

# Programa de prevenció del maltractament infantil: l'experiència del programa Preinfant

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

Carolina Torralbo Muñoz<sup>1</sup> i altres autors<sup>2</sup>

## Resum

Aquest article explica l'experiència de Preinfant, un programa de prevenció del maltractament infantil impulsat, des del 1998, per ABD Associació Benestar i Desenvolupament. El seu objectiu principal és protegir la salut física i mental del nadó, disminuint i/o eliminant aquelles situacions de risc infantil que es poden donar al llarg de l'embaràs i dels primers anys de vida en un context familiar d'alt risc. Preinfant ofereix acompanyament per tal de construir una vinculació saludable en el complex procés d'assumir la maternitat. Actualment el programa està implantat a l'Àrea Metropolitana de Barcelona i a Madrid. Té un portal web ([preinfant.org](http://preinfant.org)) per orientar i assessorar en línia i Pisos Maternoinfantils per atendre l'emergència social de l'habitatge

**Paraules clau:** Infància, adolescència, maternitat, embaràs adolescent, maltractament infantil, exclusió social, prevenció, detecció precoç.

*Per citar l'article:* TORRALBO MUÑOZ, Carolina. Programa de prevenció del maltractament infantil: l'experiència del programa Preinfant. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, pàgines 107-115. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup>Treballadora social i antropòloga. Experta en teràpia familiar, protecció a la infància i en drets dels infants i dels adolescents. Tècnica del programa de prevenció del maltractament infantil Preinfant, impulsat per ABD Associació Benestar i Desenvolupament. [ctorralbo@abd-ong.org](mailto:ctorralbo@abd-ong.org)

<sup>2</sup>**Asun Álvarez**, referent del programa Preinfant, d'ABD Associació Benestar i Desenvolupament. **Berta Domènech**, referent del programa Preinfant d'ABD Associació Benestar i Desenvolupament. **Laia Navarro** referent del programa Preinfant d'ABD Associació Benestar i Desenvolupament. **Nausica Castelló**, responsable del programa LARIS i Preinfant d'ABD Associació Benestar i Desenvolupament. **Carme Calafat**, directora de l'Àrea d'Infància i Família d'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](http://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. Presentació de PREINFANT

PREINFANT és un programa de prevenció del maltractament infantil i d'acompanyament a la maternitat que incideix prioritàriament en els aspectes vinculars i que té com a objectiu prioritari protegir la salut física i mental del nadó disminuint i/o eliminant les situacions de risc que es poden donar al llarg de l'embaràs i dels tres primers anys de vida en un context familiar d'alt risc. El crea l'any 1998 l'Associació Benestar i Desenvolupament, una ONG que porta a terme més de 70 serveis i programes que donen resposta a tots aquells processos que generen situacions de vulnerabilitat o d'exclusió social. Centra els esforços en l'atenció de les persones i en les seves trajectòries vitals, prevenint situacions de fragilitat social i atenent les seves necessitats i les del seu entorn més proper.

En començar Preinfant treballava exclusivament a la ciutat de Barcelona, però

ràpidament va estendre la seva intervenció als municipis del voltant, i actualment també té una rèplica a Madrid, on ABD també hi té seu.

Per poder conèixer la utilitat del projecte és important tenir en compte algunes variables que configuren la necessitat i urgència de la intervenció amb aquest col·lectiu diana. D'una banda la gravetat del maltractament infantil i les seves conseqüències (sobretot en l'etapa prenatal i fins als 3 anys de vida), i de l'altra la vulnerabilitat de sostenir una maternitat en situació d'alt risc (solitud i aïllament social, absència d'ingressos econòmics i xarxa de suport...).

## 2. Algunes dades sobre el maltractament infantil

L'Observatori de la Infància del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat el 2001 va definir el maltractament infantil en els termes següents: "Acció,

omissió o tracte negligent, no accidental, que priva el nen o la nena dels seus drets i el seu benestar, que amenaça o interfereix el seu desenvolupament físic, psíquic o social ordenat i els autors del qual poden ser persones, institucions o la pròpia societat”.

