del Área de Infancia y Familia de ABD Associació Benestar i Desenvolupament.

### Abstract

The article explains the experience of the Preinfant programme, focused on child abuse prevention, promoted by ABD Associació Benestar i Desenvolupament from 1998. Its main objective is to protect the baby's physical and mental health, reducing and/or eliminating risk situations during pregnancy and in the first years of the child's life in a family context of high-risk. Preinfant offers support to build a healthy relationship in the complex process of accept responsibility of maternity. Currently the program is implemented in the Metropolitan Area of Barcelona and in Madrid. It has a website (preinfant.org) to guide and advice online and has some Houses for maternal care in the emergency social of housing.

**Key words:** Childhood , teenagers, maternity, teenage pregnancy, child abuse, social exclusion, prevention, early detection.

## 1. Presentación de PREINFANT

PREINFANT es un programa de prevención del maltrato infantil y de acompañamiento a la maternidad que incide prioritariamente en los aspectos vinculares y que tiene como objetivo prioritario proteger la salud física y mental del/de la bebé disminuyendo y/o eliminando aquellas situaciones de riesgo que se pueden dar a lo largo del embarazo y los tres primeros años de vida en un contexto familiar de alto riesgo. Lo crea en 1998 la Asociación Bienestar y Desarrollo, una ONG que lleva a cabo más de 70 servicios y programas que dan respuesta a todos aquellos procesos que generan situaciones de vulnerabilidad o de exclusión social. Centra sus esfuerzos en la atención de las personas y en sus trayectorias vitales, previniendo situaciones de fragilidad social y atendiendo sus necesidades y las de su entorno más próximo.

En sus inicios Preinfant trabajaba exclusivamente en la ciudad de Barcelona, pero

rápidamente extendió su intervención en los municipios de alrededor, y actualmente cuenta también con una réplica en Madrid, donde ABD también tiene sede.

Para poder conocer la utilidad del proyecto es importante tener en cuenta algunas variables que configuran la necesidad y urgencia de la intervención con este colectivo diana. Por un lado la gravedad del maltrato infantil y sus consecuencias (sobre todo en la etapa prenatal y hasta los 3 años de vida), y por otro la vulnerabilidad de sostener una maternidad en situación de alto riesgo (soledad y aislamiento social, ausencia de ingresos económicos y red de apoyo...).

## 2. Algunos datos sobre el maltrato infantil

El Observatorio de la Infancia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2001 definió el maltrato infantil en los siguientes términos: "Acción, omisión o

trato negligente, no accidental, que priva al niño o la niña de sus derechos y el su bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”.

El informe *Maltrato infantil en la familia en España* del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2011 sitúa a la familia como el segundo contexto, tras la guerra, donde hay mayor incidencia de maltrato infantil. La literatura reitera que los casos de maltrato infantil que se detectan son entre el 10% y el 20% de la totalidad de los casos.

### ■ Sitúa a la familia como el segundo contexto, tras la guerra, donde hay mayor incidencia de maltrato infantil.

Tal y como afirma el Dr. Jordi Pou, jefe de los Servicios de Pediatría y Urgencias del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona y profesor titular de Pediatría en la Universidad de Barcelona, en su obra *El pediatra y el maltrato infantil* (2010), el maltrato más frecuente es la negligencia (cuando las necesidades básicas del niño no están cubiertas), que supone aproximadamente el 50% de los malos tratos, seguido del maltrato psíquico (27%), el físico (11%) y el sexual (6%).

En cuanto a la edad, en el estudio realizado por el Departamento de Bienestar y Familia *Maltratos físicos bebés y menores de cuatro años* se muestra que el grupo más afectado por el maltrato físico era el de 0 a 12 meses (siendo el 36, 6% de los/as 41 menores de 4 años).

Según el Plan de Infancia y Adolescencia de Cataluña, los principales tipos de maltrato infantil no se manifiestan de forma pura o aislada, sino que lo hacen de manera combinada.

A pesar de la dispersión de datos sobre las características del maltrato, según el Observatorio de la Infancia de la Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia, se da una cierta concordancia en una serie de conclusiones sobre las características personales y familiares y sobre las situaciones sociales que rodean los casos de maltrato, concordancia en ocasiones extensible a los datos que se encuentran en otras publicaciones internacionales. Estos puntos de acuerdo son los siguientes:

- El maltrato es un poco más frecuente entre los chicos que entre las chicas.
- Se ha confirmado que muchos de los menores maltratados han sufrido más de un tipo de maltrato.
- El maltrato se da en niños de todas las edades. El maltrato físico es más frecuente en menores de 2 años y el abuso sexual es más frecuente a partir de los 9 años, y sobre todo entre los 12 y los 15.
- En todos los casos hay una acumulación de factores de riesgo como son los escasos recursos de apoyo; se advierten también factores como ser niño prematuro, padecer enfermedades frecuentes o ser hiperactivo; y sobre todo situaciones sociofamiliares como el desempleo, la desestructuración familiar, ambientes carentes de afecto, el alcoholismo y la drogadicción, o una vivienda inadecuada.

### 3. Descripción del Programa PRE-INFANT

#### 3.1. Objetivos

En la línea preventiva se sitúa el Programa Preinfant. El objetivo principal es proteger la salud física y mental del bebé, y lo conseguimos:

- Potenciando las competencias parentales visibilizando, incorporando y/o recuperando las habilidades y/o los recursos necesarios para una crianza sana, responsable y segura.
- Favoreciendo la toma de conciencia y necesidad de generar un vínculo seguro entre la madre y el/la bebé reduciendo al máximo los indicadores de riesgo existentes.
- Fomentando la creación o el fortalecimiento de una red de apoyo segura que impulse la autonomía y el apoderamiento de la madre, rompiendo los círculos de aislamiento en los que se encuentra.

Se realiza un acompañamiento en el complejo proceso de asumir unas maternidades que a menudo no son ni programadas ni deseadas, o en el otro extremo, muy idealizadas, poniendo las bases de una vinculación saludable.

#### 3.2. Características de la población atendida

El Programa se dirige a mujeres embarazadas y/o con hijos/as entre los 0 y los 3 años de edad que se encuentran en alguna de las siguientes situaciones de vulnerabilidad: maternidad prematura (madres jóvenes adolescentes), no disponer de un entorno familiar contenedor, tener problemas de drogodependencias, alcoholismo o salud

mental, monomarentalidad, gran precariedad económica y social y, finalmente, historias familiares marcadas por maltrato o abusos.

El origen del programa, en 1998, se sitúa en la atención a las mujeres y familias con problemas de drogodependencias y/o alcoholismo. En ese momento un grupo de profesionales de los centros de drogodependencias gestionados por ABD buscan la manera de dar respuesta a la detección de las complicaciones obstétricas, derivadas tanto de los efectos de la droga como de las condiciones de vida de las gestantes. Asimismo, en aquellos años se contrastan indicadores que determinan que la existencia de una drogodependencia instaurada en los cuidadores/as primarios de un/a menor puede conducir a situaciones desestructuradas y conflictivas en el seno de la familia y a situaciones de maltrato.

Actualmente la mayor parte de usuarias atendidas entran en programa dado su maternidad prematura. El embarazo en este periodo llega de forma no planificada y necesita una serie de ajustes psicosociales y familiares para garantizar el bienestar físico y emocional del futuro/a bebé. La maternidad requiere niveles altos de madurez, responsabilidad y estabilidad (emocional, laboral y económica). Asumir este evento en una etapa como la adolescencia implica riesgos tanto para la madre como para el futuro bebé (Carrillo *et al.*, 2004). La complejidad de la intervención social con adolescentes embarazadas radica en el hecho de tener que hacer equilibrios para desarrollar y conjugar el hecho de ser adolescente con la maternidad prematura.

La mayoría de jóvenes atendidos/as presenta una considerable fragilidad emocional, a menudo con historias vitales de reiteradas pérdidas y duelos no elaborados, así como

■ **La mayoría de jóvenes atendidos/as presenta una considerable fragilidad emocional, a menudo con historias vitales de reiteradas pérdidas y duelos no elaborados.**

importantes carencias afectivas. A esto se suma el estresor que supone afrontar la maternidad en situaciones de alta precariedad social, y a menudo sin un entorno familiar contenedor (emocional/relacional). Las familias de origen pueden reaccionar desde el enojo, la distancia y la culpabilización al adolescente. Este entorno complica aún más la situación de partida ya que el adolescente debe responsabilizarse íntegramente de los cambios que se producen; y en la mayoría de los casos sin el apoyo del padre del bebé. Muchas y diferentes tensiones impactarán en su vida influenciando sus futuros planes con la repercusión principal sobre su educación y las relaciones con sus propios padres, madres y entorno.

La preparación a la maternidad es necesaria: preparación psicológica, redefinición de las relaciones con una misma y con la pareja, negociación de responsabilidades relacionadas con el cuidado del bebé y la posible redefinición de la propia identidad. Muchas madres adolescentes no están preparadas para realizar estos cambios necesarios y este hecho les genera conflictos que interfieren con sus habilidades parentales y les dificulta la posibilidad de dar al bebé un ambiente socioemocional adecuado.

A este contexto evolutivo de las madres hay que sumar la situación económica cada vez más deteriorada de las familias atendidas. Se observan graves situaciones de pobreza, con la consiguiente pérdida de

oportunidades a nivel bio-psico-social de los niños y niñas. Es relevante mencionar la existencia de situaciones laborales muy precarias (desempleo de larga duración, exclusión del mercado laboral, déficits formativos, imposibilidad de conciliar o responsabilidades familiares ineludibles, situación administrativa irregular, etc.) y grandes dificultades para acceder a una vivienda digna (ausencia de ingresos económicos, ya sea por desempleo o ayudas sociales, desahucios, etc.). Todos estos aspectos agravan la situación del caso y dificultan aún más la estabilidad necesaria para la atención, dada la falta de arraigo a un territorio y la dificultad al consolidar una red de apoyo social.

A modo de ejemplo, para hacer una radiografía de la población atendida en el programa, observamos un perfil de vulnerabilidad multifactorial que viene marcado por la falta de recursos económicos (86% de las familias), la maternidad prematura (80%), la falta de apoyo de la madre por parte de la familia de origen (76%), los antecedentes de maltrato de la madre (40%), la monomarentalidad (33%), los problemas de salud mental diagnosticados (23%) o los casos de drogodependencias (16%).

### 3.3. Modelos teóricos de referencia

Preinfant se sirve de modelos teóricos que permiten observar, analizar y comprender de una manera óptima la realidad en la que se interviene y el propio modelo de intervención que propone desde el abordaje social y psicológico. Se cuenta con la formación sobre **psicología evolutiva**, a través de la cual se observan los cambios conductuales y psicológicos de los niños; la **teoría del vínculo**, que mantiene como principio que un recién nacido necesita desarrollar una

relación con al menos un/a cuidador/a principal para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad; la **teoría general de sistemas**, que facilita la observación del individuo ‘en relación’ y no de forma aislada o individual, entendiendo que el cambio en un miembro del sistema repercutirá en su totalidad; y finalmente, la **teoría ecológica de Bronfenbrenner**, un modelo que ayuda a tener una perspectiva global del contexto que influye en el desarrollo de un individuo.

### 3.4. Principios de la intervención

Asimismo, el proyecto, después de 17 años de recorrido, se asienta en unos principios rectores que guían el trabajo de las profesionales y de todas las intervenciones que se dan en el marco de Preinfant. En primer lugar, el proyecto se centra en el **interés superior del niño**, entendido como la satisfacción integral de sus derechos y asegurando su protección y bienestar. Se trabaja desde el impulso de una **marentalidad positiva**, según la cual el objetivo de ser padres y madres es promover las relaciones positivas con los hijos/as, para garantizar los derechos del/ de la menor en el seno de la familia a través de vínculos afectivos cálidos, entornos estructurados, estimulación y apoyo, el reconocimiento y la capacitación y educación sin violencia.

- **El proyecto se centra en el interés superior del niño, entendido como la satisfacción integral de sus derechos y asegurando su protección y bienestar.**

El resto de fundamentos giran en torno a una intervención que sitúa en el **centro a la**

**persona**, impulsando y facilitando que participe activamente de su propio proceso de atención y, por lo tanto, asegurando que sea el principal **agente de cambio**. Se busca que la familia logre cambios en su situación para mejorar la vida de sus hijos/as instaurando una mirada hacia el bebé que englobe tanto la unicidad como la complejidad. Las dimensiones neurológicas, intelectuales, emocionales y sociales del niño, individualmente diferentes, interactúan conjuntamente para crear una persona que es más que la suma de sus partes. La profesional trabaja desde una mirada amplia que atiende todas las peculiaridades y complejidades de la situación. Una mirada a la persona y no al objeto de intervención. Hay que partir de la base de que en la mayor parte de los casos el programa atiende dos menores en momentos vitales diferentes, pero es necesario que ambos estén protegidos y procurar hacerlos crecer de manera sana.

Con este objetivo se trabaja fomentando las capacidades **resilientes** y asegurando factores protectores tales como referentes afectivos, recuerdos de momentos felices, personas que lo han querido, etc. Se planifica la intervención también desde una **perspectiva de género**, dado que el trabajo se realiza en todos los casos con las mujeres (y otros miembros de la familia o entorno), y se requieren herramientas y abordajes adaptados.

### 3.5. Metodología y desarrollo del programa

En cualquier caso, desde Preinfant se interviene bajo una metodología dinámica, abierta y flexible, adecuando el proceso a las circunstancias, motivaciones, demandas y/o necesidades verbalizadas y/o visibilizadas de las familias. Existe una evaluación

y ajuste continuado entre la madre y el niño, la intervención y la red existente para construir un proceso circular de calidad y mejora.

Las familias que se atienden a menudo tienen en su historia de vida antecedentes complejos y/o situaciones tan difíciles como internamiento institucional, fracasos en la crianza, antecedentes de maltrato y/o abusos; o experiencias previas de haber recibido atención muy mediatizada por el control. Por ello, a menudo existen importantes resistencias para generar nuevos vínculos de apoyo terapéutico, ya que se sienten perseguidas, cuestionadas y controladas en sus funciones marentales.

En este sentido, desde Preinfant se observa que, cuando se empieza a intervenir durante la etapa prenatal, las resistencias a recibir ayuda disminuyen, se vinculan al servicio con mayor facilidad y mejora la alianza terapéutica, y se sienten atendidas y acompañadas en un momento de mayor vulnerabilidad. De hecho, los datos de las familias que entran en programa expresan lo que se ha trabajado con los servicios derivantes durante todos estos años: solo un 13% de las mujeres entran en el programa con un hijo/a menor de 3 años, el resto lo hacen embarazadas. Hay un mensaje implícito: “se puede compartir un propósito, ayudar a crecer, a nacer, a cuidar”. Si se consigue la alianza de trabajo se garantiza una mayor adherencia a la posterior intervención e incidir precozmente en el desarrollo de las competencias marentales permite prevenir posibles situaciones de maltratos prenatales (especialmente las derivadas de falta de seguimiento medicoginecológico y/o del consumo activo de tóxicos), permite realizar un acompañamiento en el complejo proceso de asumir unas maternidades que a menudo no

son ni programadas ni deseadas; permite ayudar a incorporar un rol materno y paterno suficientemente sano que pasa por revisar sus modelos de crianza, como los han tratado como hijos/as, por ejemplo.

La intervención en el período prenatal permite que se pueda ir construyendo un espacio físico y mental para su futuro hijo/a de manera que puedan acogerse en las mejores condiciones posibles y responder a sus necesidades. Cuanto antes pueda comenzar este trabajo, mejor pronóstico se puede esperar.

En todo este proceso el programa ofrece **apoyo emocional y trabajo del vínculo durante el embarazo y posteriormente con el/la bebé**, con el fin de favorecer una vinculación confortable y potenciar las competencias marentales; **apoyo en los cuidados del embarazo, pautas y habilidades de crianza; y dinamización de los recursos de la red** con el fin de, en caso de ser necesario, fomentar la adherencia de las familias con la red social y profesional.

A nivel operativo Preinfant recibe los casos principalmente derivados de servicios sociales de territorio, pero también de servicios sanitarios, centros de tratamiento de drogas, equipos de infancia, entre otros. Asimismo las familias pueden dirigirse directamente, y desde hace ya 3 años se ha puesto en marcha el portal web **preinfant.org** y un **entorno de redes sociales** (Facebook y Twitter) en el que se ofrece información sobre el embarazo en jóvenes a través de sus canales, y se garantiza un espacio de atención y asesoramiento *online* a jóvenes embarazadas.

En todo el proceso de acogida de los casos derivados se trabaja en un marco de referencia cálido, cordial y profesional, manteniendo una actitud empática y de es-

cucha activa que facilite el vínculo terapéutico, y por tanto el éxito de adherencia al proceso de intervención.

Teniendo en cuenta el diagnóstico y el perfil de población al que se dirige el programa, se realiza un diagnóstico amplio a través de una exploración en profundidad de la situación familiar, social, sanitaria, educativa, laboral, y los factores de riesgo y protección existentes y detectados. Se exploran las necesidades y oportunidades que presenta el caso, los factores causales y los condicionantes de riesgo, se trabaja con un pronóstico compartido de la situación en un futuro inmediato y a medio plazo, se identifican los recursos, se determinan prioridades, etc., con el objetivo de establecer una estrategia de intervención.

A través del diagnóstico e hipótesis de trabajo se elaboran los Planes de Mejora con la familia. Contienen los objetivos (concretos y alcanzables) y actividades a realizar durante el proceso de intervención en las áreas que engloba el proyecto (vinculación y crianza, creación de redes de apoyo, vinculación a recursos, desarrollo de habilidades, etc.) y adaptados al momento evolutivo (durante el embarazo, desde el nacimiento hasta los seis meses del bebé, de los siete a los diecisiete meses, y finalmente de los dieciocho a los tres años de vida). Cada uno de estos Planes hace hincapié en aspectos de vinculación y crianza propios del momento evolutivo, con el objetivo de afianzar un patrón de vinculación, trabajar las actitudes, cuidados y hábitos saludables, identificación de las demandas del bebé y las respuestas a las mismas y seguimiento médico, entre muchos otros.

El trabajo con las madres y las familias se lleva a cabo a partir de varios mecanismos: el trabajo a domicilio, la visita hospita-

ria, las visitas de acompañamiento, el acceso permanente al profesional fácilmente localizable, la oferta flexible a la hora de programar las visitas, y técnicas como la videointervención con la familia.

Desde el año 2010, dada la situación de emergencia social que se detecta en las mujeres embarazadas de Preinfant, ABD dispone de Pisos maternoinfantiles para asegurar el alojamiento de las mujeres y un espacio seguro y protegido para recibir al bebé en su primer tiempo de vida. Es en cualquier momento del proceso de la mujer, en caso de detectar situaciones de riesgo para el bebé y para ella misma (insalubridad, hacinamiento, conflictividad familiar, indigencia, desahucio, etc.) que se realiza una derivación a los servicios propios que ABD ha desarrollado.

En todos los casos Preinfant realiza un seguimiento post-alta pasados los seis meses de la finalización de la intervención. La evaluación del cierre es una etapa primordial en la que se realiza **la evaluación del cambio**. Mediante un cuestionario adaptado se recogen los indicadores que permiten observar y conocer la evolución del caso en las áreas de intervención del programa. Concretamente consigue mejorar los aspectos psicológicos de las familias en un 83% de los casos, los conocimientos y hábitos sanitarios en el 82%, los aspectos sociales en el 70% de los casos (todo el alto condicionamiento social de las familias), las relaciones de la red formal en un 81%, gracias a un trabajo de alta intensidad relacional con la red de apoyo formal (en un año se realizan alrededor de 40 acciones de coordinación por familia con servicios públicos y privados) y un 60% de las relaciones informales (especialmente relevante dado el trabajo con la familia de origen con las madres adolescentes).



#### 4. Conclusión

Desde la extensa experiencia en programas de atención y prevención al maltrato infantil, se ha podido constatar la eficacia de la intervención en el período prenatal y en los primeros años de vida del/de la bebé, reduciendo y/o eliminando indicadores de riesgo que favorecen y aseguran su protec-

ción, siendo imprescindible para su posterior desarrollo integral.

Desde ABD creemos que una acción preventiva que se desarrolle de forma efectiva en la fase pre-natal, natal y post-natal es fundamental como elemento contenedor y preventivo de la posibilidad de aparición de situaciones de riesgo para la infancia.

#### Bibliografía

- BOWLBY, John. Una base segura: *Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. PAIDOS IBERICA, 1989. ISBN 9788449302015
- PETER RYGAARD, Niels. El niño abandonado. *Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Editorial Gedisa, S.A., 2008. ISBN 978-84-9784-226-6
- POU, J. *El pediatre i el maltractament infantil*. Editorial Ergon, 2010. ISBN 978-84-8473-786-5
- BARUDY, Jorge. *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Paidós Ibérica, 1998. ISBN 9788449304941
- BERRY BRAZELTON, T. *Momentos clave en la vida de tu hijo*. Plaza & Janés Editores, S.A. 2001. ISBN 84-01-37780-3
- FELIX, L. *Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teórica y Criterios Educativos. Programa para la Mejora del sistema de atención social a la infancia*. Generalitat de Catalunya, departament d'Acció Social i Ciutadania Secretaria d'Infància i Adolescència de Catalunya. 1995.
- OBSERVATORIO DE LA INFANCIA. *Maltrato infantil. Detección, notificación y registro de casos*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001. NIPO 201-06-245-6.
- UNICEF. *Convenció sobre los Derechos del Niño 1989*. DL-M-26132-2006.
- España. *Protecció Jurídica del Menor, competencies y medidas de protecció (riesgo o desamparo) en casos de maltrato infantil*. Ley Orgánica 1/1996. 15-01-1996. 14 páginas. <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-1069>
- Cataluña. *Dels Drets i les oportunitats en la Infància i l'Adolescència*. Ley 14/2010. 27-05-2007. 62 páginas. <http://www.boe.es/boe/dias/2010/06/28/pdfs/BOE-A-2010-10213.pdf>
- Cataluña. *Ley de Servicios Sociales de Catalunya*. Ley 12/2007. 11-10-2007. 30 páginas. <http://www.boe.es/boe/dias/2007/11/06/pdfs/A45490-45519.pdf>
- España. *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2013-2016)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia. 5-04-2013. 68 páginas.
- [http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA\\_2013-2016.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf)