

# Programa per a testimonis de violència domèstica (programa TEVIST): donant veu a una realitat silenciosa

**Fernando Lacasa**

Child and Adolescent Mental Health Research Group. Institut de Recerca Sant Joan de Déu  
 Department of Child and Adolescent Mental Health. Hospital Sant Joan de Déu

**Anna Butjosa**

Child and Adolescent Mental Health Research Group. Institut de Recerca Sant Joan de Déu  
 Department of Child and Adolescent Mental Health. Hospital Sant Joan de Déu  
 Etiopathogenesis and treatment of gray mental disorders (MERITT), Institute of Recerca Sant Joan de Déu

Biomedical Research Networking Center in Mental Health (CIBERSAM), Madrid

**María Angeles Navarro**

Department of Child and Adolescent Mental Health. Hospital Sant Joan de Déu

**Eva Maria Ortiz-Jiménez**

Department of Child and Adolescent Mental Health. Hospital Sant Joan de Déu

**Teresa Richart**

Department of Child and Adolescent Mental Health. Hospital Sant Joan de Déu

**TEVI Group[1]**

Department of Child and Adolescent Mental Health. Hospital Sant Joan de Déu

**CCAMH Group[2]**

Department of Child and Adolescent Mental Health. Hospital Sant Joan de Déu

**Mar Álvarez-Segura**

Child and Adolescent Mental Health Research Group. Institut de Recerca Sant Joan de Déu

Department of Child and Adolescent Mental Health. Hospital Sant Joan de Déu

**Rebut:** 22.03.2024 **Acceptat:** 07.04.2024

**DOI:** <https://doi.org/10.32093/ambits.vi60504955>

## Resum

### **Programa per a testimonis de violència domèstica (programa TEVIST): donant veu a una realitat silenciosa**

L'exposició a la violència domèstica és un tipus de maltractament amb conseqüències equiparables a les del maltractament directe. Dues tercers parts d'aquestes nenes, nens i adolescents tenen problemes de salut mental, així com problemes en el desenvolupament, cognitius, socials i escolars. Però la violència domèstica és un problema silenciós i aquests infants arriben als centres de salut mental infantil i juvenil amb multitud de símptomes psicològics que poden ser erròniament diagnosticats i tractats si no es detecta la violència patida. El Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) de Cornellà va crear fa més de 20

anys un programa per a detectar, diagnosticar i tractar específicament els problemes de salut mental relacionats amb el maltractament i l'exposició a la violència domèstica. El programa s'ha escalat i implementat a quatre CSMIJs i Hospitals de Dia, que com el de Cornellà, formen part de l'àrea comunitària de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Aquest treball explica les característiques principals del programa i els tractaments desenvolupats.

**Paraules clau:** violència domèstica, maltractament, nens, nenes, adolescents, salut mental, programa.

### **Abstract**

#### **Program for witnesses of domestic violence (TEVI program): giving voice to a silent reality**

Exposure to domestic violence is a type of abuse with consequences comparable to those of direct abuse. Two-thirds of these children and adolescents suffer mental health problems, as well as developmental, cognitive, social and school problems. But domestic violence is a silent problem, and these children arrive at child and adolescent mental health centers with a multitude of psychological symptoms that can be misdiagnosed and mistreated if the violence suffered is not detected. The Child and Youth Mental Health Center (CSMIJ) in Cornellà created a program more than 20 years ago to specifically detect, diagnose and treat mental health problems related to abuse and exposure to domestic violence. The program has been scaled up and implemented in four other CSMIJs and Day Hospitals, which, like the one in Cornellà, are part of the Hospital Sant Joan de Déu in the Barcelona community area. This paper explains the program's main characteristics and the treatments being developed.

**Keywords:** domestic violence, abuse, child, adolescent, mental health, program

## **Introducció**

### **L'exposició a la violència domèstica és un problema de salut.**

Els infants i els adolescents testimonis de violència consulten freqüentment la Xarxa de Salut Mental de Catalunya, encara que aquesta realitat no es coneix suficientment. Segons dades publicades, el 19% dels infants i adolescents atesos en els Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) de Barcelona i la seva àrea metropolitana són Testimonis de Violència Domèstica (TVD), és a dir, han vist o escoltat als seus pares com s'empenyien, colpejaven o trencaven objectes durant les seves discussions (Olaya et al., 2010).

Els estudis informen que a la població general hi ha una prevalença d'exposició infantil a la violència cap a un cuidador dels infants d'aproximadament un 10% per a una sola exposició i un 5% per a una exposició repetida (Annerbäck, Wingren, Svedin i Gustafsson, 2010). Aquestes dades han empitjorat amb la pandèmia i l'any 2021, la Fundació ANAR va atendre un 49,5% més d'infants i adolescents TVD respecte al 2019 (ANAR, 2021). Això va provocar un augment del nombre d'infants, adolescents i famílies a tractar i ser acompanyats pels serveis de salut mental, augmentant la demanda dels serveis que ja estaven tensionats (Katz et al, 2021).

## **Les conseqüències després de l'exposició a la violència.**

L'exposició a la violència és un poderós factor de risc de salut mental i física i de desadaptació social. L'evidència dels TVD ha mostrat conseqüències negatives a curt i llarg termini. El 63% d'aquests infants i adolescents TVD tenen pitjor salut mental, comparats amb els no exposats a violència domèstica (Kitzmann et al., 2003; Kitzmann M., 2010).

Els problemes de salut mental no es limiten als símptomes del Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT), sinó que inclouen seqüeles emocionals i conductuals (Carrion i Kletter, 2012). La primera conseqüència estaria relacionada amb un empitjorament del **funcionament emocional**, que es a la base de símptomes d'hiperexcitació, evitació, cognicions i estat d'ànim negatiu (Horn et al, 2016; Galano, 2019), així com taxes més altes de depressió, ansietat i ira en comparació amb els infants abusats directament (Kitamura, 2006; Shukla i Wiesner, 2015), i una probabilitat major de patir trastorn d'estrès posttraumàtic(TEPT), i conductes autolesives (Edleson, 1999; Morrel, Dubowitz, Kerr, & Black, 2003; Olaya et al., 2010). Una segona conseqüència és un **funcionament conductual** problemàtic, doncs l'exposició a la violència domèstica s'ha relacionat amb un comportament antisocial externalitzant (Spilsbury, 2008; Schwab-Stone et al. 1999). Una tercera àrea afectada és l'**ajustament social**, amb un major risc de dificultats en les relacions entre iguals durant la infantesa i adolescència (Hlavaty&Haselschwerdt, 2019) i menys habilitats de comunicació i de resolució de conflictes (Gleason, 1995; Wolfe, Jaffe, Wilson, & Zak, 1985); així com major probabilitat de ser víctima de bullying i d'aïllament.

El vincle afectiu o aferrament és el factor mediador d'aquests problemes i símptomes psicopatològics. L'aferrament és el primer i més important factor de regulació emocional i organitzador de les conductes de socialització del primers anys de vida (Lacasa, 2024). Quan un cuidador o cuidadora enlloc de cuidar i protegir a l'infant, agradeix a l'infant o a la seva mare de la que depèn, provoca en l'infant una reacció paradoxal: es troba entre una reacció de fugida del perill i una reacció de cerca de proximitat i refugi amb la mateixa persona agressora. Això provoca un trauma en el vincle que inclou un vincle desorganitzat durant la infància (Spencer et al 2021; Condino 2022). De manera que s'ha de tenir en compte que darrera dels símptomes relacionats amb l'exposició a la violència domèstica hi ha un problema d'aferrament.

En quart lloc, hi ha les conseqüències en el **funcionament cognitiu**: el TVD pateix efectes negatius com dificultats en les tasques escolars, menor capacitat verbal (Hungerford et al., 2012) i menor coeficient intel·lectual que els infants no exposats (Koenen, Moffitt, Caspi, Taylor, & Purcell, 2003). Finalment, la cinquena conseqüència és la **salut somàtica i els estats i desenvolupament neurobiològics** (Forke et al., 2019; Tsavoussiset al., 2014). L'exposició a la violència s'associa amb pitjor salut física general, durant l'embaràs s'incrementa el risc de mort del bebè i a la primera infància es dobla el risc de ser diagnosticat d'asma. Presenten entre 2 i 30 vegades més problemes d'estrenyiment, nàusees, esgotament, dificultats per dormir, malsons i mal de panxa. A

la adolescència tenen més problemes d'obesitat (Howell et al., 2016). Aquests riscos físics i psicològics són els mateixos en regions i cultures disperses com Palestina o els Països Baixos (Achenbach et al., 1987; Howell et al., 2016).

Els TVD tenen un risc més elevat d'exposició a altres tipus d'esdeveniments (Dong et al., 2004). Per altra banda presenciar la violència en la infància augmenta el risc de ser una persona agressora a l'edat adulta, ser víctima de violència domèstica i d'abusar dels propis fills i filles en el futur (Bevan i Higgins, 2002; Rodriguez et al. 2009; Morrel et al. 2003; Jankowski et al., 1999). L'exposició a la violència, juntament amb el maltractament directe i l'abús sexual, són els predictors més fiables i gairebé únics de patir o fer patir violència domèstica a l'edat adulta (Bevan & Higgins, 2002; Jankowski et al., 1999; Morrel et al., 2003). Una recerca realitzada en el Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) de Cornellà, va confirmar aquesta **transmissió generacional de la violència**: el 80% de les dones maltractades i homes maltractadors, havien estat TVD durant la seva infància (Rodriguez et al., 2009).

Els estudis realitzats afirmen que els TVD, estan tan afectats com els directament maltractats i tenen la mateixa taxa de problemes psíquics, físics, socials, i escolars (Augustyn & McAlister, 2005; Kitzmann et al., 2003; Zuckerman et al., 1995). A més, el pas del temps per sí sol, no redueix els problemes dels nens i nenes testimonis de violència (Overbeek et al., 2015). Molts TVD tenen TEPT i, si no es tracten, pot haver-hi implicacions psicològiques duradores, dificultats educatives i un augment dels costos de l'assistència sanitària (Makley i Falcone, 2010). Donats els efectes greus de ser TVD, el desenvolupament i el tenir proves empíriques que validin les intervencions és una de les prioritats més urgents.

### **La clau en la detecció de la violència.**

En el nostre país, el Col·legi de Metges recomana la detecció de la violència domèstica a tots els nivells d'atenció (Arrizabalaga & Santià, 2012). Les associacions americanes de pediatria i medicina familiar també recomanen el cribratge de la violència domèstica, ja que són el primer punt de contacte de la població amb el sistema sanitari. Actualment el problema està infrarreconegut, infradiagnosticat i infrattractat. Una sèrie de circumstàncies afecten als professionals a l'hora d'explorar la violència, com són la falta de temps en la consulta, una formació insuficient per explorar-la i el temor a retraumatitzar al pacient (Augustyn & McAlister, 2005; Groves, 1999).

La violència domèstica és una realitat silenciosa i els infants i adolescents TVD, no acostumen a ser detectats ni derivats als serveis de salut mental per aquest motiu. Es considera que les consultes de pediatria i medicina general són el lloc immillorable per detectar el problema i donar els primers passos vers la intervenció. Tot i això les guies de pràctica clínica, com la britànica NICE (National Institute for Clinical Guidance), recomana identificar els infants i adolescents TVD i que siguin derivats als serveis especialitzats per la seva protecció i tractament (National Institute for Clinical Excellence, 2014).

Donat el creixent coneixement de la vulnerabilitat crítica dels infants i adolescents al trauma i de les seves conseqüències a llarg termini, també s'ha de sensibilitzar als pares i mares de les famílies del risc i sobre la importància de protegir als infants i adolescents de la violència domèstica i comunitària. És aquí on el Projecte europeu RESCCUE (REcover Spaces for traumatized Children in CommUnitys Ettings), que us detallarem més endavant, posarà el seu gra de sorra.

### **Concepte d'exposició a la violència domèstica.**

El concepte d'exposició a la violència domèstica ha anat evolucionant. A l'inici es pensava que l'impacte i els efectes de la violència de parella en els infants només es donava quan estaven físicament presents en les situacions de violència. Posteriorment es va considerar que les situacions en les quals l'infant participa en els esdeveniments violents, els escolta o veu les seves conseqüències estaria dins del concepte d'exposició a la violència. Holden (2003; citat per Atenciano, 2009), proposa el concepte "d'exposició a la violència", per ser la més inclusiva incloent diverses situacions. L'infant o adolescent pot:

- a) Ser testimoni ocular de la violència.
- b) Escoltar paraules o actes violents quan es troba en una habitació propera.
- c) Ser testimoni de les conseqüències de la violència: veure a la seva mare ferida o plorant després d'una agressió o viure la visita de la policia.

Els infants i adolescents exposats a la violència domèstica pateixen profundament: veure maltractada a una persona que estimen i de qui depenen psicològicament, per una altra persona que també l'estimen, els produeix un enorme patiment. De manera que podem considerar que l'exposició a la violència és un tipus de maltractament. Prova d'això és que les conseqüències per a la salut que té un TVD, són pràcticament les mateixes que les produïdes pel maltractament directe.

### **Prevalença dels infants i adolescents testimonis de violència domèstica.**

S'està avançant molt en la visibilitat social de les dones maltractades, el 12,5 % de la població espanyola (Delegación Gobierno para la Violencia de Género (2015)), però no es percep la dimensió de l'exposició dels infants i adolescents a la violència domèstica.

El 63,6% de les dones que han patit violència domèstica a Espanya afirma que els seus fills i filles estaven presents o van escoltar els episodis de violència (Delegación Gobierno para la Violencia de Género, 2015). El 92,5% d'aquestes dones afirma que els seus fills i filles eren menors de 18 anys quan van succeir els fets. En tot cas, aplicant les ràtios de la Macroenquesta (2019), implicaria que un total de 2.312.718 infants i adolescents menors de 18 anys han estat exposats a la violència domèstica a Espanya. A més, el 64,5% d'aquests TVD, segons les dones maltractades, van patir violència directa, el que fa un total de 1.484.765 infants i adolescents. Si apliquéssim aquestes dades a la població de Catalunya (cens 2011), trobaríem que 370.833 infants i



adolescents menors de 18 anys estarien exposats a violència domèstica, i que 238.075 infants i adolescents, haurien estat a més directament maltractats.

### **Parentalitat en infants i adolescents testimonis de violència domèstica.**

Segons Atenciano (2009), les dones maltractades descriuen a l'agressor com un pare amb poc contacte amb els fills i filles, que s'enfada sovint amb ells i exerceix més pràctiques educatives negatives que positives. Els professionals que treballen amb aquests homes els descriuen com pares controladors i autoritaris, que fan ús dels menors contra les mares i soscaven l'autoritat de la mare davant els menors. Segons algunes recerques, la dona maltractada, com a mare, pateix nivells elevats d'estrès, depressió i ansietat com a conseqüència de la violència que han patit. I degut a aquests trastorns tenen més probabilitat de ser agressives amb els seus fills i filles (Atenciano, 2009).

En referència a les intervencions terapèutiques, s'observa que les intervencions més efectives per disminuir els símptomes externalitzants i internalitzants dels infants i adolescents, són aquelles que combinen les intervencions amb els infants i adolescents amb les intervencions sobre la relació entre les mares i els seus fills i filles, és a dir, en el seu vincle afectiu (Graham-Bermann, Lynch, Banyard, DeVoe, &Halabu, 2007).

## **Característiques del programa TEVIST**

El programa TEVIST es va crear en 2005 en el CSMIJ de Cornellà, quan ens vam adonar que una gran part de les famílies que compartíem entre el CSMIJ i el Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA), no eren famílies on el problema principal del pares fos un problema de salut mental, sinó que eren famílies amb problemàtiques de violència domèstica. Era un nombre tan elevat que vam decidir fer un programa propi.

A partir de llavors el programa TEVIST es va desenvolupar a la resta del CSMIJs i Hospitals de Dia (HD) que depenen del Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona, és a dir, Garraf, Alt Penedès, Granollers i Mollet. En aquest treball explicarem com s'està fent al CSMIJ de Cornellà, que és el lloc a on el seu desenvolupament es més complert.

A nivell comunitari, es coordina, no només amb els serveis de salut mental d'adults, sinó també amb els serveis d'atenció a les dones víctimes de violència de gènere, amb serveis socials, cossos de seguretat, educació, pediatres i departament d'igualtat dels ajuntaments de cada una de les cinc localitats (Cornellà, Vilanova i la Geltrú, Alt Penedès, Granollers i Mollet). Es tracta de l'únic programa específic a nivell nacional per a l'atenció a TDV, integrat a la xarxa pública de salut mental infanto-juvenil.

### **Objectius generals del programa:**

1. Millorar la detecció i seguiment dels infants i adolescents testimonis de violència masclista.
2. Integar-se en els circuits d'atenció a les dones maltractades i les seves famílies a la comunitat.
3. Formar a professionals sanitaris per detectar i atendre als infants i adolescents en situacions de violència masclista incorporant perspectiva gènere i biopsicosocial.
4. Elaboració de materials, guies i manuals per la detecció, atenció i tractament dels infants i adolescents exposats a violència masclista amb problemes de salut mental.
5. Donar a conèixer, entre la població i entre els professionals de la salut, els recursos en violència masclista existents en el territori i participació i sinergies amb altres organitzacions que treballen en l'àmbit de la protecció als infants.
6. Recerca: Implementar un protocol d'avaluació, creació de bases de dades i recerca en l'anàlisi de dades, per a l'obtenció coneixement científic i indicadors.

### **Detecció, derivació i diagnòstic.**

El programa ha desenvolupat un protocol per a la detecció i l'exploració de la situació de violència del nen/a, així com l'estat psicològic i emocional en el que es troba i la seva situació psicosocial. El procediment es pot iniciar a atenció primària o al mateix CSMIJ i té sistematitzada la recollida de dades mitjançant entrevistes i proves psicomètriques, amb una finalitat clínica i de recerca.

L'exploració de l'exposició a la violència domèstica es realitza a totes les famílies que són derivades per qualsevol motiu de consulta clínica als CSMIJs de referència, és a dir, els motius de consulta han de ser clínics. No es fan valoracions si el cas no té un motiu de consulta de salut mental detectat. Primer, es fa una valoració dels indicadors d'exposició a la violència domèstica i maltractament de manera clínica o amb el qüestionari Woman Abuse Screening Tool (Brown, Lent, Brett, Sas, & Pederson, 1996). Si els indicadors són positius, s'explora en profunditat a nivell clínic i social. Treball social programa una visita preferent per avaluar les característiques de la violència a la qual ha estat exposat l'infant o adolescent, la situació social i de seguretat de la família en l'actualitat i s'orienta en la relació amb el circuit de protecció social, sanitària i jurídica del sector. Posteriorment, es programen les visites d'avaluació clínica, i a partir de l'avaluació clínica i l'avaluació psicosocial, s'estableix un diagnòstic precís i un pla de tractament adequat.

Al CSMIJ de Cornellà es detecten cada any entre 200 i 250 casos nous. Al 2023 els principals serveis derivants de casos amb un problema de violència i salut mental han estat els equips psicopedagògics (EAP) i els equips pediàtrics. No obstant, hi ha una diferència en aquestes derivacions: els pediatres detecten els problemes de violència domèstica en la meitat dels casos i els equips psicopedagògics ho fan en el 20% del casos (Memòria 2023 del Programa TEVI, CSMIJ de Cornellà).

Els principals motius de consulta són els problemes de conducta, seguit d'ansietat i de tristesa, tant en nenes com en nens. En quant als diagnòstics, observem que els més freqüents són els trastorns reactius, seguit del TEPT i en tercer lloc els problemes d'ansietat i depressió en les nenes i els problemes de conducta en els nens/nois.

### **Intervencions psicoterapèutiques.**

Les guies internacionals de tractament de pacients TVD recomanen que una vegada s'ha establert la seguretat en la família, és moment d'oferir diferents intervencions psicoterapèutiques. Per als menors es recomanen intervencions que incloguin teràpia individual, grupal i familiar. El tractament s'orienta, tant a millorar la salut mental i tractar el problemes i símptomes psicopatològics, com a recuperar les dinàmiques relacionals mare-fill/a alterades per la violència.

Un component essencial de la intervenció amb menors TVD és la prioritat de recolzar i enfortir la relació entre el menor i el progenitor no maltractador. Per la majoria dels menors una relació forta amb un dels pares és un factor clau per la bona evolució dels efectes traumàtics que provoquen les experiències de violència domèstica (*National Child Traumatic Stress Network, 2015*).

Les intervencions psicoterapèutiques són essencials per a disminuir el risc de transmissió generacional de la violència, risc que s'eleva a 80% segons dades del propi CSMA de Cornellà (Rodríguez et al., 2009). Els mecanismes d'aquesta transmissió generacional són tant psicològics com relacionals, per la qual cosa l'acció combinada dels diferents abordatges poden disminuir-ho.

#### ***Teràpia individual.***

L'objectiu principal d'una intervenció terapèutica individual és el d'ajudar en l'elaboració del trauma viscut i que l'infant pugui reparar la seva història personal que ha quedat molt danyada (Gómez, 2024). Segons Gómez no s'han d'abordar els aconteixements traumàtics abans que el pacient hagi dipositat un mínim suficient de confiança en el terapeuta. Fins i tot llavors és necessari avançar amb cura i donant sempre la llibertat al pacient de parar el relat quan ho desitgi. S'han d'identificar persones positives per al pacient, persones que l'hagin tractat bé i que representen un aferrament segur, per a poder evocar-les en determinats moments difícils. En funció de l'edat del pacient, les eines terapèutiques que es plantegen són les següents: el joc, el dibuix, la música i altres activitats que sostinguin la relació terapèutica, alhora que afavoreixen la simbolització i la mentalització, processos que acostumen a estar molt danyats i són fonamentals per a recuperar el funcionament mental.

#### ***Teràpia familiar.***

L'abordatge familiar s'ha de realitzar sempre i quan s'hagin pres les mesures necessàries per a frenar el maltractament i els nens no estiguin corrent cap risc. Cal valorar molt bé la inclusió del pare maltractador, perquè en molts casos això no és possible perquè no hi



ha cap desig de canvi. Les dinàmiques violentes vigents a la família, en moltes ocasions han minvat les capacitats parentals de la mare i la personalitat i rols dels fills i filles, de manera que són freqüents les interaccions disfuncionals. Interaccions que es mantenen després que ja no hi sigui el pare maltractant, de manera que la capacitat parental de les mares és un factor decisiu en la recuperació del fill (Levendosky et al., 2003; Overbeek et al., 2015). El focus de la teràpia familiar pot diferir segons els següents fenòmens: sotmetre a l'infant a conflictes de lleialtats, inversió de rols en què generalment les nenes compleixen funcions marentals i parentals, els comportaments sabotejadors per un o ambdós pares, la projecció en el fill o la filla de rols o actituds de l'altre progenitor, etc.

***Psicoteràpia de Grup de Regulació Emocional i de Relacions Interpersonals (TREI.)***

A l'any 2014 es va publicar el llibre "Tratamiento de Regulación emocional e Interpersonal para Niños y Adolescentes" (TREI), creat per l'equip TEVIST (Lacasa, Álvarez, Navarro, Ortiz, & Richart, 2015). El TREI és una modalitat de psicoteràpia de grup semi-estructurat i ha estat dissenyat per tractar infants i adolescents TVD, tot i que també podria ser utilitzada amb pacients que han patit altres tipus de traumatismes. El tractament TREI consta de 12 sessions de 75 minuts de durada cadascuna i existeix una versió de nens (8-11 anys) i una altra d'adolescents (12-16 anys). Els objectius de la teràpia de grup TREI són els d'afavorir la mentalització, retornant als participants la possibilitat de pensar les seves emocions i reconèixer-les tant en si mateixos com en els altres, per a disminuir el risc de veure's desbordats per elles. En segon lloc, reconèixer alguns dels símptomes posttraumàtics que pateixen. En tercer lloc, millorar la seva capacitat de relació amb els altres, la qual cosa implica parar esment a les seves reaccions i promoure conductes alternatives a l'agressió a l'altre o a la inhibició i la paràlisi.

***Programa TEVICAN: teràpia assistida amb gossos.***

Aquest programa es va desenvolupar al CSMIJ de Cornellà amb suport del Centre de teràpies Assistides amb Cans (CTAC). La proposta de la inclusió de la teràpia amb gossos està recolzada per la literatura. Per una banda es coneix que la presència dels animals amb nens i nenes produeix una disminució de l'ansietat basal (Dizon, 2008): els menors veuen l'animal com un element neutre que no els jutja. D'altra banda, la capacitat de confiança d'aquests nens i nenes que han crescut en ambients violents queda freqüentment afectada pel que no confien fàcilment en un terapeuta. Així mateix, una teràpia mare-fill/a, intervé en la relació entre aquest i el progenitor no agressor (la majoria de les vegades la mare) per millorar la relació entre tots dos, que moltes vegades ha quedat malmesa per l'experiència de violència.

### ***Programa TEVIVELA: Infants i Veles.***

El programa Infants i Veles està organitzat per la federació de Vela, l'Ajuntament de Cornellà i el CSMIJ. A través de diverses sortides en vaixell, amb aprenentatges de l'esport de la vela fonamentalment pràctics, es pretén proporcionar experiències satisfactòries de relació mare-fill/a, empoderament, goig i bon tracte. El treball d'equip, posa en joc els estils relacionals de mares i infants, i també els conflictes latents entre ells. Llavors l'acció de les terapeutes i el grup pot ser una oportunitat de modificació i millora de les relacions entre fills/es i mares. Un altre efecte positiu que hem observat és que les famílies participants en l'experiència Infants i Veles milloren l'adherència al tractament psicològic. Mares i fills/es expressen més confiança en el tractament.

### **Treball comunitari.**

El programa TEVIST segueix seguir les recomanacions de l'OMS (Organització Mundial de la Salut) i està integrat com a part del Circuit de detecció i acció de violència de gènere de la comunitat. Es treballa en estreta col·laboració amb els equips del Circuit Assistencial de la Violència. Es revisen les derivacions, s'estableixen estratègies conjuntes per millorar la vinculació dels casos i es fa un seguiment dels infants i adolescents, la mare i la família. Així doncs hi ha una coordinació constant amb professionals de la Xarxa comunitària: Serveis Socials, Centre de la Dona, Casa d'acolliment, Equips sanitaris, EAP, CSMA, etc. amb l'objectiu d'integrar els abordatges realitzats i donar el suport més idoni a cada cas i família de manera individualitzada.

### **Recerca.**

***Projecte Europeu RESCCUE (REcover Spaces for traumatized Children in CommUnitys Ettings).***

Al febrer de 2023 va iniciar el projecte europeu RESCCUE que té com a objectiu **recuperar i rescatar espais segurs de suport, detecció i prevenció de la violència domèstica i en línia en la infància i adolescència**. Aquest objectiu actua en diferents escenaris: educatiu i sanitari (centres d'atenció primària i mental). El projecte segueix un procés de cocreació, validació i implementació, és a dir, un procés constructiu amb el treball col·laboratiu entre els adolescents, docents i les famílies amb l'acompanyament dels professionals RESCCUE.

L'equip RESCCUE va crear un conjunt d'activitats per compartir els recursos generats conjuntament durant tallers escolars de 2h per a estudiants i professionals. El taller RESCCUE sobre **benestar mental per a estudiants** es va anomenar "Estimar-nos per reconnectar i es va crear un joc print&play sobre **ciberviolència per a l'alumnat** que va rebre el nom de "El meu paper en una situació de ciberviolència" on hi ha reptes de ciberseguretat. Pel que fa al taller sobre **benestar mental per a professionals de l'educació** es va anomenar "Cuida't per donar suport als altres" i el pack digital conté les següents activitats: 1) Compartir les emocions i les estratègies per gestionar-les i 2)

Detecció i actuació en casos de violència. Alhora es realitza un taller RESCCUE de **suport a les víctimes de violència per als professionals de l'educació** amb el nom de "El vincle: la clau d'un espai segur" que conté el següent contingut: 1) Pensar junts: La confiança epistèmica, 2) Compartir estratègies per construir vincles, i 3) Compartir recursos per construir vincles.

Respecte a la **secció RESCCUE famílies**, els tallers adreçats a famílies d'adolescents també es va realitzar un procés de creació/validació i implantació. En la fase de creació/validació es van realitzar grups focals amb famílies d'adolescents i entrevistes a professionals de la salut mental comunitària que estan en contacte amb famílies d'adolescents. Gràcies a aquest procés, a partir de l'experiència dels participants es van explorar i identificar les situacions de malestar que es podrien ajudar a prevenir mitjançant els tallers de relacions familiars anomenats "STOP malestar". En la fase d'implantació dels tallers durant l'any 2024 es realitzaran tres grups que s'iniciaran en paral·lel durant 8 sessions al segon trimestre escolar i, tres més, al tercer trimestre escolar. A continuació es mostra el contingut de les 8 reunions que es faran setmanalment amb una durada de 90 minuts: 1a trobada) Confiant en els altres per poder acompanyar els nostres adolescents; 2a trobada) La família, un entorn on créixer; 3a trobada) El que transmetem a través de la llengua; 4a trobada) Les necessitats dels infants i adolescents; 5a trobada) Per què ens costa tant posar límits?; 6a trobada) Què podem fer quan identifiquem que els nostres fills tenen relacions afectives que ens preocupen?; 7a trobada) Com prevenir i actuar davant les conductes de risc; i 8a trobada) Bons moments en família.

***Assaig clínic del Tractament Grupal de Regulació Emocional i desenvolupament d'habilitats interpersonals.***

S'està portant a terme un estudi anomenat "Assaig clínic del tractament grupal de regulació emocional i desenvolupament d'habilitats interpersonals en nens i adolescents testimonis de violència MERIT" (Manual of Emotional Regulation and Interpersonal abilities in children and adolescents group Therapy, PIC 90-20). L'objectiu principal és reduir la simptomatologia traumàtica, depressiva i ansiosa, la desregulació emocional, les dificultats interpersonals, els símptomes externalitzants i internalitzants i les queixes somàtiques. Alhora es valoraran les diferències entre el grup que fa la teràpia i el grup que no la fa en l'augment de la conducta prosocial a través del Tractament de Regulació Emocional i Interpersonal (TREI). El tipus de disseny és experimental prospectiu amb grup control dividit en dos subgrups d'edat (8-11 anys i 12-17 anys) (Memòria TEVIST 2023).

## Conclusions

El programa TEVIST va ser pioner en posar fa 20 anys l'accent en la necessitat de reconèixer el sofriment de les nenes, nens i adolescents exposats al maltractament de les seves mares. És un programa nou, en primer lloc perquè el seu focus són els infants i adolescents que tenen problemes de salut mental a causa de la violència domèstica o agreujada per aquesta. És una realitat poc tinguda en compte en àmbits clínics, la qual cosa augmenta el risc de diagnòstics i tractaments erronis. És un programa terapèutic i preventiu en disminuir el risc de desenvolupar o agreujar psicopatologia, perquè es coneix molt bé la relació entre l'exposició a violència i la psicopatologia infantil i adulta. És també preventiu de la repetició transgeneracional de la violència, fenomen també conegut pel qual les víctimes i victimaris d'avui es converteixen en víctimes i victimaris demà.

És un programa basat en l'evidència científica, realitzat per un equip multidisciplinar i que treballa col·laborativament amb les xarxes comunitàries del territori, tant de salut, com d'educació i serveis socials. La violència domèstica és un problema complex que afecta els infants, les famílies, la comunitat i a tota Societat. No existeixen solucions senzilles, pensem que des de l'àmbit de la salut mental infantil i juvenil el programa TEVST, reconeix aquesta complexitat, treballa amb ella i en aquests gairebé 25 anys d'existència, ha ajudat de centenars de nens, nenes adolescents i a les seves famílies.

## Referències Bibliogràfiques

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). "Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity". *Psychol.Bull.*, 101(0033–2909; 0033–2909; 2), 213–232.
- ANAR- Fundación. (2020). *Comparecencia de la Fundación ANAR ante la Comisión para la Reconstrucción social y Económica del Congreso de los Diputados con objeto de informar sobre los efectos del Confinamiento sobre los menores de edad en España* (pp. 1–13).  
<https://www.anar.org/wp-content/uploads/2020/05/Comparecencia-de-ANAR-en-el-Congreso-29-05-2020-4.pdf>
- Annerbäck, E.M., Wingren, G., Svedin, C.G., & Gustafsson, P.A. (2010). "Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden - Findings from a population-based youth survey". *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 99(8), 1229-1236.
- Arrizabalaga, P., & Santiñà, M. (2012). "L'abordatge mèdic de la violència envers les

- dones i llurs fills i filles". In *Quaderns de la Bona Praxi* (No. 31; Centrer d'estudis Col.Legials). [http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3612/qbp\\_31.pdf](http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3612/qbp_31.pdf)
- Atenciano Jiménez, B. (2009). "Menores Expuestos a Violencia contra la Pareja : Notas para una Práctica Clínica Basada en la Evidencia". *Clínica y Salud*, 20(3), 261–272.
- Augustyn, M., & McAlister, G. B. (2005). "Training clinicians to identify the hidden victims: children and adolescents who witness violence". *American Journal of Preventive Medicine*, 29(0749–3797; 0749–3797; 5), 272–278.
- Bevan, E., & Higgins, D. J. (2002). "Is Domestic Violence Learned? The Contribution of Five Forms of Child Maltreatment to Men's Violence and Adjustment". *Journal of Family Violence*, 17(3), 223–245. <https://doi.org/10.1023/A:1016053228021>
- Brown, J. B., Lent, B., Brett, P. J., Sas, G., & Pederson, L. L. (1996). "Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice". *Family Medicine*, 28(6), 422–428.
- Carrion, V.G., Kletter, H. (2012). "Posttraumatic stress disorder: shifting toward a developmental framework". *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 21(3):573-91. doi: 10.1016/j.chc.2012.05.004. Epub 2012 May 30. PMID: 22800995.
- Delegación Gobierno para la Violencia de Género (2015). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: Centro de Publicaciones.
- Dizon, M.-R. (2008). *Self-Disclosure Among Youth Exposed To Community Violence* (Issue February). Stanford University.
- Dong, M., Anda, R.F., Felitti, V.J., Dube, S.R., Williamson, D.F., Thompson, T.J., Loo, C.M., Giles, W.H. (2004) "The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction". *Child Abuse Negl*. 28(7):771-84. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.01.008. PMID: 15261471.
- Edleson, J. L. (1999). "Children's witnessing of adult domestic violence". *Journal of Interpersonal Violence*, 14(8), 839-870.
- Forke C.M., Catalozzi M., Localio A.R., Grisso J.A., Wiebe D.J., Fein J.A (2019). "Intergenerational effects of witnessing domestic violence: Health of the witnesses and their children". *Prev Med Rep*. 28;15:100942. <http://doi:10.1016/j.pmedr.2019.100942>. PMID: 31321205; PMCID: PMC6614529
- Gleason, W. J. (1995). "Children of battered women: developmental delays and behavioral dysfunction". *Violence and Victims*, 10(2), 153–160.
- Graham-Bermann, S. a, Lynch, S., Banyard, V., DeVoe, E. R., & Halabu, H. (2007). "Community-based intervention for children exposed to intimate partner violence: an efficacy trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 199–209. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.199>
- Groves, B. M. (1999). "Mental health services for children who witness domestic violence". *Future of Children*, 9(3), 122–132.
- Howell, K. H., Barnes, S. E., Miller, L. E., & Graham-Bermann, S. a. (2016).



- "Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood". *Journal of Injury and Violence Research*, 8(1), 43–57. <https://doi.org/10.5249/jivr...>
- Hungerford, A., Wait, S. K., Fritz, A. M., & Clements, C. M. (2012). "Exposure to intimate partner violence and children's psychological adjustment, cognitive functioning, and social competence". A review. *Aggression and Violent Behavior*, 17(4), 373-382. doi:10.1016/j.avb.2012.04.002
- Jankowski, M. K., Leitemberg, H., Henning, K., & Coffey, P. (1999). "Intergenerational Transmission of Dating Aggression as a Function of Witnessing Only Same Sex Parents vs. Opposite Sex Parents vs. Both Parents as Perpetrators of Domestic Violence". *Journal of Family Violence*, 14(3), 267–279. <https://doi.org/10.1023/A:1022814416666>
- Katz I., Katz C., Andresen S., Bérubé A., Collin-Vezina D., Fallon B., Fouché A., Haffeejee S., Masrawa N., Muñoz P., Priolo Filho S.,R., Tarabulsky G., Truter E., Varela N., Wekerle C. (2021). "Child maltreatment reports and Child Protection Service responses during COVID-19: Knowledge exchange among Australia, Brazil, Canada, Colombia, Germany, Israel, and South Africa". *Child Abuse Negl.* ;116(Pt 2):105078. <http://doi: 10.1016/j.chiabu.2021.105078>.
- Kitamura, T., Hasui, C. (2006) "Anger feelings and anger expression as a mediator of the effects of witnessing family violence on anxiety and depression in Japanese adolescents". *J Interpers Violence.* ;21(7):843-55. <http://doi: 10.1177/0886260506288933>. PMID: 16731987.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). "Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339–352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.339>
- Kitzmann M., K. (2010). *La Violencia Doméstica y su Impacto en el Desarrollo Social y Emocional de los Niños Pequeños* (R. E. Tremblay, R. G. Barr, & Rd. Peters (eds.)). Enciclopedia Sobre El Desarrollo de La Primera Infancia. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.339>
- Koenen K.C., Moffitt T.E., Caspi A., Taylor A., Purcell S (2003). "Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children". *Dev Psychopathol*, 15(2):297-311. <https://doi: 10.1017/s0954579403000166>. PMID: 12931829.
- Lacasa, F. (2024). *Memòria 2023 del Programa TEVI*. Cornellà de Llobregat: Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil.
- Lacasa, F. (2024). Maltrato, trauma y apego. In F. Lacasa & M. Alvarez (Eds.), *Niños y adolescentes atrapados en la violencia doméstica* (pp. 19–35).
- Lacasa, F., Álvarez, M., Navarro, M. Á., Ortiz, E., & Richart, M. T. (2015). *Tratamiento grupal de regulación emocional e interpersonal para niños y adolescentes* (F. Lacasa (ed.); 1st ed.). Ediciones Sant Joan de Déu.
- Levendosky, A. a, Huth-Bocks, A. C., Shapiro, D. L., & Semel, M. a. (2003). "The

- impact of domestic violence on the maternal-child relationship and preschool-age children's functioning". *Journal of Family Psychology*, 17(3), 275–287.  
<https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.3.275>
- Makley, A.T., & Falcone, R.A. (2010). "Posttraumatic stress disorder in the pediatric trauma patient". *Seminars in Pediatric Surgery*, 19, 292–299.
- Morrel, T. M., Dubowitz, H., Kerr, M. A., & Black, M. M. (2003). "The Effect of Maternal Victimization on Children: A Cross-Informant Study". *Journal of Family Violence*, 18(1), 29–41. <https://doi.org/10.1023/A:1021401414414>
- National Child Traumatic Stress Network. (2015). *Interventions for Children Exposed to Domestic Violence: Core Principles*. Child Trauma Home. <http://www.nctsn.org/content/interventions-children-exposed-domestic-violence-core-principles>
- National Institute for Clinical Excellence, N. (2014). *Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively* (N. National Institute for Clinical Excellence (ed.); No. 50; Issue February). [guidance.nice.org.uk/ph50](http://guidance.nice.org.uk/ph50)
- Olaya, B., Ezpeleta, L., de la Osa, N., Granero, R., & Doménech, J. M. (2010). "Mental health needs of children exposed to intimate partner violence seeking help from mental health services". *Children and Youth Services Review*, 32(7), 1004–1011. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2010.03.028>
- Overbeek, M. M., De Schipper, J. C., Willemsen, A. M., Lamers-Winkelmann, F., & Schuengel, C. (2015). "Mediators and Treatment Factors in Intervention for Children Exposed to Interparental Violence". *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, April 2015, 1–17. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1012720>
- Rodriguez, A. M., Perez, A., & Rojas, A. (2009). "The Secure Attachment as a Psychopathology's Protective Factor in a Sample of Battered Women". *4th International Attachment Conference 2009*.
- Shukla, K.D., Wiesner, M. (2015) "Direct and indirect violence exposure: relations to depression for economically disadvantaged ethnic minority mid-adolescents". *Violence Vict.* 2015;30(1):120-35. doi: 10.1891/0886-6708.vv-d-12-00042. PMID: 25774418
- Spencer, C.M., Keilholtz, B.M., Stith, S.M. (2021). "The Association between Attachment Styles and Physical Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization". A Meta-Analysis. *Fam. Proc.*, 60: 270-284. <https://doi.org/10.1111/famp.12545>.
- Spilsbury, J.C., Kahana, S., Drotar, D., Creedon, R., Flannery, D.J., Friedman, S. (2008). "Profiles of behavioral problems in children who witness domestic violence". *Violence Vict.*;23(1):3-17. doi: 10.1891/0886-6708.23.1.3. PMID: 18396578.
- Tsavoussis, A., Stawicki, S.P., Stoicea, N., Papadimos, T., J. (2014). "Child-witnessed

domestic violence and its adverse effects on brain development: a call for societal self-examination and awareness". *Front Public Health*.10;2:178. <http://doi:10.3389/fpubh.2014.00178>. PMID: 25346927; PMCID: PMC4193214.

- Zuckerman, B., Augustyn, M., Groves, B. M., & Parker, S. (1995). "Silent victims revisited: the special case of domestic violence". *Pediatrics*, 96(3 Pt 1), 511–513.
- Wolfe, D. A., Jaffe, P., Wilson, S. K., & Zak, L. (1985). "Children of battered women: the relation of child behavior to family violence and maternal stress". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(0022–006; 5), 657–665.

**Notes:**

[1] TEVI Group: Fernando Lacasa; Lilian Dehont; Maria Alba Molins; Cristina Gómez; Raquel Celma; Miriam Paredes; Agnès Mayoral; Eva M. Ortiz; Judith Melgarejo; Laia Mateu; Enrique Vicente Ameijeiras; Anna Butjosa Molines.

[2] CCAMH Group: Fernando Lacasa; Teresa Richart; Toni Marin; Marta Tejedor; Eva Galobardes; Miriam Sanabra; Laura Martínez; María A. Navarro; Natalia Albiac; Esther Francisco; Eva M. Ortiz; Mireia Merino; Carola G. González; Pablo Prada; Mar Álvarez; Daniel Cruz; Myriam García; Anna Butjosa.

**Correspondència amb els autors:** Anna Butjosa Molines. E-mail: [anna.butjosam@sjd.es](mailto:anna.butjosam@sjd.es)