L'informe *Maltractament infantil a la família a Espanya* del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat 2011 situa la família com el segon context, després de la guerra, on hi ha major incidència de maltractament infantil. La literatura reitera que els casos de maltractament infantil que es detecten són entre el 10% i el 20% de la totalitat dels casos.

### ■ Situa la família com el segon context, després de la guerra, on hi ha major incidència de maltractament infantil.

Tal com afirma el Dr. Jordi Pou, cap dels Serveis de Pediatria i Urgències de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona i professor titular de Pediatria a la Universitat de Barcelona, en la seva obra *El pediatre i el maltractament infantil* (2010), el maltractament més freqüent és la negligència (quan les necessitats bàsiques de l'infant no estan cobertes), que representa aproximadament el 50% dels maltractaments, seguit del maltractament psíquic (27%), el físic (11%) i el sexual (6%).

Quant a l'edat, a l'estudi fet pel Departament de Benestar i Família *Maltractaments físics a nadons i menors de quatre anys* es mostra que el grup més afectat pel maltractament físic era el de 0 a 12 mesos (el 36,6% era dels/de les 41 menors de 4 anys).

Segons el Pla d'Infància i Adolescència de Catalunya, els principals tipus de maltractament infantil no es manifesten de manera pura o aïllada, sinó que ho fan de manera combinada.

Tot i la dispersió de dades sobre les característiques del maltractament, segons l'Observatori de la Infància de la Direcció General d'Acció Social del Menor i la Família, es dona una certa concordança en una sèrie de conclusions sobre les característiques personals i familiars i sobre les situacions socials que envolten els casos de maltractament, concordança de vegades extensible a les dades que es troben en altres publicacions internacionals. Aquests punts d'acord són els següents:

- El maltractament és una mica més freqüent entre els nois que entre les noies.
- S'ha confirmat que molts dels menors maltractats han patit més d'un tipus de maltractament.
- El maltractament es dona en infants de totes les edats. El maltractament físic és més freqüent en menors de 2 anys i l'abús sexual és més freqüent a partir dels 9 anys, i sobretot entre els 12 i els 15.
- En tots els casos hi ha una acumulació de factors de risc com són els escassos recursos de suport; s'addueixen també factors com ser nen prematur, patir malalties freqüents o ser hiperactiu; i sobretot situacions sociofamiliars com la desocupació, la desestructuració familiar, ambients mancats d'afecte, l'alcoholisme i la drogoaddicció, o un habitatge inadequat.

### 3. Descripció del Programa PRE-INFANT

#### 3.1. Objectius

En la línia preventiva se situa el Programa Preinfant. L'objectiu principal és protegir la salut física i mental del nadó, i ho aconseguim:

- Potenciant les competències marentals visibilitant, incorporant i/o recuperant les habilitats i/o els recursos necessaris per a una criança sana, responsable i segura.
- Afavorint la presa de consciència i necessitat de generar un vincle segur entre la mare i el/la nadó reduint al màxim els indicadors de risc existents.
- Fomentant la creació o l'enfortiment d'una xarxa de suport segura que impulsi l'autonomia i l'apoderament de la mare, trencant els cercles d'aïllament en què es troba.

Es fa un acompanyament en el complex procés d'assumir unes maternitats que sovint no són ni programades ni desitjades, o en l'altre extrem, molt idealitzades, posant les bases d'una vinculació saludable.

#### 3.2. Característiques de la població atesa

El Programa s'adreça a dones embarassades i/o amb fills/as entre els 0 i els 3 anys d'edat que es troben en alguna de les situacions de vulnerabilitat següents: maternitat prematura (mares joves adolescents), no gaudir d'un entorn familiar contenidor, tenir problemes de drogodependències, alcoholisme o salut mental, monomarentalitat, gran precarietat econò-

mica i social i, finalment, històries familiars marcades pel maltractament o abusos.

L'origen del programa, l'any 1998, se situa en l'atenció a les dones i famílies amb problemes de drogodependències i/o alcoholisme. En aquell moment un grup de professionals dels centres de drogodependències gestionats per ABD busquen la manera de donar resposta a la detecció de les complicacions obstètriques, derivades tant dels efectes de la droga com de les condicions de vida de les gestants. Així mateix, en aquells anys es contrasten indicadors que determinen que l'existència d'una drogodependència instaurada en els cuidadors/es primaris d'un/a menor pot conduir a situacions desestructurades i conflictives en el si de la família i a situacions de maltractament.

Actualment la major part d'usuàries ateses entren en programa atesa la seva maternitat prematura. L'embaràs en aquest període arriba de manera no planificada i necessita un seguit d'ajustaments psicosocials i familiars per garantir el benestar físic i emocional del futur nadó. La maternitat requereix nivells alts de maduresa, responsabilitat i estabilitat (emocional, laboral i econòmica). Assumir aquest esdeveniment en una etapa com l'adolescència implica riscos tant per a la mare com pel futur nadó (Carrillo *et al.*, 2004). La complexitat de la intervenció social amb adolescents embarassades radica en el fet d'haver de fer equilibris per desenvolupar i conjugar el fet de ser adolescent amb la maternitat prematura.

La majoria de joves atesos/es presenta una fragilitat emocional considerable, sovint amb històries vitals de pèrdues reiterades i dols no elaborats, així com mancances

■ **La majoria de joves atesos/es presenta una fragilitat emocional considerable, sovint amb històries vitals de pèrdues reiterades i dols no elaborats.**

afectives importants. A això se suma l'estressor que suposa afrontar la maternitat en situacions d'alta precarietat social, i sovint sense un entorn familiar contenedor (emocional/relacional). Les famílies d'origen poden reaccionar des de l'enuig, la distància i la culpabilització a l'adolescent. Aquest entorn complica encara més la situació de partida ja que l'adolescent ha de responsabilitzar-se íntegrament dels canvis que es produeixen; i en la majoria dels casos sense el suport del pare del nadó. Moltes i diferents tensions impactaran en la seva vida i influenciaran els seus plans futurs amb la repercussió principal sobre la seva educació i les relacions amb els seus propis pares, mares i entorn.

La preparació a la maternitat és necessària: preparació psicològica, redefinició de les relacions amb una mateixa i amb la parella, negociació de responsabilitats relacionades amb la cura del/a nadó i la possible redefinició de la pròpia identitat. Moltes mares adolescents no estan preparades per realitzar aquests canvis necessaris i això els genera conflictes que interfereixen amb les seves habilitats marentals i els dificulta la possibilitat de donar al nadó un ambient socioemocional adequat.

A aquest context evolutiu de les mares cal sumar-hi la situació econòmica cada cop més deteriorada de les famílies ateses. S'observen greus situacions de pobresa, amb la consegüent pèrdua d'oportunitats

a nivell biopsicosocial dels nens i les nenes. És rellevant esmentar l'existència de situacions laborals molt precàries (desocupació de llarga durada, exclusió del mercat laboral, dèficits formatius, impossibilitat de conciliar o responsabilitats familiars ineludibles, situació administrativa irregular, etc.) i grans dificultats per accedir a un habitatge digne (absència d'ingressos econòmics, ja sigui per desocupació o ajudes socials, desnonaments, etc.). Tots aquests aspectes agreugen la situació del cas i dificulten encara més l'estabilitat necessària per a l'atenció, atesa la manca d'arrelament a un territori i la dificultat en consolidar una xarxa de suport social.

A tall d'exemple, per tal de fer una radiografia de la població atesa al programa, observem un perfil de vulnerabilitat multifactorial que ve marcat per la manca de recursos econòmics (86% de les famílies), la maternitat prematura (80%), la manca de suport de la mare per part de la família d'origen (76%), els antecedents de maltractament de la mare (40%), la monomarentalitat (33%), els problemes de salut mental diagnosticats (23%) o els casos de drogodependències (16%).

### 3.3. Models teòrics de referència

Preinfant se serveix de models teòrics que permeten observar, analitzar i comprendre d'una manera òptima la realitat en què s'intervé i el propi model d'intervenció que proposa des de l'abordatge social i psicològic. Es compta amb la formació sobre **psicologia evolutiva**, mitjançant la qual s'observen els canvis conductuals i psicològics dels infants; la **teoria del vincle**, que manté com a principi que un recent nascut necessita desenvolupar una

relació amb almenys un/a cuidador/a principal per tal que el seu desenvolupament social i emocional es produeixi amb normalitat; la **teoria general de sistemes**, que facilita l'observació de l'individu 'en relació' i no de manera aïllada o individual, entenent que el canvi en un membre del sistema repercutirà en la seva totalitat; i finalment, la **teoria ecològica de Bronfenbrenner**, un model que ajuda a tenir una perspectiva global del context que influeix en el desenvolupament d'un individu.

### 3.4. Principis de la intervenció

Així mateix, el projecte, després de 17 anys de recorregut, s'assenta en uns principis rectors que guien el treball de les professionals i de totes les intervencions que es donen en el marc de Preinfant. En primer lloc, el projecte se centra en **l'interès superior de l'infant**, entès com la satisfacció integral dels seus drets i assegurant la seva protecció i benestar. Es treballa des de l'impuls d'una **marentalitat positiva**, segons la qual l'objectiu de ser pares i mares és promoure les relacions positives amb els fills/es, per tal de garantir els drets del/la menor al si de la família a través de vincles afectius càlids, entorns estructurats, estimulació i suport, el reconeixement i la capacitació i educació sense violència.

- **El projecte se centra en l'interès superior de l'infant, entès com la satisfacció integral dels seus drets i assegurant la seva protecció i benestar.**

La resta de fonaments giren al voltant d'una intervenció que situa al **centre la**

**persona**, tot impulsant i facilitant que participi activament del seu propi procés d'atenció i, per tant, assegurant que sigui el principal **agent de canvi**. Es busca que la família aconsegueixi canvis en la seva situació per millorar la vida dels seus fills/es instaurant una mirada cap al nadó que englobi tant la unicitat com la complexitat. Les dimensions neurològiques, intel·lectuals, emocionals i socials de l'infant, individualment diferents, interactuen conjuntament per crear una persona que és més que la suma de les seves parts. La professional treballa des d'una mirada àmplia que atén totes les peculiaritats i complexitats de la situació. Una mirada a la persona i no a l'objecte d'intervenció. Cal partir de la base que en la major part dels casos el programa atén dos menors en moments vitals diferents, però cal que ambdós estiguin protegits i procurar fer-los créixer de manera sana.

Amb aquest objectiu es treballa fomentant les capacitats **resilients** i assegurant factors protectors tals com referents afectius, records de moments feliços, persones que l'han estimat, etc. Es planifica la intervenció també des d'una **perspectiva de gènere**, atès que el treball es fa en tots els casos amb les dones (i altres membres de la família o entorn), i es requereixen eines i abordatges adaptats.

### 3.5. Metodologia i desenvolupament del programa

En qualsevol cas, des de Preinfant s'intervé sota una metodologia dinàmica, oberta i flexible, adequant el procés a les circumstàncies, motivacions, demandes i/o necessitats verbalitzades i/o visibilitzades de les famílies. Existeix una avaluació i

ajust continuat entre la mare i l'infant, la intervenció i la xarxa existent per construir un procés circular de qualitat i millora.

Les famílies que s'atenen sovint tenen en la seva història de vida antecedents complexos i/o situacions tan difícils com internament institucional, fracassos en la criança, antecedents de maltractament i/o abusos; o experiències prèvies d'haver rebut atenció molt mediatitzada pel control. Per això, sovint existeixen importants resistències per generar nous vincles de suport terapèutic, ja que se senten perseguïdes, qüestionades i controlades en les seves funcions marentals.

En aquest sentit, des de Preinfant s'observa que, quan es comença a intervenir durant l'etapa prenatal, les resistències a rebre ajuda disminueixen, es vinculen al servei amb major facilitat i millora l'aliança terapèutica, i se senten ateses i acompanyades en un moment de major vulnerabilitat. De fet, les dades de les famílies que entren al programa expressen el que s'ha treballat amb els serveis derivants durant tots aquests anys: només un 13% de les dones entren en programa amb un fill/a menor de 3 anys, la resta ho fan embarassades. Hi ha un missatge implícit: "es pot compartir un propòsit, ajudar a créixer, a néixer, a cuidar". Si s'aconsegueix l'aliança de treball es garanteix una major adheència a la posterior intervenció i incidir precoçment en el desenvolupament de les competències marentals permet prevenir possibles situacions de maltractaments prenatals (especialment les derivades de falta de seguiment medicoginecològic i/o del consum actiu de tòxics), permet realitzar un acompanyament en el complex procés d'assumir unes maternitats que sovint no

són ni programades ni desitjades; permet ajudar a incorporar un rol matern i patern suficientment sa que passa per revisar els seus models de criança, com els han tractat com a fills/es, per exemple.

La intervenció en el període prenatal permet que es pugui anar construint un espai físic i mental per al seu futur fill/a de manera que puguin acollir-ho en les millors condicions possibles i respondre a les seves necessitats. Com més aviat pugui començar aquest treball, millor pronòstic es pot esperar.

En tot aquest procés el programa ofereix **suport emocional i treball del vincle durant l'embaràs i posteriorment amb el/la bebè**, amb la finalitat d'afavorir una vinculació confortable i potenciar les competències marentals; **suport en les cures de l'embaràs, pautes i habilitats de criança**; i **dinamització dels recursos de la xarxa** amb la finalitat de, en cas de ser necessari, fomentar l'adheència de les famílies amb la xarxa social i professional.

A nivell operatiu Preinfant rep els casos principalment derivats de serveis socials de territori, però també de serveis sanitaris, centres de tractament de drogues, equips d'infància, entre altres. Així mateix les famílies poden dirigir-se directament, i des de fa ja 3 anys s'ha posat en funcionament el portal web **preinfant.org** i un **entorn de xarxes socials** (Facebook i Twitter) en el qual s'ofereix informació sobre l'embaràs en joves a través dels seus canals, i es garanteix un espai d'atenció i assessorament en línia a joves embarassades.

En tot el procés d'acollida dels casos derivats es treballa en un marc de referència càlid, cordial i professional, mante-

nint una actitud empàtica i d'escolta activa que faciliti el vincle terapèutic, i per tant l'èxit d'adherència al procés d'intervenció.

Tenint en compte la diagnosi i el perfil de població a què s'adreça el programa, es fa un diagnòstic ampli a través d'una exploració en profunditat de la situació familiar, social, sanitària, educativa, laboral, i els factors de risc i protecció existents i detectats. S'exploren les necessitats i oportunitats que presenta el cas, els factors causals i els condicionants de risc, es treballa amb un pronòstic compartit de la situació en un futur immediat i a mitjà termini, s'identifiquen els recursos, es determinen prioritats, etc., amb l'objectiu d'establir una estratègia d'intervenció.

A través del diagnòstic i hipòtesi de treball s'elaboren els Plans de Millora amb la família. Contenen els objectius (concrets i assolibles) i activitats a realitzar durant el procés d'intervenció en les àrees que engloba el projecte (vinculació i criaça, creació de xarxes de suport, vinculació a recursos, desenvolupament d'habilitats, etc.) i adaptats al moment evolutiu (durant l'embaràs, des del naixement fins als sis mesos del nadó, dels set als disset mesos, i finalment dels divuit als tres anys de vida). Cadascun d'aquests Plans posa l'accent a aspectes de vinculació i criaça propis del moment evolutiu, amb l'objectiu de finançar un patró de vinculació, treballar les actituds, cures i hàbits saludables, identificació de les demandes del nadó i les respostes que s'hi ha de donar i seguiment mèdic, entre molts altres.

El treball amb les mares i les famílies es porta a terme a partir de diversos mecanismes: el treball a domicili, la visita

hospitalària, les visites d'acompanyament, l'accés permanent al professional fàcilment localitzable, l'oferta flexible a l'hora de programar les visites, i tècniques com la videointervenció amb la família.

Des de l'any 2010, atès la situació d'emergència social que es detecta en les dones embarassades de Preinfant, ABD disposa de Pisos maternoinfantils per assegurar l'allotjament de les dones i un espai segur i protegit per rebre el nadó en el seu primer temps de vida. És en qualsevol moment del procés de la dona, en cas de detectar situacions de risc per al nadó i per a ella mateixa (insalubritat, amuntegament, conflictivitat familiar, indigència, desnonament, etc.) que es fa una derivació als serveis propis que ABD ha desenvolupat.

En tots els casos Preinfant manté un seguiment postalta passats els sis mesos de l'acabament de la intervenció. L'avaluació del tancament és una etapa primordial en què es du a terme **l'avaluació del canvi**. Mitjançant un qüestionari adaptat es recullen els indicadors que permeten observar i conèixer l'evolució del cas en les àrees d'intervenció del programa. Concretament aconseguix millorar els aspectes psicològics de les famílies en un 83% dels casos, els coneixements i hàbits sanitaris en el 82%, els aspectes socials en el 70% dels casos (tot l'alt condicionament social de les famílies), les relacions de la xarxa formal en un 81%, gràcies a un treball d'alta intensitat relacional amb la xarxa de suport formal (en un any es fan al voltant de 40 accions de coordinació per família amb serveis públics i privats) i un 60% de les relacions informals (especialment rellevant atès el treball amb la família d'origen amb les mares adolescents).



## 4. Conclusió

Des de l'extensa experiència en programes d'atenció i prevenció al maltractament infantil, s'ha pogut constatar l'eficàcia de la intervenció en el període prenatal i en els primers anys de vida del/de la bebè, reduint i/o eliminant indicadors de risc que afavoreixen i asseguren la seva protecció,

sent imprescindible per al seu desenvolupament integral posterior.

Des d'ABD creiem que una acció preventiva que es desenvolupi de manera efectiva en la fase prenatal, natal i postnatal és fonamental com a element contenidor i preventiu de la possibilitat d'aparició de situacions de risc per a la infància.

## Bibliografia

- 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. *Convención sobre los Derechos del Niño 1989*. DL-M-26132-2006.
- Espanya. *Protección Jurídica del Menor, competencias y medidas de protección (riesgo o desamparo) en casos de maltrato infantil*. Ley Orgánica 1/1996. 15-01-1996. 14 pàgines. <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-1069>
- Catalunya. *Dels Drets i les oportunitats en la Infància i l'Adolescència*, Llei 14/2010. 27-05-2007. 62 pàgines. <http://www.boe.es/boe/dias/2010/06/28/pdfs/BOE-A-2010-10213.pdf>
- Catalunya. *Llei de Serveis Socials de Catalunya*. Llei 12/2007. 11-10-2007. 30 pàgines. <http://www.boe.es/boe/dias/2007/11/06/pdfs/A45490-45519.pdf>
- Espanya. *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 pàgines.
- [http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA\\_2013-2016.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf)