



Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  [http://cat.creativecommons.org/?page\\_id=184](http://cat.creativecommons.org/?page_id=184)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



**Universitat Autònoma de Barcelona**

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA, MEDICINA  
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

**ESTUDIO DE 222 CASOS DE MALTRATO  
PRENATAL EN CATALUÑA**

Jordi García García

Tesis doctoral

Directores: Dr. Antonio Mur Sierra

Dra. M<sup>a</sup> Ángeles López Vílchez

Barcelona 2018





**Universitat Autònoma de Barcelona**

Facultad de Medicina

Departamento de Pediatría, Obstetricia, Ginecología, Medicina Preventiva y Salud  
Pública

**Dr. Antonio Mur Sierra**, Profesor Titular de Pediatría de la Universidad Autónoma de Barcelona.

**Dra. M<sup>a</sup> Ángeles López Vílchez**, Profesora Asociada de Pediatría de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Certifican:

Que Jordi García García, licenciado en Medicina por la Universidad de Barcelona, ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral sobre el tema: *“Estudio de 222 casos de maltrato prenatal en Cataluña”*, que reúne los requisitos para ser defendida ante el tribunal oportuno para la obtención del grado de Doctor por la Universidad Autónoma de Barcelona.

Lo certificamos en Barcelona, a 12 de septiembre de 2018.

**Antonio Mur Sierra**

**M<sup>a</sup> Ángeles López Vílchez**



*A mis padres, por haberme dado la oportunidad de tener una educación y unos valores.*

*A Pilar, mi esposa, por su amor y por estar siempre a mi lado, en los buenos momentos y en los malos.*

*A mi hija Paula, por darme energía y vitalidad cuando la necesitaba.*

*A mi hija Sandra, allí donde esté, que me acompaña silenciosa a lo largo del camino.*



## AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por la paciencia, ayuda y ánimos sin los cuales no habría sido posible realizar esta tesis.

A Elena Campistol, por su valiosa colaboración.

A María José Morcillo, por su inestimable colaboración, disponibilidad y amabilidad.

A Xavier Duran, por su incalculable soporte en el análisis estadístico, por su paciencia en las horas compartidas, por saber escuchar y por sus palabras de ánimo.

A Antoni Martínez, pionero en el abordaje al maltrato infantil, fuente de sabiduría y experiencia, siempre dispuesto a ayudar con humildad y entusiasmo.

A Montserrat Roig, nuestra trabajadora social de referencia, que ha atendido con profesionalidad y amabilidad todas mis preguntas.

A mis compañeras de la Unidad de Neonatología del Hospital del Mar, Júlia y Sílvia, por alentarme en todo momento y facilitarme el día a día.

Al resto de compañeros del Servicio de Pediatría del Hospital del Mar (médicos, enfermería, secretaría), por su vitalidad contagiosa y por el tiempo compartido a diario.

A M<sup>a</sup> Ángeles López Vílchez, codirectora de mi tesis, que inicialmente la conocí como compañera de la Unidad de Neonatología del Hospital del Mar, que actualmente es mi Jefa de Servicio, y que desde el primer momento me ha ayudado en todo lo necesario, tanto en el campo profesional como en el personal. Mis palabras de gratitud y admiración.

Y, por último, a Antonio Mur, director de mi tesis, que desde el primer momento que lo conocí depositó su confianza en mí y me ha dado sabios consejos. Sin su ayuda y tenacidad esta tesis no habría sido posible. Gracias por todo. Mi más sincero reconocimiento, respeto y admiración.





## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>ABREVIATURAS</b> .....	vii
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
1.2 Definición.....	1
1.2 Frecuencia - Cifras de maltrato prenatal en Cataluña.....	3
1.3 Antecedentes históricos .....	4
1.4 Marco legal en España y Cataluña referente al maltrato prenatal .....	12
1.5 Antecedentes del marco legal del maltrato infantil y prenatal en España .....	13
1.6 Antecedentes del marco legal del maltrato infantil y prenatal en Cataluña.....	18
1.7 Protocolos: medidas de coordinación interadministrativa para la protección de niños y adolescentes ante el maltrato infantil.....	26
1.8 La Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia .....	34
1.9 Consecuencias de la institucionalización en centros y la privación familiar durante los primeros años de vida.....	39
1.10 Consecuencias del maltrato prenatal derivadas del consumo materno de drogas .....	44
1.10.1 Tabaco .....	45
1.10.2 Alcohol .....	47
1.10.3 Cannabis .....	48
1.10.4 Opiáceos .....	50
1.10.5 Cocaína.....	52
1.10.6 Metanfetamina.....	52
1.10.7 Consumo gestacional de otras drogas menos habituales .....	55
1.10.7.1 Consumo prenatal de betel .....	56
1.10.7.2 Consumo prenatal de mate .....	57
1.10.7.3 Consumo prenatal de 4-mec .....	58
1.11 Determinantes sociales de la salud .....	58
1.12 En resumen, ¿qué entendemos por maltrato prenatal? .....	60
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	63
2.1 Objetivo principal.....	63
2.2 Objetivos secundarios.....	63
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	65
<b>4. RESULTADOS</b> .....	69
4.1 Resultados a nivel global.....	69

4.1.1 Variables del bloque materno .....	69
4.1.1.1 Edad .....	69
4.1.1.2 Nacionalidad .....	70
4.1.1.3 Casos por provincias .....	70
4.1.1.4 Nivel es estudios .....	71
4.1.1.5 Ocupación .....	72
4.1.1.6 Ingresos .....	72
4.1.1.7 Vivienda.....	72
4.1.1.8 Número de hijos previos .....	73
4.1.1.9 Control gestacional .....	74
4.1.1.10 Embarazo deseado.....	74
4.1.1.11 Interrupciones del embarazo previas.....	74
4.1.1.12 Deseo de interrupción de la gestación actual .....	74
4.1.1.13 Apoyo de la pareja .....	75
4.1.1.14 Apoyo familiar .....	75
4.1.1.15 Violencia de género .....	75
4.1.1.16 Retención de hijos previos .....	75
4.1.1.17 Intervención social previa .....	76
4.1.1.18 Enfermedades infecciosas .....	76
4.1.1.19 Enfermedades mentales.....	77
4.1.1.20 Consumo de tabaco .....	78
4.1.1.21 Consumo de tóxicos durante la gestación .....	78
4.1.1.22 Antecedentes de madre tutelada por la DGAIA.....	82
4.1.1.23 Antecedentes de privación de libertad .....	82
4.1.2 Variables del bloque perinatal.....	82
4.1.2.1 Tipo de parto .....	82
4.1.2.2 Edad gestacional .....	83
4.1.2.3 Somatometría neonatal.....	83
4.1.2.4 Puntuación de Apgar .....	84
4.1.2.5 Incidencias perinatales .....	84
4.1.3 Variables del bloque de intervención social.....	88
4.1.3.1 Quién detecta el caso.....	88
4.1.3.2 Destino inicial .....	88
4.1.3.3 Decisión previa al nacimiento.....	89

4.1.3.4 Cambio de destino .....	89
4.1.3.5 Destino actual .....	90
4.1.3.6 Destino actual en función del destino inicial .....	92
4.2 Resultados del comparativo entre el grupo de no consumidoras y consumidoras, y entre no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.....	93
4.2.1 Variables del bloque materno .....	93
4.2.1.1 Edad.....	93
4.2.1.2 Nacionalidad.....	94
4.2.1.3 Casos por provincias.....	96
4.2.1.4 Nivel de estudios .....	99
4.2.1.5 Ocupación.....	100
4.2.1.6 Ingresos.....	101
4.2.1.7 Vivienda .....	102
4.2.1.8 Número de hijos previos.....	103
4.2.1.9 Control gestacional .....	105
4.2.1.10 Embarazo deseado .....	106
4.2.1.11 Interrupciones del embarazo previas .....	107
4.2.1.12 Deseo de interrupción de la gestación actual.....	109
4.2.1.13 Apoyo de la pareja.....	110
4.2.1.14 Apoyo familiar.....	112
4.2.1.15 Violencia de género .....	113
4.2.1.16 Retención de hijos previos.....	114
4.2.1.17 Intervención social previa.....	116
4.2.1.18 Enfermedades infecciosas.....	117
4.2.1.19 Enfermedades mentales .....	121
4.2.1.20 Antecedentes de madre tutelada por la DGAIA .....	123
4.2.1.21 Antecedentes de privación de libertad.....	125
4.2.2 Variables del bloque perinatal .....	127
4.2.2.1 Tipo de parto.....	127
4.2.2.2 Edad gestacional .....	128
4.2.2.3 Somatometría neonatal .....	129
4.2.2.4 Puntuación de Apgar .....	131
4.2.3 Variables del bloque de intervención social .....	132
4.2.3.1 Quién detecta el caso .....	132

4.2.3.2 Destino inicial .....	135
4.2.3.3 Decisión previa al nacimiento.....	137
4.2.3.4 Cambio de destino.....	138
4.2.3.5 Destino actual.....	143
4.2.3.6 Destino actual en función del destino inicial .....	146
4.3 Análisis bivariante .....	153
4.3.1 Control gestacional .....	153
4.3.2 Quién detecta el caso.....	155
4.3.3 Destino inicial .....	157
<b>5. DISCUSIÓN .....</b>	<b>161</b>
5.1 Variables maternas.....	161
5.1.1 Edad .....	161
5.1.2 Nacionalidad .....	162
5.1.3 Provincia donde se detectó el caso.....	162
5.1.4 Determinantes sociales de la salud: ocupación, ingresos, nivel de estudios, vivienda	163
5.1.5 Número de hijos previos .....	164
5.1.6 Control gestacional .....	165
5.1.7 Embarazo deseado e interrupciones del embarazo previas .....	166
5.1.8 Deseo de interrupción de la gestación actual .....	166
5.1.9 Apoyo de la pareja y apoyo familiar .....	167
5.1.10 Violencia de género .....	167
5.1.11 Retención de hijos previos .....	167
5.1.12 Intervención social previa .....	168
5.1.13 Enfermedades infecciosas .....	168
5.1.14 Enfermedades mentales.....	170
5.1.15 Consumo de tóxicos durante la gestación .....	171
5.1.16 Antecedentes de madre tutelada por la DGAIA.....	172
5.1.17 Antecedentes de privación de libertad .....	173
5.2 Variables perinatales .....	173
5.2.1 Tipo de parto .....	173
5.2.2 Edad gestacional .....	173
5.2.3 Somatometría neonatal.....	174
5.2.4 Puntuación de Apgar.....	175
5.2.5 Incidencias perinatales .....	175

5.3 Variables sociales .....	176
5.3.1 Quién detecta .....	176
5.3.2 Destino inicial.....	178
5.3.3 Decisión previa al nacimiento .....	179
5.3.4 Cambio de destino .....	179
5.3.5 Destino actual .....	180
5.3.6 Destino actual en función del destino inicial.....	181
<b>6. CONCLUSIONES .....</b>	<b>183</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>185</b>



## ABREVIATURAS

4-mec	4-metilencatinona
Ac	Anticuerpo
Ag	Antígeno
ARO	Alto Riesgo Obstétrico
CAP	Centros de Atención Primaria
CAS	Centros de Atención y Seguimiento de las drogodependencias
CAUI	Centro de Acogida y Urgencia Infantil
CRAE	Centro Residencial de Acción Educativa
CREI	Centro Residencial de Educación Intensiva
CSMA	Centros de Salud Mental de Adultos
CTIC	Comisión Interdepartamental de Coordinación de actuaciones dirigidas a niños y adolescentes con discapacidades o riesgo de sufrirlas de la comarca de Tarragona
DGAIA	Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència
DOGC	Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
EAIA	Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia
EFI	Equipos Funcionales de Infancia
EVAMI	Equipos de Valoración de Maltrato Infantil
ICAA	Instituto Catalán del Acogimiento y la Adopción
MDMA	Metilendioximetanfetamina
MSGR	Mòdul de Suport a la Gestió del Risc



OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
RUMI	Registro Unificado de Maltrato Infantil
SAD	Síndrome de Abstinencia a Drogas
SAF	Síndrome Alcohólico-Fetal
Sini@	Sistema de Información de la Infancia y la Adolescencia
UDEPMI	Unidad de Detección y Prevención del Maltrato Infantil
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UISE	Union Internationale de Secours aux Enfants
THC	Tetrahidrocannabinol
VHB	Virus Hepatitis B
VHC	Virus Hepatitis C
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

# **1. Introducción**



## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.2 Definición

Antes de centrarnos en el maltrato prenatal, vamos a revisar qué se entiende por malos tratos en la infancia. Parece sencillo, pero en la práctica es más complejo. Existe consenso en los grandes síndromes del niño maltratado y en situaciones de alarma social, pero en otras circunstancias hay más controversia. Los propios profesionales tienen diferentes criterios, lo que se traduce en la existencia de múltiples definiciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), basándose en la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (1989), define el maltrato infantil como *“los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”* (1).

En este sentido, el *“Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya”* de julio del 2017, hace referencia a las necesidades de la infancia como punto de partida para abordar el fenómeno del maltrato. Amplía la percepción del maltrato, a menudo limitado a determinadas formas de violencia física, psíquica o sexual, e incluye todas aquellas situaciones que, a pesar de no tener una implicación penal o policial evidente, constituyen desde el punto de vista del niño o del adolescente una vulneración a sus derechos que supone un riesgo para su adecuado desarrollo personal. Define como maltrato infantil *“a la acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño o adolescente de sus derechos y de su bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”* (2).

El mismo protocolo reconoce que definir el maltrato infantil es complejo. Considera el “buen trato” las diferentes manifestaciones de afecto, cuidado, crianza, apoyo y socialización que reciben los niños y adolescentes de su familia, grupo social y de la administración e instituciones, de tal manera que se les garantice contar con las condiciones

necesarias para un adecuado desarrollo integral: afectivo, psicológico, físico, sexual, intelectual y social (2).

En algunas ocasiones puede haber dificultades en establecer los límites de lo considerado como buenos tratos de lo que es maltrato, sobre todo si se tiene en cuenta las diferencias culturales, costumbres y tradiciones de la población de referencia.

El maltrato no es un hecho aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores (personales, familiares, socioeconómicos, culturales). Los malos tratos se pueden clasificar en varios tipos según diferentes perspectivas (3):

- Según el momento en el que se produce: prenatal, postnatal.
- Según los autores: familiar, extrafamiliar, institucional, social.
- Según las acciones concretas (por acción u omisión): maltrato físico, emocional, negligencia, abuso sexual, explotación laboral.

Su clasificación sólo implica determinar una situación en particular que afecta al niño, pero se pueden dar a la vez varios tipos de maltrato y se deben abordar todas las circunstancias que rodean al maltrato y configuran un “ambiente maltratador” (3,4).

A nivel del maltrato prenatal tampoco hay una definición universal, si bien la mayoría tienen puntos en común. Según las guías de nuestro entorno se considera “cuando una mujer en proceso de gestación, de forma consciente o inconsciente, no tiene en cuenta las atenciones que se requieren debido a su estado, con riesgo de perjudicar al feto”. Se puede producir por acción (como sería el consumo de drogas), o por omisión (por ejemplo, la falta de seguimiento médico) (4-6).

A nivel legal en Cataluña, el artículo 105 de la Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia, define el maltrato prenatal “*cuando la gestante no cuida el propio cuerpo, consciente o inconscientemente, ingiere drogas o sustancias psicotrópicas, o recibe maltrato físico por otra persona*” (6). Además, esta ley por primera vez reconoce como situación de desamparo los perjuicios graves ocasionados al recién nacido por maltrato prenatal. Se entiende por desamparo del menor la situación de hecho en la que faltan los elementos básicos para el desarrollo integral de la personalidad (asistencia moral o material, peligro físico o psíquico), siempre que para su protección

efectiva sea necesario aplicar una medida que implique la separación del núcleo familiar (progenitores o tutores del menor) (6).

## 1.2 Frecuencia - Cifras de maltrato prenatal en Cataluña

La prevalencia real del maltrato prenatal es desconocida, como en el resto de tipos de maltrato infantil, ya que sólo se reportan los casos detectados. Además, éstos deben notificarse y quedar registrados debidamente para poder analizarlos posteriormente.

Ya en 1988, la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) realizó un estudio y obtuvo 5989 casos de maltrato entre 0 y 16 años, siendo los más frecuentes la negligencia (78,5%), el maltrato psicológico (43,6%) y el físico (27%). Cifran el maltrato prenatal en un 3,1%. Un mismo caso puede estar clasificado en diferentes tipos de maltrato (4).

De entre los acuerdos adquiridos con la firma del Pacto para la Infancia del 19 de julio de 2013, la DGAIA inicia la publicación de infografías (con periodicidad trimestral inicialmente) que recogen los datos del "número y tipología de maltrato infantil" (7).

Próximo al periodo de los datos recogidos para este trabajo (2011-2014) encontramos la infografía del 2º trimestre del 2014. La población infantil y adolescente de Cataluña separada de su familia por maltrato infantil y con medida protectora ascendía a 4538 casos (prevalencia). Por tipología de maltrato, se dividieron en: negligencia (69,5%), maltrato psíquico-emocional (12,2%), maltrato físico (6,8%), maltrato prenatal (4,7%), abandono (3,9%), explotación delictiva, laboral o sexual (1,3%), y abuso sexual (1,3%). Destacar que el maltrato prenatal ocupó el cuarto lugar (8).

Posteriormente, a partir de enero del 2016, la DGAIA publica informes estadísticos mensuales de los datos del sistema de protección a la infancia de Cataluña, a último día del mes. Se representa la situación concreta de los expedientes en un momento dado del tiempo (prevalencia), y también se informa de los nuevos expedientes que se han abierto durante el mes de estudio (incidencia). Referente al maltrato, incluye los datos en el ámbito hospitalario facilitados a través del Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI-Salud), en forma de incidencia y tipo de maltrato. Estos informes se pueden consultar en el apartado de infancia y adolescencia de la web del Departamento de Bienestar Social y Familia de la Generalitat de Catalunya (<http://treballiaferssocials.gencat.cat>).

En referencia a datos recientes, en marzo del 2018 se realizaron 39 notificaciones, que clasificadas según el tipo de maltrato representaron 48 casos (un individuo puede haber presentado más de un tipo de maltrato simultáneamente), siendo el prenatal el menos frecuente: 3 casos, que representan el 6,3%. El resto fueron: abuso sexual (en conjunto 35,5%), maltrato físico (31,3%), negligencia/abandono (16,7%), y psicológico/emocional (10,4%) (9).

### **1.3 Antecedentes históricos**

Antes de reconocer los derechos del feto se reconocieron los derechos del niño, y previamente a estos, los derechos humanos. En este apartado se hará una exposición de los acontecimientos históricos que sentaron las bases para reconocer el maltrato infantil primero, y el prenatal más tarde.

El maltrato infantil ha sido reflejado en la literatura, la pintura y la ciencia, en todas las partes del mundo. En la antigüedad, son conocidos los sacrificios humanos para satisfacer a los dioses, a menudo realizados con niños. Fuera del ámbito religioso, el maltrato infantil ha sido una de las principales causas de lesiones y muerte a lo largo de la historia. Durante siglos ha pasado desapercibido, la propia familia lo consideraba “normal”, propio de la educación del menor, y había un sentimiento de propiedad de los hijos.

En los siglos XIV y XV surgen instituciones de índole caritativo que acogen a niños huérfanos abandonados.

Después de la Revolución Industrial de 1879, toma protagonismo la defensa de los derechos de los trabajadores, entre ellos niños.

No fue hasta la mitad del siglo XX, tras 2 guerras mundiales y en el contexto histórico de las atrocidades y el genocidio de la Segunda Guerra Mundial, que surge la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), con la finalidad de prevenir tragedias similares en el futuro, y posteriormente la Declaración de los Derechos del Niño (1959). La Organización de las Naciones Unidas (ONU) fue fundada oficialmente el 24 de octubre de 1945 al finalizar la Segunda Guerra Mundial. Previamente había existido la Sociedad de Naciones, que fue un organismo internacional creado por el Tratado de Versalles, el 28 de junio de 1919, tras finalizar la Primera Guerra Mundial, con la finalidad de preservar la paz y prevenir una repetición de los horrores de la guerra en Europa (10). La Declaración

Universal de los Derechos Humanos fue elaborada por representantes de todas las regiones del mundo con diferentes antecedentes jurídicos y culturales, y fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948, como un ideal común para todos los pueblos y naciones. Establece, por primera vez, los derechos humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo entero y marca un hito en la historia de los derechos humanos (11).

Consta de 30 artículos que recogen derechos de varios ámbitos (personal, jurídico, en relación con la comunidad, político, religioso, económico, social, cultural). No se hace referencia explícita a los derechos del feto, pero destacaría los siguientes artículos:

*“Artículo 3: todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.*

*Artículo 25 (punto 2): la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”* (11).

La interpretación de “todo individuo” es muy amplia, pudiéndose considerar al feto como tal.

Aunque no es un documento obligatorio o vinculante para los Estados, sirvió como base para normas legales de muchos países. La Constitución Española de 1978 reconoce la Declaración: *“Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las materias ratificados por España”* (Título I, Artículo 10, apartado 2, de la Constitución Española de 1978) (12).

Posteriormente a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño (13-15). Fue el primer gran consenso internacional sobre los principios fundamentales de los derechos del niño. Su contenido se basa en la llamada Declaración de Ginebra (1924), carta fundamental de la Union Internationale de Secours aux Enfants (UISE) y adoptada por la Sociedad de Naciones (15). Dicha declaración fue una obra personal de Eglantyne Jebb (Ellesmere, Shropshire, Gran Bretaña, 25 de agosto de 1876), y merece la pena destacar su figura histórica como pionera en el reconocimiento, defensa y elaboración de



los derechos de los niños. En 1913 participó en una misión humanitaria en la guerra de los Balcanes, una experiencia que la marcó definitivamente en la necesidad de salvar a los niños de la enfermedad y la inanición. Tras el estallido de la Primera Guerra Mundial en 1914, junto a su hermana y a un grupo de amigos, recogen todas las noticias sobre el impacto de la guerra en los niños y lo publican en el periódico de Cambridge, para hacer público el alcance del problema, y forman una sociedad llamada Fight-the-Famine Council. Posteriormente, en 1919 crea en Londres Save the Children Fund, con el objetivo inicial de reunir fondos económicos para abastecer de leche a los niños afectados por la guerra. Mantuvo contacto con el Comité Internacional de la Cruz Roja (con sede en Ginebra), y en el año 1920 crea la Save the Children Internacional Union, o en su denominación francesa, la Union Internationale de Secours aux Enfants (UISE), con sede en Ginebra. Posteriormente se unieron a la UISE otros organismos de diferentes países. Hoy día, Save the Children sigue en activo y está distribuida por todo el mundo. Pretendía que todos los países trabajasen conjuntamente para la atención de la infancia, y no sólo basarse en programas de beneficencia en tiempos de guerra, sino emprender acciones a largo plazo en tiempos de paz. Quería reivindicar determinados derechos para los niños y que fueran reconocidos universalmente. Redactó un texto sencillo, breve y claro, dirigido a un público muy amplio, fácilmente traducible a todos los idiomas, destinado a captar la atención de todo el mundo y provocar la transformación de leyes y costumbres. Los miembros del Consejo General de la UISE firmaron la Declaración el 28 de febrero de 1924, y el 26 de septiembre de ese mismo año fue presentada y aprobada por la Sociedad de Naciones, que adoptó la llamada “Declaración de Ginebra” como su Carta mundial de la protección de la Infancia (15).

#### *“La Declaración de Ginebra*

*Por la presente Declaración de los Derechos del Niño, los hombres y mujeres de todas las naciones, reconociendo que la Humanidad ha de otorgar al niño lo mejor que pueda darle, afirman así sus deberes, descartando cualquier discriminación por motivos de raza, de nacionalidad o de creencia:*

*1. El niño ha de ser puesto en condiciones de desarrollarse de una manera normal, material y espiritualmente.*

2. *El niño hambriento debe ser alimentado; el niño enfermo debe ser atendido; el niño deficiente debe ser estimulado; el niño desadaptado debe ser reeducado; y el huérfano y el abandonado deben ser recogidos y ayudados.*
3. *El niño debe ser el primero en recibir socorro en caso de calamidad.*
4. *El niño debe ser puesto en condiciones de ganarse la vida, y debe ser protegido de cualquier explotación.*
5. *El niño debe ser educado en el sentimiento de que tendrá que poner sus mejores cualidades al servicio de sus hermanos” (15).*

En los siguientes años, entraron en contacto varias asociaciones internacionales no gubernamentales para intentar organizar los sistemas de protección de la infancia. A nivel de las Naciones Unidas, en el año 1946 se creó la United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), inicialmente para prestar socorro de emergencia a los niños de Europa después de la Segunda Guerra Mundial, y posteriormente en 1953 se convierte en un organismo permanente de la ONU encargado de ayudar a los niños y proteger sus derechos (16).

Tras la Segunda Guerra Mundial, la desaparición de la Sociedad de Naciones, la fundación de la ONU y, por último, la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, surgió la necesidad de renovar la Declaración de Ginebra y el 20 de noviembre de 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño (13). Consta de un preámbulo y 10 principios, e insta a los padres, hombres y mujeres, organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a que reconozcan esos derechos y luchen para su observancia con medidas legislativas y de otra índole. En uno de los puntos del preámbulo se hace mención a la etapa prenatal: *“considerando que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento” (14).*

Referente a la temática social y al maltrato infantil en general, destacaría 4 de los principios, presentes hoy día desde diferentes ámbitos (leyes, protocolos de actuación):

*“Principio 2: el niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente de forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.*

*Principio 4: el niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y posnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.*

*Principio 5: el niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial que requiere su caso particular.*

*Principio 6: el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole” (14).*

Con la adopción de la Declaración de los Derechos del Niño se esperaba generar un interés global en los problemas infantiles, incluido a nivel político y económico, que contribuyera a su solución. Sin embargo, años después los derechos de los niños, sobre todo los relativos a la nutrición, la salud y el bienestar material, estaban muy lejos de ser realidad para muchos de ellos. Por ello, las Naciones Unidas declararon 1979 como el Año Internacional del Niño, con el objetivo de reconocer que seguía existiendo la necesidad de resolver los problemas de la infancia y reiterar su compromiso con los derechos del niño (16).

En 1987 UNICEF publicó el estudio "Ajuste con rostro humano", que generó un gran debate mundial sobre cómo proteger a los niños y mujeres de los efectos negativos de los ajustes y reformas económicas (16).

El 20 de noviembre de 1989, La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño (17). La Convención se convierte en el tratado de derechos humanos más aceptado de la historia, con más de 190 países que la han ratificado. España lo hizo en 1990. Se trata de un hito histórico en la defensa de los derechos humanos de los niños, ya que, a diferencia de las declaraciones anteriores que son una recopilación de principios generales no vinculantes, la Convención es de cumplimiento obligatorio para los Estados que la ratifican y los responsabiliza en adoptar las medidas necesarias para dar efectividad a todos los derechos reconocidos en ella (18). A lo largo de sus 54 artículos reconoce que los niños son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones. En su preámbulo tiene presente, como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, que *“el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”* (19). También hace referencia a la familia como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y desarrollo de los niños, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, y la cual ha de recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades.

Desde su aprobación, ahora sí, se han producido avances considerables en el cumplimiento de los derechos de la infancia, supervivencia, salud y educación, así como se ha establecido un entorno protector que defiende a los niños de la explotación, los malos tratos y la violencia.

De entre los 54 artículos no se hace referencia explícita a la etapa prenatal, pero destacaría en relación a la temática social y malos tratos los siguientes:

“Artículo 3

*1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.*

*2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.*

#### Artículo 6

- 1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.*
- 2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.*

#### Artículo 9

*1. Los Estados Partes velarán porque el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño. Tal determinación puede ser necesaria en casos particulares, por ejemplo, en los casos en que el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres o cuando éstos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño.*

#### Artículo 19

- 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentra bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.*
- 2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.*

Artículo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres;

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

Artículo 39

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño” (19).

En el año 1992 el Parlamento Europeo aprueba La Carta Europea de los Derechos del Niño, basada en la Convención, al observar la problemática específica de la infancia en Europa derivada del proceso de integración comunitaria, y la necesidad de contar con instrumentos jurídicos propios del ámbito europeo que garanticen los derechos de la infancia (20-21).

En los textos mencionados, sólo aparece una referencia explícita a la etapa prenatal en los preámbulos de la Declaración de los Derechos del Niño (1959) y de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989).

#### 1.4 Marco legal en España y Cataluña referente al maltrato prenatal

Referente al maltrato infantil en general, y al prenatal en particular, Cataluña se rige actualmente por la Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia. Es la primera norma legal que hace mención explícita al maltrato prenatal como situación de desamparo, y define qué se entiende por maltrato prenatal.

A modo de resumen, y por orden de aparición, las normas legales que hacen mención explícita al maltrato prenatal son las siguientes:

- **Ley 37/1991, de 30 de diciembre, de protección de los menores desamparados y de la adopción (Cataluña). Derogada.**

Hace mención a la prevención del maltrato prenatal en el artículo 2: *“El organismo competente a que se refiere el artículo 1 tomará las medidas necesarias para conseguir la protección efectiva de los menores desamparados y, preventivamente, antes de nacer, cuando se prevea claramente la situación de desamparo del futuro recién nacido”* (22).

- **Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia (Cataluña).**

En el artículo 105, por primera vez, se hace mención explícita a las situaciones de desamparo por maltrato prenatal y se define el maltrato prenatal:

*“2. Son situaciones de desamparo:*

*c) Los perjuicios graves al recién nacido causados por maltrato prenatal. A este efecto, se entiende por maltrato prenatal la falta de cuidado del propio cuerpo, consciente o inconsciente, o la ingestión de drogas o sustancias psicotrópicas por parte de la mujer durante el proceso de gestación, así como el producido indirectamente al recién nacido por la persona que maltrata a la mujer en proceso de gestación”* (6).

- **Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia (España).**

Hace referencia explícita a las “situaciones de riesgo prenatal” y a la declaración de desamparo del recién nacido:

*“Artículo 17. Actuaciones en situación de riesgo.*

*Apartado 9. La administración pública competente para intervenir en la situación de riesgo adoptará, en colaboración con los servicios de salud correspondientes, las medidas adecuadas de prevención, intervención y seguimiento, de las situaciones de posible riesgo prenatal, a los efectos de evitar con posterioridad una eventual declaración de situación de riesgo o desamparo del recién nacido. A tales efectos, se entenderá por situación de riesgo prenatal la falta de cuidado físico de la mujer gestante o el consumo abusivo de sustancias con potencial adictivo, así como cualquier otra acción propia de la mujer o de terceros tolerada por ésta, que perjudique el normal desarrollo o pueda provocar enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales al recién nacido.*

*Artículo 18. Actuaciones en situación de desamparo.*

*Apartado 2 c: [...] También se entiende que existe desamparo cuando se produzcan perjuicios graves al recién nacido causados por maltrato prenatal” (23).*

A continuación, se hará una revisión de la normativa legal referente a la protección y derechos de la infancia y adolescencia, ligada al maltrato infantil en general, con las consideraciones oportunas hacia la etapa prenatal, y que ha permitido organizar el sistema tal como lo conocemos hoy en día.

### **1.5 Antecedentes del marco legal del maltrato infantil y prenatal en España**

La Constitución Española de 1978 supuso la base a partir de la cual se formularon nuevas leyes en el ámbito de la familia y la protección del menor.

En la Constitución Española de 1978 se pueden resaltar 3 artículos (12):

- Artículo 15: hace referencia al derecho fundamental a la vida y a partir del cual se edifican el resto de derechos.



- Artículo 39: trata de la familia.

- Artículo 43: referente a la salud.

### Artículo 15 de la Constitución Española

*“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes [...]”* (12).

Destacar el debate sobre qué término utilizar para determinar a los sujetos titulares del derecho a la vida, debido a la problemática relacionada con la posible legalización del aborto. Por un lado, había los que defendían el término "todos", con el fin de que pudiera afectar al *nasciturus* (del latín “el que va a nacer”: término jurídico que designa al ser humano desde que es concebido a su nacimiento). Por otro lado, había los que proponían "persona", para evitar cualquier interpretación futura impeditiva de la despenalización del aborto (24).

Referente al *nasciturus*, desde la perspectiva civil, la ley dispone en el artículo 29 del Código Civil que *“el concebido se tiene por nacido para todos los efectos que le sean favorables siempre que nazca con las condiciones que expresa el artículo siguiente”*. El artículo 30 estipula que *“la personalidad se adquiere en el momento del nacimiento con vida, una vez producido el entero desprendimiento del seno materno”* (25-27). Si bien se trata de una disposición muy general, el código civil regula básicamente los efectos favorables patrimoniales (artículos 627 y 959) (27).

A nivel del Código Penal, se establece la protección al concebido y no nacido desde tres aspectos: el aborto, las lesiones al feto y los delitos de manipulación genética (28).

Referente a las lesiones al feto, se hace referencia en dos artículos a las lesiones causadas por terceros y sobre todo a nivel sanitario, y exime explícitamente a la embarazada en caso de imprudencia (25,29).

- *“Artículo 157: el que, por cualquier medio o procedimiento, causare en un feto una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave tara física o psíquica, será castigado con pena de prisión de uno a cuatro años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar*

*servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de dos a ocho años”.*

*- “Artículo 158: el que, por imprudencia grave, cometiere los hechos descritos en el artículo anterior, será castigado con la pena de prisión de tres a cinco meses o multa de seis a diez meses. Cuando los hechos descritos en el artículo anterior fueren cometidos por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de seis meses a dos años. La embarazada no será penada a tenor de este precepto” (29).*

### Artículo 39 de la Constitución Española

- “1. Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia.*
- 2. Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil. La ley posibilitará la investigación de la paternidad.*
- 3. Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en que legalmente proceda.*
- 4. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos” (12).*

La regulación de la familia en estos términos supone un cambio en la ordenación de esta institución en España. Por ello, posteriormente se han ido aprobando leyes que han modificado el Código Civil en materia de derecho de familia, como son las siguientes (30):

- Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil en materia de tutela.*
- Ley 21/1987, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en materia de adopción. Constituye una profunda transformación en el tratamiento de la protección de menores en España, que pasa a corresponder a la entidad pública competente de la comunidad autónoma, y deja de ser responsabilidad de los Tribunales Tutelares de Menores (que desde su creación en 1918 ejercían las competencias en protección y reforma de menores). El control judicial sólo actuará en un segundo término para la resolución de los conflictos producidos por esta*

primera actuación administrativa. Establece el marco genérico de actuación en materia de protección de menores para dejar paso a la actividad normativa de las comunidades autónomas para su despliegue (31). Introdujo cambios sustanciales en el ámbito de la protección del menor. El concepto de “abandono” fue sustituido por “desamparo”, cambio que permitió agilizar los procedimientos de protección del menor al permitir la asunción automática, por parte de la entidad pública competente, de la tutela de aquél en los supuestos de desprotección grave del mismo. Considera la adopción como un elemento de plena integración familiar, y el acogimiento familiar como una nueva institución de protección del menor. Generaliza el interés superior del menor como principio inspirador de todas las actuaciones relacionadas con aquél, tanto administrativas como judiciales (30).

- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Reconoce la plena titularidad de derechos en los menores de edad y una capacidad progresiva para ejercerlos en función de su madurez y desarrollo evolutivo, promoviendo la autonomía del sujeto. Regula los principios generales de actuación frente a situaciones de desprotección social, incluyendo la obligación de la entidad pública de investigar los hechos que conozca para corregir la situación mediante la intervención de los Servicios Sociales o, en su caso, asumiendo la tutela del menor. De igual modo, establece la obligación de toda persona que detecte una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, de prestarle auxilio inmediato y de comunicar el hecho a la autoridad. Asimismo, los ciudadanos tienen el deber de comunicar a las autoridades públicas competentes la ausencia del menor, de forma habitual o sin justificación, del centro escolar. Dentro de las situaciones de desprotección social del menor, hace distinción entre situaciones de riesgo y de desamparo, que dan lugar a una intervención pública diferencial. Las situaciones de riesgo vienen definidas por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar, por lo que la intervención se limita a intentar eliminar los factores de riesgo. En las situaciones de desamparo, la gravedad de los hechos aconseja la extracción del menor de la familia, con la consecuente asunción de la tutela del menor por la entidad pública (31,32).

Con el fin de mejorar los instrumentos de protección jurídica de la infancia y adolescencia, adaptar las nuevas necesidades y las recomendaciones de varias instituciones (el Defensor del Pueblo, la Fiscalía General del Estado, diversos convenios internacionales), así como constituir una referencia para las Comunidades Autónomas en el desarrollo de su respectiva

legislación en la materia, se lleva a cabo una reforma del sistema de protección de menores, casi 20 años después de la aprobación de la Ley Orgánica 1/1996 de Protección jurídica del menor (33).

La reforma está integrada por dos normas, la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, y La Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Entre los diferentes puntos de mejora, cabe destacar que la Ley 26/2015 hace referencia explícita a las situaciones de riesgo prenatal (artículo 17, apartado 9) y a la declaración de desamparo del recién nacido (artículo 18, apartado 2c). Mencionar la utilización del término “situación de riesgo prenatal” en lugar de “maltrato prenatal” (23,33,34,35).

#### Artículo 43 de la Constitución Española

*“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*

*2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*

*3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio” (12).*

A partir de este artículo surgen una serie de leyes que tienen como objetivo primordial establecer la estructura, el funcionamiento y la regulación del sistema sanitario público que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud (36).

## **1.6 Antecedentes del marco legal del maltrato infantil y prenatal en Cataluña**

En el año 1979 se establece el Estatuto de Autonomía de Cataluña. En el artículo 9 se hace referencia a las competencias exclusivas de la Generalitat de Catalunya, entre las que destacan asistencia social, juventud, promoción de la mujer, así como instituciones públicas de protección y tutela de menores, respetando en todo momento la legislación civil, penal y penitenciaria. En consecuencia, por el Real Decreto 1292/1981, de 5 de junio, se traspasaron a la Generalitat los servicios del Estado en materia de protección de menores (37).

Los tribunales tutelares de menores eran los competentes para decidir las medidas más adecuadas en el ámbito de la protección (tutela de menores) y en el ámbito de la reforma (delincuencia infantil), mientras que la Generalitat de Catalunya, mediante el Departamento de Justicia, era la administración responsable de ejecutar las medidas de protección y de reforma impuestas por los tribunales, así como proporcionar los recursos personales y materiales adecuados (31,38).

Para poder hacer frente a las nuevas competencias otorgadas, se requirió modificar el marco legal de actuación. El Parlamento de Cataluña aprobó la Ley 11/1985, de 13 de junio, de protección de menores. Esta ley comprendía dicha protección en tres ámbitos:

- la prevención de la delincuencia infantil y juvenil.
- el tratamiento de la delincuencia infantil y juvenil.
- la tutela de menores por defecto (abandono) o por inadecuado ejercicio de la patria potestad o del derecho de guarda y educación, según disposición de la autoridad judicial. Dispone que los centros de acogida ejercerán la atención inmediata y transitoria de los menores, y posteriormente según resolución judicial, se realizará vigilancia protectora a cargo de un delegado de asistencia, estancia en una familia acogedora o estancia en un centro (38,39).

En el año 1986 se crean los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia (EAIA) como servicios especializados, destinados a la detección, prevención, tratamiento y seguimiento del menor con alto riesgo social y sus familias [Decreto 338/1986, de 18 de noviembre, de regulación de la atención a la infancia y adolescencia con alto riesgo social; Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)]. En el decreto se entiende por “alto riesgo social” la situación por la cual un menor se encuentra en un ambiente sociofamiliar que incide

negativamente sobre su personalidad y que, atendiendo a las deficiencias sociales que concurren, hacen prever la emergencia y el desarrollo de conductas asociales (40).

Con la supresión de los Tribunales Tutelares de Menores por la Ley Estatal 21/1987, de 11 de noviembre, desaparece la fragmentación en el ámbito protector, pasando íntegramente a cargo del departamento administrativo competente. En el año 1988 se crea la DGAIA (Decreto 258/1988, de 19 de septiembre), dentro del recién creado Departamento de Bienestar Social (Decreto 141/1988, de 4 de julio). Será el organismo competente para asumir la tutela de los menores desamparados, la guarda administrativa, el acogimiento y la adopción de menores de acuerdo con lo que dispone la ley Estatal 21/1987, como también la actuación preventiva sobre los casos de “alto riesgo social” (41,42).

En el año 1991, se dicta en Cataluña la Ley 37/1991, de 30 de diciembre, de protección de los menores desamparados y de la adopción. Es una evolución de la Ley anterior 11/1985, de 13 de junio, y cabe destacar que aparece una mención especial a la prevención del maltrato prenatal en el artículo 2: *“El organismo competente a que se refiere el artículo 1 tomará las medidas necesarias para conseguir la protección efectiva de los menores desamparados y, preventivamente, antes de nacer, cuando se prevea claramente la situación de desamparo del futuro recién nacido”* (43). Define las situaciones de desamparo del menor, pero no se especifica a nivel prenatal. Se regulan todas las cuestiones relativas a la protección del menor desde que se declara el desamparo, y las disposiciones protectoras que pueden aplicarse (acogimiento familiar, acogimiento en institución, acogimiento pre-adoptivo y adopción), recomendando aplicar aquellas medidas que no comporten la separación del menor de su entorno familiar cuando sea posible (43).

Posteriormente se dicta la Ley 8/1995, del 27 de julio, de atención y protección de los niños y adolescentes (derechos, familia, salud, educación y cultura, publicidad y medios audiovisuales, entre otros), y de modificación de la Ley 37/1991 (en su enmienda 7 aclara aspectos relacionados con el acogimiento simple, la adopción y las infracciones administrativas). Nació con la voluntad de fijar un sistema general catalán de asistencia de los niños y los adolescentes y de protección de sus derechos, pero el hecho de que la regulación sobre la protección de los niños o adolescentes desamparados se mantuviera en otra ley (Ley 37/1991), impidió que se pudiera alcanzar plenamente ese objetivo, ya que los niños o los adolescentes en situación de desamparo o de desprotección eran un colectivo

que se había de tratar de manera diferenciada, es decir, de una manera discriminada respecto de la población infantil y juvenil en general (44).

En el año 1997 se crea el Instituto Catalán del Acogimiento y la Adopción (ICAA) por la Ley 13/1997, de 19 de noviembre, para potenciar una política global de acogimientos en familias ajenas y adopciones, así como para agilizar los procedimientos (41,45).

En el año 2006, la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña, establece la competencia exclusiva de la Generalitat de Catalunya en materia de protección a la infancia y adolescencia (41,46).

En el año 2007 se publica en el DOGC el orden ASC/276/2007, de 18 de julio, de creación y regulación del Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI), siendo la DGAIA el organismo administrativo responsable. Su finalidad es disponer de un sistema de información del maltrato infantil a efectos de detección, prevención y estadísticos, e incluye a futuros nacidos y personas de 0 a 18 años con domicilio en Cataluña o que se encuentren en ella eventualmente, y que hayan sido o puedan ser víctimas de maltrato. Centraliza toda la información e integra todas las notificaciones de un mismo caso, por lo que permite consultar todos los antecedentes registrados en caso de nuevas notificaciones. Inicialmente se implementó en el ámbito hospitalario (41,47).

Con la creación del RUMI se da respuesta a las recomendaciones europeas de los años previos. En 1998 Euronet (The European Children's Network) impulsó el proyecto *Children are European Citizens Too* (Los niños también son ciudadanos europeos), para dar respuesta a las carencias en el seguimiento de los derechos del niño. En el año 2000 se crea, por un lado, el *European Childhood Day* (el Día Europeo de la Infancia, el 20 de noviembre) y, por otro lado, un grupo permanente intergubernamental: *L'Europe de l'Enfance*. Para desarrollar sus actividades y sus estudios comparativos sobre la infancia y la adolescencia, *L'Europe de l'Enfance* crea en 2003 una red europea de observatorios nacionales de la infancia. En los siguientes años se hacen recomendaciones de los sistemas de recogida de datos y seguimiento del maltrato infantil, con la finalidad de crear instrumentos operativos que mejoren los datos sobre casos conocidos. Cataluña se une al proyecto estatal RUMI en 2006. El impulso definitivo se produce tras un hecho trágico: el caso Alba, una niña de 5 años que fue víctima de malos tratos graves, entre el 2005 y el 2006, con daños y secuelas graves a su persona (41,48).

Además del RUMI se crea el Sistema de Información de la Infancia y la Adolescencia (Sini@), gestionado por la DGAIA. Se trata de un aplicativo informático que recoge toda la información relativa al expediente de un menor, ya sea por malos tratos o por otros motivos. Entre otros datos se pueden encontrar informes médicos, resoluciones sociales o judiciales. Sirve como herramienta de información, gestión y comunicación entre los profesionales de la administración competente.

También en el año 2007 se establece la Unidad de Detección y Prevención del Maltrato Infantil (UDEPMI) (acuerdo GOV/121/2007, de 16 de octubre, DOGC). Se trata de una unidad interdisciplinaria, formada por profesionales de los ámbitos psicosocial, médico y jurídico, que ofrece una atención permanente (las 24 horas del día, los 7 días de la semana, durante los 365 días del año), inmediata y unificada en todo el territorio de Cataluña, mediante la conexión y vinculación telefónica directa (48). Entre sus funciones destacan:

- Información, asesoramiento y detección de situaciones problemáticas para los niños y adolescentes con el objetivo de prevenir consecuencias de riesgo.
- Recepción de las notificaciones de posibles malos tratos infantiles.
- Activación de los protocolos establecidos de los niños maltratados, de manera que proporcionen la coordinación y la comunicación interinstitucionales necesarias para una respuesta rápida y experta ante el maltrato infantil.
- Consulta y control del RUMI y del Sini@.
- Activación de los equipos de valoración de maltrato infantil (EVAMI) y de los otros equipos especializados [equipos de atención a la infancia y la adolescencia (EAIA), equipos técnicos de los centros de acogida (ETCA), etc.].
- Adopción de medidas de protección inmediata y activación de los recursos necesarios para hacerlas efectivas.
- Servicio de Orientación y Mediación de la Infancia y la Adolescencia (SOMIA), para atender situaciones conflictivas entre el niño o el adolescente y su entorno familiar.

Quedan integrados los teléfonos de Infancia Responde (116 111), el anterior de infancia y adolescencia (900 300 777) y el de emergencias (112).



Con la voluntad de contar con una única ley que englobe toda la legislación catalana acerca de infancia y adolescencia, que aportara mayor claridad y unificación, así como para actualizar la regulación vigente a las nuevas demandas y circunstancias sociales, en el año 2010 se aprobó la ley que rige actualmente: la Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia. Quedan derogadas las leyes anteriores 37/1991 y 8/1995. Esta ley supone una especie de código de la infancia y la adolescencia, y aúna dos conceptos: los derechos generales de niños y adolescentes, acciones para que se lleven a cabo y medidas preventivas; y por otro lado, regula la protección a niños y adolescentes cuando los mecanismos sociales de prevención no han sido suficientes y se han producido situaciones de riesgo o de desamparo, así como las medidas de intervención pública para garantizar que estas situaciones no se traduzcan en perjuicios irreparables. Es la primera ley en la que se hace mención explícita a las situaciones de desamparo por maltrato prenatal, en su artículo 105 (6):

*“2. Son situaciones de desamparo: [...]*

*c) Los perjuicios graves al recién nacido causados por maltrato prenatal. A este efecto, se entiende por maltrato prenatal la falta de cuidado del propio cuerpo, consciente o inconsciente, o la ingestión de drogas o sustancias psicotrópicas por parte de la mujer durante el proceso de gestación, así como el producido indirectamente al recién nacido por la persona que maltrata a la mujer en proceso de gestación” (6).*

Además, en su artículo 79, atribuye al departamento competente en materia de infancia y adolescencia, en colaboración con otros departamentos de la Generalitat, las universidades y los colegios profesionales y otras entidades dedicadas a los niños y adolescentes, la elaboración de listas de indicadores y factores de riesgo y listas de factores de protección. Estas listas y recomendaciones se pueden actualizar y modificar siempre que lo aconsejen los avances en el conocimiento científico y profesional (6).

En diciembre del 2013, el “Departament de Benestar Social i Família” publica en el DOGC la orden BSF/331/2013, de 18 de diciembre, por la que se aprueban las listas de indicadores y factores de riesgo, listas de factores de protección y listas de observaciones de maltrato infantil (49).

A efectos de esta Orden, los conceptos son los siguientes (49):

- Indicadores: son datos que nos muestran que hay probabilidades de que la situación sea perjudicial para las personas implicadas.
- Factores de riesgo: son las condiciones o circunstancias del niño, la familia o su entorno que pueden contribuir a hacer aparecer o aumentar una situación perjudicial para el niño.
- Factores de protección: son las condiciones o circunstancias que potencian el desarrollo del niño o adolescente y reducen las probabilidades de que aparezca una situación de riesgo o desamparo.

Estas listas se dividen en 3 ámbitos de aplicación (49):

- Listas de indicadores y factores de riesgo y protección que se deben incorporar, como herramienta de valoración, al sistema de información y gestión en infancia y adolescencia. Los destinatarios de estas listas son los profesionales de los servicios sociales especializados en infancia y adolescencia.
- Listas de situaciones de riesgo y de desamparo, de aplicación en la valoración inicial de estas situaciones definidas en los artículos 102 y 105 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo. Estas listas van dirigidas a los profesionales de los servicios sociales básicos y los especializados en infancia y adolescencia, así como a los órganos administrativos competentes en protección a niños y adolescentes.
- Listas de observaciones de maltrato infantil del RUMI, establecido por el artículo 86 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo. Sus destinatarios son la ciudadanía en general y, principalmente, los profesionales de los sectores policial, social, educativo y sanitario.

Estas listas sirven de herramienta para la tramitación, la comunicación y la información de los entes públicos y las administraciones con competencia en la materia. A pesar de que hay listas diferenciadas en función del ámbito de actuación, su contenido es muy similar. Seguidamente se resaltan los aspectos relacionados con el maltrato prenatal de las listas de observaciones de maltrato infantil del RUMI, que se dirigen, entre otros, a la ciudadanía y al sector sanitario (49).

1. Referente al aspecto físico y situación personal, el niño ha sufrido desatenciones graves y / o agresiones antes de su nacimiento si:

- El niño presenta el síndrome de abstinencia neonatal.
- El niño presenta enfermedades o trastornos asociados al consumo de tóxicos de la madre en el embarazo.
- El niño tiene lesiones físicas o neurológicas por un control médico inadecuado de la madre durante el embarazo.

2. Referente a la relación de los progenitores con el niño, éstos han desatendido gravemente y/o han agredido al niño antes de nacer si:

- La madre presenta abuso de alcohol u otras drogas durante el embarazo.
- La madre hace un inadecuado control médico del embarazo que puede suponer un riesgo para el feto.
- Se da violencia contra la madre y el feto.
- La madre realiza conductas de riesgo para el feto (vive en la calle, no acepta ayuda).
- La madre hace intentos de perder al niño o lo rechaza durante la gestación.

3. Referente al contexto social, familiar y personal del niño (a nivel general, no específico de maltrato prenatal), si:

- Los progenitores, tutores o guardadores pueden tener una adicción al alcohol u otras drogas; pueden estar sufriendo algún trastorno mental; presentan una discapacidad intelectual; presentan una enfermedad física grave.
- La vivienda no presenta unas condiciones mínimas de habitabilidad e higiene.
- Antecedentes de violencia o de abuso sexual en la historia familiar.

- Los progenitores, tutores o guardadores tienen una historia personal de desprotección infantil: historia personal de maltrato físico o de abuso sexual; de pequeños estuvieron institucionalizados en el sistema de protección.
- Situación familiar de especial consideración: alguno de los progenitores, tutores o guardadores está en prisión; se da prostitución.
- El núcleo familiar tiene dificultades sociales, económicas y/o de organización: no tiene apoyo social y/o familiar; insuficiencia de ingresos económicos para garantizar el cuidado básico del niño; los progenitores, tutores o guardadores son adolescentes con graves dificultades económicas o falta de apoyo; es un núcleo monoparental con graves dificultades económicas o con falta de apoyo.
- Las condiciones personales del niño lo pueden hacer más vulnerable: enfermedad crónica; discapacidad física, intelectual o sensorial; trastorno mental; período postnatal difícil (irritabilidad / dificultad para calmarlo / largas hospitalizaciones).

El proyecto "Infancia Responde" es un programa de actuaciones desarrollado por la DGAIA, planificado en dos fases: en la primera, se ha creado la UDEPMI, se ha ampliado y modificado el teléfono de la infancia, y se ha puesto en marcha el RUMI a nivel de hospitales. En la segunda fase, se creará la web "<http://infanciarespon.gencat.cat>". En un mismo espacio y en la red se integrará un portal temático en infancia y adolescencia, que contemplará todos aquellos aspectos relevantes de la vida de los niños con la finalidad de promocionar su ciudadanía activa y la garantía de sus derechos. La web temática irá dirigida tanto a la infancia y la adolescencia como al resto de la ciudadanía, los profesionales y los agentes implicados en su mejora y bienestar. Integrará un modelo de prevención del maltrato y un modelo de participación de los niños y adolescentes en un rol de ciudadanía activa, con una parte de acceso público y otra para profesionales (50).

El modelo de prevención se ha conceptualizado alrededor del RUMI y del módulo de apoyo a la gestión del riesgo ("*Mòdul de Suport a la Gestió del Risc*", MSGR). Este último está disponible en la red desde julio de 2011 en la siguiente dirección: <https://dps.gencat.cat/rumi/AppJava/simulacio/simulacio.html>. Engloba a *nasciturus*, recién nacidos, niños y adolescentes. A partir de los datos introducidos, y seleccionando las opciones predeterminadas entre indicadores y factores de riesgo, el sistema incorpora

un módulo de algoritmos que reportan una valoración sobre el riesgo de la situación informada y, seguidamente, asesora sobre las acciones más adecuadas a llevar a cabo (notificar el caso a la DGAIA, coordinar el caso con servicios sociales) (48).

A nivel prenatal constan 5 observaciones (además de una casilla de texto libre) (51):

1. La madre presenta abuso de alcohol u otras drogas durante el embarazo
2. La madre hace un inadecuado control médico del embarazo que puede suponer un riesgo para el feto
3. Existe violencia contra la madre y el feto
4. La madre realiza conductas de riesgo para el feto (vive en la calle, no acepta ayuda)
5. La madre hace intentos de perder al feto o lo rechaza durante la gestación

### **1.7 Protocolos: medidas de coordinación interadministrativa para la protección de niños y adolescentes ante el maltrato infantil**

A lo largo de los años se ha producido un amplio desarrollo en el campo legal y ha habido una mayor concienciación general de los abusos y maltratos a menores, sobre todo a partir de casos difundidos en los medios de comunicación. Esta realidad social ha hecho que a través de varios actores e instituciones vayan surgiendo protocolos relacionados con el maltrato infantil, a nivel nacional catalán, territorial y sectorial.

La proximidad en los servicios de protección a la infancia requiere de cierta flexibilidad a la hora de fijar el trabajo en red de los diferentes servicios en cada territorio. Se necesitan marcos de referencia generales, pero es necesario que cada territorio establezca circuitos específicos para la intervención en las situaciones de alto riesgo social infantil. Documentos de buenas prácticas que se han desplegado en algunos municipios y comarcas han tomado la forma de protocolos territoriales de actuación, que velan por la celeridad en la detección y por una buena coordinación entre los diferentes servicios del territorio.

Después de la creación del Departamento de Bienestar Social (1988) y de la aprobación de la Ley 37/1991, de 30 de diciembre, de protección de los menores desamparados y de la adopción, el Departamento de Bienestar Social publicó un conjunto de protocolos dirigidos a los ámbitos escolar, social y sanitario (52):

- *“Els maltractaments infantils a Catalunya. Què són els maltractaments infantils?”*
- *“Els maltractaments infantils a Catalunya. Detecció, intervenció i derivació de maltractaments infantils pels professionals d’ensenyament”.*
- *“Els maltractaments infantils a Catalunya. Detecció, intervenció i derivació de maltractaments infantils pels professionals del treball social”.*
- *“Els maltractaments infantils a Catalunya. Detecció, intervenció i derivació de maltractaments infantils pels professionals de la sanitat”.*

En el protocolo dirigido al ámbito sanitario ya se hace referencia explícita al maltrato prenatal, definido como: *“falta de cuidado por acción u omisión del propio cuerpo y/o autosuministro de sustancias o drogas de la mujer en proceso de gestación que, de una manera consciente o inconsciente, perjudica al feto del cual es portadora”* (5).

Asimismo, de las circunstancias que influyen negativamente en las condiciones de la gestante y su feto, se resalta y profundiza en el consumo materno de drogas, explicando las consecuencias negativas del consumo de alcohol (síndrome alcohólico-fetal) y drogas por vía parenteral. En el caso de estas últimas, destaca la problemática inicial derivada de los factores de riesgo de la gestación, y las manifestaciones tardías derivadas de la conjunción del deterioro personal y social de las familias y de la evolución de la problemática inicial. Entre la problemática inicial menciona: bajo peso, prematuridad, perímetro craneal reducido, enfermedades infecciosas (oftalmía *neonatorum*, sífilis, hepatitis, VIH) y síndrome de abstinencia. De las manifestaciones tardías destaca: retraso madurativo, retraso pondero-estatural y consecuencias de las infecciones adquiridas a través de la madre (5).

En el apartado de la prevención de los malos tratos en general, hace referencia a la importancia de una prevención primaria, que consistiría en educar y sensibilizar a la población a una edad temprana previamente a la formación de una familia. En cuanto a la prevención secundaria, dirigida a la detección precoz de familias en situación de riesgo,

destaca el papel fundamental de la comadrona a nivel prenatal y perinatal, y describe unos indicadores inespecíficos de riesgo que pueden ayudar en la valoración (5).

En 1996, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social publica *“El llibre d'en Pau. Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut”*, fruto del consenso con la DGAIA, el Instituto Catalán de la Salud y la Asociación Catalana para la Infancia Maltratada. A través de “Pau”, que simboliza a todos los niños, se explica los tipos de maltrato y como diagnosticarlos, así como los circuitos de actuación (4).

En 1999 se elaboró un *“Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments a menors en la demarcació de Barcelona”*, firmado por miembros del Departamento de Justicia, el “Síndic de Greuges” y la Delegación del Gobierno en Cataluña. Ese mismo año también se elaboró un *“Protocol hospitalari d'actuació assistencial i medicolegal de les situacions d'abús sexual i maltractament infantil en urgències”*, consensuado por los jefes de pediatría de los hospitales de referencia para abusos sexuales en Cataluña (53).

En septiembre de 2006, el “Síndic de Greuges” elaboró el *“Protocol marc d'actuacions en casos d'abusos sexuals i altres maltractaments greus a menors”*, como documento de referencia para la elaboración de los protocolos específicos por cada departamento. En octubre de 2006, desde el Departamento de Salud conjuntamente con el Departamento de Bienestar y Familia, se elabora el *“Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts en la infància”*. Aunque se describen los diferentes tipos de maltrato, entre ellos el prenatal, hace referencia principalmente a la detección del maltrato agudo: el abuso físico y sexual, que se suelen detectar en los servicios de urgencias. Su finalidad era detectar al niño con maltrato agudo y asegurar su protección después del alta hospitalaria, evitar la victimización secundaria, proteger los derechos de los menores en defensa de su integridad y dignidad, y mejorar la coordinación entre las diferentes instituciones que atienden los casos (48,53).

Cabe señalar que a este impulso le precede un hecho trágico: el caso Alba, una niña de 5 años que fue víctima de malos tratos graves, entre el 2005 y el 2006, con daños y secuelas graves a su persona, que dejó al descubierto las dificultades de detección, notificación y coordinación de los servicios públicos y administraciones ante estas situaciones. En este contexto, se impulsan y se articulan medidas de actuación para mejorar la atención a los niños en riesgo en un primer nivel (la creación de los EVAMI y del RUMI), así como la

elaboración de protocolos específicos de actuación contra los malos tratos, las mesas territoriales de coordinación e intervención y el incremento de la plantilla de los EAIA (48).

En 2008 surge la segunda edición del “*Protocol d’actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts en la infància*”, fruto de la evaluación de la implementación del protocolo del 2006 y del registro RUMI en los hospitales materno-infantiles de la Vall d’Hebron y Sant Joan de Déu, así como tras la creación de la UDEPMI de la DGAIA en el 2007 (54).

En el año 2010, la Secretaría de Infancia y Adolescencia del Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya, publica el “*Protocol de coordinació d’actuacions per a la prevenció i l’abordatge del maltractament prenatal*”, centrado en los circuitos de actuación en la comarca de Tarragona. Se trata del primer protocolo específico en el ámbito prenatal. En 2007, el Hospital Universitario Joan XXIII expresa a la Comisión Interdepartamental de Coordinación de actuaciones dirigidas a niños y adolescentes con discapacidades o riesgo de sufrirlas (CTIC) de la comarca de Tarragona, su preocupación por el aumento de casos de recién nacidos con síndrome de abstinencia. A raíz de esta preocupación y de constatar la desconexión entre servicios, se ve la necesidad de buscar soluciones y agilizar los circuitos de comunicación para potenciar el trabajo en red. Las CTIC territoriales fueron creadas con el encargo de coordinar los recursos, servicios y profesionales vinculados al ámbito de la infancia y la adolescencia y facilitar el trabajo en red. Se elaboró un circuito general y otros de específicos desde servicios sociales, drogodependencias, salud mental y servicio obstétrico/pediátrico. En uno de sus anexos se incluye una lista de indicadores de riesgo (34 en total) (55).

En este protocolo se resaltan las actividades de los profesionales, que deberían ir dirigidas a:

- Incidir en los riesgos previos al nacimiento, acceder al núcleo familiar con motivo del embarazo para iniciar desde este momento los cambios necesarios que favorezcan al recién nacido.
- Detectar de manera precoz embarazos de riesgo en gestantes en tratamiento en centros de atención y seguimiento de las drogodependencias (CAS), y en centros de salud mental de adultos (CSMA).



- Coordinar los servicios implicados para conseguir más eficacia en la atención a las embarazadas.
- Identificar los factores de riesgo para el futuro recién nacido.
- Aportar una asistencia adecuada en el periodo de gestación que garantice los aspectos biopsicosociales, así como la continuidad de estos desde los diferentes servicios que intervienen (CAS, CSMA, hospitales y servicios sociales).

También destaca la importancia de tener más presente la familia extensa o los soportes ecológicos de la madre en el supuesto de que se valore la necesidad de retirar al recién nacido de los progenitores. Este trabajo paralelo del programa prenatal y la valoración familiar podría evitar una victimización secundaria del recién nacido, y que no pase por tantas instituciones o familias (55).

Después de la implementación y la aplicación del Protocolo, se ve necesaria su revisión, por lo que en el año 2016 se publica la *“Actualització del Protocol de coordinació d’actuacions per a la prevenció i l’abordatge del maltractament prenatal”*. Entre otras modificaciones, se incluye el artículo 105 de la nueva Ley de infancia (Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia), el cual considera un tipo de desamparo el maltrato prenatal; se revisa la parrilla de indicadores de riesgo y riesgo grave (Tablas 1 y 2) teniendo en cuenta los publicados en la Orden BSF/331/2013, de 18 de diciembre; finalmente, se revisan, actualizan y amplían los circuitos de los diferentes equipos y servicios (56).

**Tabla 1.** Parrilla de indicadores de riesgo de la “Actualització del Protocol de coordinació d’actuacions per a la prevenció i l’abordatge del maltractament prenatal” (año 2016) (56).

INDICADORES DE RIESGO
1. Embarazo sin control (también se considera si sólo ha hecho una o dos visitas)
2. Embarazo mal vivido y no aceptado
3. Maternidad prematura con falta de responsabilidad
4. Desnutrición o mala alimentación materna
5. Consumo de tabaco durante la gestación de forma habitual
6. Gestantes con múltiples parejas y comportamientos promiscuos
7. Madres con discapacidad psíquica
8. Gestante sin apoyo afectivo o familia conflictiva
9. Renuncia del hijo en la gestación
10. Antecedentes por abuso o negligencia en hijos anteriores
11. Gestantes que estén cumpliendo medidas penales
12. Vivienda sin condiciones de habitabilidad, hacinamiento o falta de vivienda
13. Gestantes con itinerancia con riesgo de exclusión social
14. Gestante en tratamiento en el CAS

**Tabla 2.** Parrilla de indicadores de riesgo grave de la “Actualització del Protocol de coordinació d’actuacions per a la prevenció i l’abordatge del maltractament prenatal” (año 2016) (56).

INDICADORES DE RIESGO GRAVE
1. La gestante presenta embarazo sin control médico con riesgo para el feto
2. No acudir a visitas programadas de patología obstétrica (ARO)
3. Prostitución activa durante el embarazo
4. Ingestión no controlada de fármacos
5. Consumidora habitual de drogas (alcohol, cocaína, cannabis, drogas de diseño...)
6. Trastornos mentales graves u otras enfermedades mentales graves sin control
7. Situaciones de enfermedades graves, crónicas o agudas sin control
8. Maltrato familiar o de género o negligencia contra la madre

A nivel postnatal, un recién nacido con clínica sugestiva de síndrome de abstinencia a drogas (SAD) debería alertarnos de un posible maltrato prenatal.

Por último, mencionar la reciente aprobación el 18 de julio del 2017 del “*Protocol marc d’actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya*” (acuerdo GOV/97/2017) (2). Complementa el protocolo de actuación en el ámbito educativo, aprobado en junio de 2016 (acuerdo GOV/79/2016).

Supone la puesta en práctica del artículo 83 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, sobre “planes de colaboración y protocolos de protección ante los maltratos a niños y adolescentes”.

El objetivo principal es atender cualquier maltrato infantil mediante una intervención coordinada y eficaz de los departamentos de la Generalitat y, en la medida de lo posible, del resto de administraciones. Fija el conjunto de procedimientos que se deben seguir en los diferentes ejes de intervención, que son: la detección, la comunicación, la evaluación y el tratamiento y seguimiento. No trata de forma específica el eje de la prevención. Además, pretende ser el protocolo marco para otros en ámbitos más específicos (sanidad, servicios sociales, ocio, policía y justicia), y para formas de maltrato concretas.

Es el instrumento básico para garantizar unos estándares mínimos en la atención a los niños y adolescentes víctimas de maltrato. Los departamentos directamente implicados en esta coordinación son los competentes en los ámbitos social, de salud, educativo, de ocio, de participación y deporte, policial y judicial, de ejecución penal y de políticas de mujeres.

Como novedad, el nuevo protocolo incluye la figura del delegado/a de protección contra el maltrato a niños y adolescentes en los servicios donde se desarrollen actividades organizadas con los niños y adolescentes, a excepción de los centros educativos, donde esta figura ya está desarrollada por el director/a de cada escuela o instituto. Deberá ser una persona con formación específica sobre los malos tratos y tendrá como función ser el referente con quien se debe contactar ante cualquier indicio de maltrato, asesorar sobre cómo intervenir y cómo informar, y hacer un seguimiento de los casos detectados.

Hace referencia a las necesidades de la infancia (biológicas, cognitivas, emocionales-sociales). Aborda el fenómeno del maltrato a partir del punto de vista del niño o del adolescente y de sus necesidades. Amplía la percepción del maltrato, a menudo limitado a determinadas formas de violencia física, psíquica o sexual, e incluye todas aquellas situaciones que, a pesar de no tener una implicación penal o policial evidente, constituyen desde el punto de vista del niño o del adolescente una vulneración a sus derechos que supone un riesgo para su adecuado desarrollo personal. La insatisfacción de estas necesidades es causa de las diferentes formas de maltrato, tanto en el ámbito interfamiliar como en situaciones extrafamiliares.

Define como maltrato infantil la acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño o adolescente de sus derechos y de su bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

Para definir el maltrato prenatal utiliza el artículo 105.2.c de la Ley 14/2010, de 27 de mayo.

La detección y la notificación son dos conceptos indisolubles para poder intervenir y posibilitar la ayuda al niño o adolescente maltratado y a su familia. Es una obligación legal del ciudadano y del profesional, y debe hacerse en todos los casos.

Los profesionales de los servicios sociales aplicarán la herramienta de cribado, y cuando consideren la necesidad de protección inmediata, lo comunicarán a la DGAIA. La herramienta de cribado incluye las listas del Orden BSF/331/2013 de indicadores para detectar situaciones de riesgo y de desamparo. Cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requiera, deberán comunicarlo a los Mossos d'Esquadra o al juzgado de guardia o fiscalía.

Dentro del ámbito sanitario, y en el apartado del protocolo dedicado al tratamiento y seguimiento, menciona la función de prevención. Los profesionales sanitarios que atienden a niños y adolescentes, y en especial los equipos de pediatría de las Áreas Básicas de Salud, así como los que atienden a mujeres embarazadas, son los que se encargan de la promoción del buen trato del niño y el adolescente, y de la prevención de situaciones que son perjudiciales para su sano desarrollo integral o para su bienestar (de acuerdo con el artículo 74 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de Prevención general).

## 1.8 La Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia

### Ordenación territorial

La DGAIA ordena geográficamente los servicios y los recursos que ofrece y gestiona en siete servicios territoriales (Figura 1): el Servicio Territorial de Barcelona Ciudad, el Servicio Territorial de Barcelona Metropolitana (creado en el año 2016, engloba la comarca del Baix Llobregat y los municipios de Badalona, Hospitalet de Llobregat, Sant Adrià de Besòs y Santa Coloma de Gramenet), el Servicio Territorial de Barcelona Comarcas, el Servicio Territorial de Gerona, el Servicio Territorial de Lérida, el Servicio Territorial de Tarragona y el Servicio Territorial de las Tierras del Ebro (52,57).



**Figura 1.** Mapa de Catalunya con la ordenación territorial de la DGAIA. Fuente: “Mapa de recursos i serveis de la DGAIA 2016” (57).

Dentro de cada territorio hay diferentes EAIA, integrados por un psicólogo, un pedagogo, un trabajador social y un educador social. Hacen el diagnóstico, la valoración de los niños y de su entorno sociofamiliar, y proponen las medidas más adecuadas para cada caso. También hacen el seguimiento y el tratamiento una vez se han aplicado las medidas propuestas. Son los responsables de coordinar los otros equipos y servicios de su territorio que también intervienen en la atención a los niños en desamparo, así como ofrecen asesoramiento a los servicios sociales básicos de atención social (52,58).

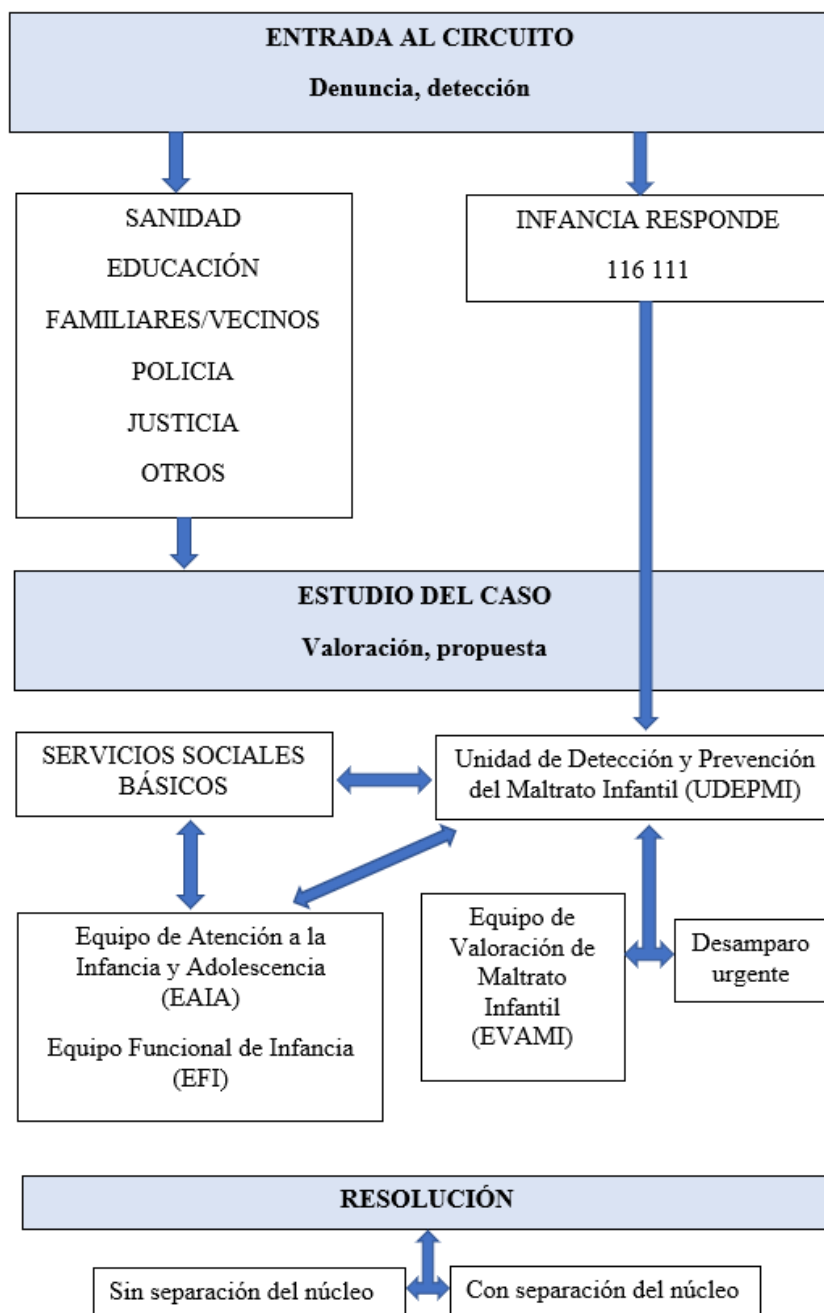
Las unidades básicas de funcionamiento de los servicios territoriales de la DGAIA son los Equipos Funcionales de Infancia (EFI). Sus funciones consisten en elaborar y conocer los datos relativos a la infancia de su territorio, los recursos existentes en el mismo y su ocupación. Coordinan los servicios sociales de atención primaria, los EAIA y los recursos del territorio en aplicación de políticas de infancia. Gestionan las propuestas y las medidas de los equipos técnicos y velan por su ejecución (52,58).

### **Circuitos de protección a la infancia y adolescencia** (Figura 2)

La entrada al circuito de protección es a través de la denuncia de las personas o instituciones que están más cerca de los niños y adolescentes, que son los que mejor pueden detectar las situaciones de riesgo o de desamparo que requieren una intervención de los equipos especializados. Estas personas o instituciones son principalmente (52,58):

- Los familiares y vecinos
- Los profesionales de los centros escolares
- Los equipos de atención psicopedagógica (EAP)
- Los monitores de las entidades infantiles y juveniles
- Los profesionales de los centros hospitalarios
- Otros servicios sanitarios
- Servicios de Justicia (Fiscalía y Juzgados)
- Los profesionales de los Centros de Atención Primaria (CAP)
- La policía (policía local y Mossos d'Esquadra)
- Infancia Responde: teléfono 116 111 (o en su defecto, el 900 300 777 o el 112)
- Los profesionales de los servicios sociales básicos

Todos los ciudadanos que tengan conocimiento de la situación de riesgo o desamparo en que se encuentre un niño o adolescente tienen el deber de ponerlo en conocimiento de los servicios sociales básicos especializados o de la DGAIA.



**Figura 2:** Esquema de los circuitos de protección a la infancia y adolescencia. [Adaptado de: *Mapa de recursos i serveis de la DGAIA 2016* (57); *Informe estadístic mensual DGAIA-Març de 2018* (9)].

A nivel del maltrato prenatal, resaltar la importancia de que los diferentes profesionales que atienden a mujeres embarazadas hagan una detección precoz de situaciones de riesgo que puedan afectar el bienestar fetal, ya sea desde atención primaria (médicos de familia, atención a la salud sexual y reproductiva, comadronas y ginecólogos), atención especializada (centros de atención y seguimiento a drogodependencias, centros de salud mental infantil-juvenil y de adultos), o atención hospitalaria (unidades de alto riesgo obstétrico, ginecología, pediatría-neonatología, urgencias). Posteriormente se notificará el caso a los servicios sociales, ya sea los del área básica de salud o los hospitalarios, que realizarán el estudio pertinente.

Una vez detectada y denunciada la situación de riesgo o desamparo, hay dos circuitos generales para evaluar el caso y hacer la propuesta de la medida protectora más adecuada en función de la gravedad del caso: un circuito ordinario o un circuito urgente, que a la vez están interrelacionados entre sí. En todo este proceso será necesario haber escuchado al niño/adolescente, si tiene suficiente conocimiento (52,58).

#### Circuito ordinario:

Los servicios sociales básicos deben valorar la posible existencia de una situación de riesgo para un niño o adolescente, y promover, en su caso, las medidas educativas y de atención social que permitan disminuir o eliminar la situación de riesgo mediante la colaboración de los padres, tutores o guardadores.

Si con la intervención de los servicios sociales no se consigue disminuir o controlar la situación de riesgo, deben elevar el informe a los servicios especializados en infancia y adolescencia del territorio (EAIA). Éstos, a su vez, deben hacer un estudio sociofamiliar y elaborar un compromiso socioeducativo y/o plan de intervención dirigido a los progenitores o los titulares de la tutela, orientado a la superación del riesgo que rodea al niño o al adolescente. Si la situación de riesgo no es superada y se da una situación de desamparo, deben elaborar un informe con la propuesta de medida de protección más adecuada y la elevarán al organismo competente de la Generalidad de Cataluña (DGAIA), quien incoará el correspondiente expediente (52,58).



### Circuito urgente:

El procedimiento para atender situaciones de valoración urgente se da cuando la situación que sufre el niño es insostenible y de riesgo grave o muy grave, y puede requerir la separación inmediata del entorno familiar porque pone en peligro de manera manifiesta su vida o su integridad física o psíquica.

En caso de activación en el ámbito hospitalario, la UDEPMI puede requerir la actuación de un EVAMI, integrados por un psicólogo/a y trabajador/a social, que se desplaza al centro hospitalario para valorar la situación.

En función de cada caso se puede resolver que el niño o adolescente permanezca con sus progenitores/tutores (contención en núcleo familiar) bajo un seguimiento socioeducativo, o bien que sea separado cautelarmente de su familia y ubicado en un recurso de protección inmediata. Esta situación será transitoria, hasta que el equipo técnico determine, tras hacer la evaluación y el diagnóstico, la propuesta de medida protectora más beneficiosa para el niño o adolescente (52,58).

### **Recursos de protección y atención a menores**

Los recursos de protección y atención que se pueden ofrecer según cada caso son (52,58):

- Acogimiento familiar simple: en familia extensa o en familia aliena. Transitoriamente se hacen cargo del menor en espera que lo puedan hacer sus progenitores/tutores. Idealmente, es una medida transitoria con una duración máxima de 2 años (acogimiento de corta duración), aunque según el caso puede requerir un tiempo mayor (acogimiento de larga duración). Se prioriza el acogimiento en familia extensa.
- Acogimiento familiar permanente.
- Acogimiento de urgencia y diagnóstico: el menor es acogido hasta 6 meses mientras se realiza el estudio de la situación de su familia de origen y se valora la propuesta más idónea para el menor.
- Acogimiento preadoptivo: esta modalidad y el acogimiento en familia aliena se realizan a través del Instituto Catalán de la Adopción.

- Acogimiento en centro: a su vez puede ser un centro residencial de acogimiento temporal y limitado en espera del estudio y resolución del caso (CAUI: centro de acogida y urgencia infantil), o un centro residencial de acción educativa (CRAE), con las funciones de guarda y educación de menores de 18 años en acogimiento simple en institución. En los casos de menores tutelados de 12 a 17 años con alteraciones conductuales que requieren unas medidas educativas especiales, están los centros residenciales de educación intensiva (CREI).

### **1.9 Consecuencias de la institucionalización en centros y la deprivación familiar durante los primeros años de vida**

Una vez estudiado el caso, el organismo competente, la DGAIA, puede resolver que el recién nacido siga con su madre y realizar seguimiento por los servicios sociales, o bien puede declarar al recién nacido en desamparo. En caso de desamparo que requiera una medida de separación, se prioriza que el recién nacido pase a familia extensa, pero si esto no es posible, pasará a una familia aliena de urgencia o a un centro, de manera transitoria, hasta completar el estudio y adoptar una medida más definitiva.

El hecho de que el recién nacido no esté con sus padres, o en su defecto, con un cuidador referente, puede tener consecuencias negativas para su desarrollo. Además, también le puede afectar negativamente si se produce un cambio de referente en una etapa crítica del desarrollo, cuando ya ha realizado el vínculo con su cuidador habitual.

Hay bastante bibliografía centrada en los efectos a largo plazo en los niños adoptados procedentes de centros de internamiento. Una gran parte de los datos procede del estudio de los orfanatos de la Europa de Este (Rumanía en particular, y Rusia), con una deprivación de cuidados muy importante a todos los niveles: físico, emocional, conductual y social. Si bien los centros de acogida de nuestro entorno no son tan hostiles, sí que comparten algunas características comunes inherentes a la internalización y a la ausencia de un cuidador referente permanente y exclusivo.

Los estudios revelan que los niños post-institucionalizados muestran tasas de problemas de conducta más altas de lo esperado, que afectan a la internalización (trastorno similar al espectro autista), la externalización (compromiso social desinhibido), y la atención (déficit de atención e hiperactividad) (59,60).

Se debe destacar que los estudios que asocian la adversidad temprana y el trastorno mental posterior son de tipo observacional, ya que la exposición experimental de los niños a la privación es éticamente inaceptable. Además, pueden tener limitaciones por la heterogeneidad en el tipo de exposición, el momento en que se produce, la gravedad y duración de la misma, los factores genéticos, los antecedentes prenatales/perinatales y los tipos de cuidados de la institución, por lo que todo ello puede condicionar los resultados obtenidos. Sí que hay estudios experimentales en animales que permiten correlacionar los hallazgos obtenidos con los estudios observacionales en humanos (59,61).

El mecanismo exacto por el que la privación temprana afecta al desarrollo se desconoce. Existen varias hipótesis, aunque ninguna de ellas explica plenamente los efectos de la institucionalización temprana en el desarrollo. Algunas de las hipótesis propuestas son las siguientes (61):

Efecto acumulativo: las primeras experiencias afectan los resultados posteriores, en gran parte, a través de la continuación de las circunstancias de privación. Un cambio en la calidad del medio ambiente iría acompañado de un cambio en la trayectoria del desarrollo, con una recuperación casi completa posible a lo largo del tiempo. El momento de la experiencia tiene una influencia mínima en relación con la duración y la intensidad de la experiencia.

Programación del desarrollo: sugiere que durante ciertos períodos sensibles del desarrollo, una determinada experiencia afecta la "programación" del cerebro. Si la experiencia tiene lugar fuera de ese periodo, es probable que tenga un efecto limitado sobre los resultados.

Hay 2 hipótesis de programación: experiencias expectantes y adaptativas.

Experiencias expectantes: propone que se requieran ciertas experiencias dentro de períodos sensibles específicos del desarrollo para que se produzca un desarrollo normal. En caso de no ser así, experiencias posteriores tienen un impacto mínimo en el desarrollo. Si los niños son institucionalizados durante un período sensible y no tienen las experiencias esperadas necesarias, tendrán efectos permanentes. Los niños criados en instituciones podrían carecer de una relación temprana apropiada entre cuidador e hijo, de la oportunidad de explorar libremente el ambiente o, en algunos casos, de una nutrición y atención médica adecuadas. Es posible que haya un umbral de gravedad de la privación tal que sólo los niños que estén "suficientemente privados" demostrarían efectos.

Experiencias adaptativas: sugiere que durante ciertas fases sensibles del desarrollo, un individuo se adapta a las circunstancias específicas de su entorno. Esta adaptación queda "bloqueada" y no cambia si el entorno del niño cambia más tarde. Si las experiencias no son las adecuadas, tampoco lo es la adaptación.

El cerebro está constantemente siendo moldeado, consciente e involuntariamente, por estímulos ambientales que nos rodean, ya desde la etapa prenatal y durante toda la vida. El circuito neuronal implicado en el comportamiento social y emocional está entre los que parecen estar fuertemente marcados por la experiencia, y la experiencia temprana en estos dominios probablemente juega un papel clave en la vulnerabilidad o resiliencia a la adversidad futura (62).

Los estudios en animales y en humanos sugieren que la exposición a un estrés agudo produce unos cambios que pueden ser favorables, pero la exposición crónica al mismo factor estresante condiciona una mala respuesta adaptativa con cambios en regiones específicas del cerebro a nivel anatómico y funcional, que son perjudiciales para el desarrollo y función. Si esta exposición tiene lugar en periodos críticos del desarrollo, puede condicionar la formación anómala de los circuitos neuronales, que perdurarían en el tiempo.

Algunas publicaciones documentan una alteración de los sistemas de respuesta al estrés como resultado de la exposición a entornos adversos en la primera infancia (63). La presencia materna tiene una fuerte influencia reguladora en la actividad del sistema nervioso simpático y del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. La falta de atención, cuidados sensibles y contingencia que pueden sufrir los niños institucionalizados, generan un apego inseguro y una activación de estos sistemas, produciendo un aumento de los niveles de cortisol y de la actividad simpática. Esta activación, producida en un periodo sensible y mantenida durante la primera infancia, podría conllevar a unas alteraciones permanentes que ocasionan una reducción de la respuesta de estos sistemas a largo plazo, objetivados por niveles de cortisol matutinos más bajos, una pendiente del descenso diurno de cortisol menos pronunciada, y respuestas de cortisol al desafío social disminuidas. Se desconocen los mecanismos exactos de esta reprogramación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. Posibles mecanismos propuestos serían una regulación a la baja de los receptores de la hipófisis para la hormona hipotalámica liberadora de corticotropina (CRH), o una retroalimentación negativa del cortisol sobre la secreción de CRH en el hipocampo. Las

consecuencias para la salud a largo plazo de estas alteraciones requieren mayor investigación (64).

Hay estudios que objetivan cambios epigenéticos consistentes en un aumento de la metilación de ciertos genes en los niños expuestos a condiciones institucionales de privación, que se correlacionan con alteraciones sociocognitivas (65).

Otros estudios en humanos se han centrado en investigar las alteraciones cerebrales que se producen a nivel anatómico y funcional medidas por resonancia magnética. Aunque los mecanismos precisos de la plasticidad no son completamente conocidos, el estrés de intensidad moderada a severa parece aumentar el crecimiento de varios sectores de la amígdala, mientras que los efectos en el hipocampo y la corteza prefrontal tienden a ser los opuestos (62,66). Estudios de niños institucionalizados respecto a los que no, muestran un aumento del tamaño de la amígdala en los niños post-institucionalizados que fueron adoptados más tarde de los 15 meses, en comparación con los que fueron adoptados antes y los no institucionalizados (analizado a una edad prepuberal). Además, se correlaciona con mayores tasas de ansiedad y comportamiento introvertido reportadas por los padres. Los mismos resultados de aumento del tamaño de la amígdala se han visto en niños expuestos crónicamente a una madre con síntomas depresivos desde el nacimiento. Estos hallazgos son consistentes con la idea de que el estrés en la vida temprana induce cambios estructurales en el cerebro en desarrollo. Los dos hallazgos estructurales más prominentes en la literatura humana sugieren que el volumen de amígdala se incrementa mientras que sectores de la corteza prefrontal disminuyen. La edad en la que estos efectos ocurren se desconoce y requiere más estudios. Este patrón de desarrollo de la amígdala se ha sugerido que ocurre en el cerebro autista. La amígdala, la corteza prefrontal y sus interconexiones han sido fuertemente implicadas en la regulación de la emoción y del bienestar, y sus disfunciones y/o anomalías estructurales han sido implicadas en la psicopatología (66).

La edad en la que se produce la adopción de un niño institucionalizado parece ser un factor decisivo en el riesgo de padecer consecuencias adversas a nivel social, conductual y de comportamiento. Si el tiempo de permanencia al centro es inferior a los 6 meses de edad parece no ser suficiente para provocar estos efectos negativos. En cambio, los niños adoptados a los 18-24 meses de edad son los que tienen más riesgo de desarrollar alteraciones, y una exposición al centro más prolongada no aumenta la problemática necesariamente (59-61).

Los niños que permanecen institucionalizados en la franja de edad de los 6 a 24 meses parecen tener un inicio más temprano y mayores tasas de síntomas de trastorno del espectro autista, compromiso social desinhibido y de falta de atención/hiperactividad, comparado con los que son adoptados antes de los 6 meses de edad (60). Estas alteraciones tienden a mantenerse con el paso de los años, pero también pueden empeorar o empezar a manifestarse llegada la adolescencia, cuando no pueden hacer frente a las necesidades propias de esta etapa (59-61). Por otra parte, los niños que ingresan en una institución después de los 2 años tienen menos problemas. La privación dentro de los dos primeros años de vida parece ser particularmente importante para el desarrollo de los niños, por lo que es probable que el momento de la privación más que la simple duración de la exposición, contribuya a los problemas más adelante (61).

En cambio, las alteraciones cognitivas derivadas de la deprivación desaparecen con el tiempo y no hay diferencias entre los niños que son adoptados antes o después de los 6 meses (60,66). Este curso distinto puede traducir que la privación institucional opera de diferentes maneras para el deterioro cognitivo, haciéndolo más remediable, o que la vida familiar adoptiva proporciona un contexto remediador más poderoso para el deterioro cognitivo. También pone en evidencia la existencia de la plasticidad neuronal a largo plazo en seres humanos (62).

Existe una creciente literatura que documenta los cambios funcionales y estructurales en el cerebro que se producen con intervenciones específicas diseñadas para reducir el estrés y fomentar el comportamiento y el bienestar prosocial (62). La terapia cognitiva mejora la función prefrontal y mediante esta activación prefrontal mejorada se inhibe la activación de la amígdala. Se han estudiado alteraciones cerebrales funcionales con la meditación realizada con profesionales expertos. En respuesta a sonidos emocionales se producen cambios en la resonancia magnética funcional (oscilaciones y sincronismo gamma mejorados, así como una mejora en las imágenes dependientes del nivel de oxigenación sanguíneo o BOLD), en regiones cerebrales que incluyen la unión insular y temporo-parietal, implicadas en la empatía en estudios previos, que sugieren un aumento general de la plasticidad sináptica a través de esta forma de práctica mental (62).

Otras investigaciones sugieren que la meditación de atención plena (“*mindfulness*”), basada en la autorreferenciación que favorece la experiencia instantánea momentánea, puede operar a través de efectos que son opuestos a los producidos por el estrés, con una

reducción en el volumen de la materia gris de la amígdala que se correlaciona con una reducción en el estrés percibido (62).

El entrenamiento mental adecuado para promover el autocontrol temprano podría mejorar los resultados prosociales en la edad adulta. Si tales intervenciones pueden producir cambios que tengan consecuencias duraderas es una posibilidad que requiere más investigación (62).

### **1.10 Consecuencias del maltrato prenatal derivadas del consumo materno de drogas**

Las consecuencias del maltrato prenatal pueden ser muy graves y afectar al correcto desarrollo posterior del individuo. Uno de los campos más estudiados ha sido el consumo materno de drogas durante la gestación. Inicialmente, el concepto de maltrato prenatal en nuestro entorno se centró en el consumo de drogas por la gestante, ya sea por la coincidencia temporal con la epidemia de consumo poblacional de la década de los 80 del siglo pasado, o bien por los efectos perjudiciales relacionados con el consumo materno detectados en fetos y recién nacidos.

La mayoría de drogas pasan la barrera placentaria y pueden tener efectos fetales/neonatales agudos y crónicos. Los efectos negativos iniciales, con alguna disparidad, quedan documentados en multitud de publicaciones. Sin embargo, los estudios de los efectos a largo plazo son más discrepantes, en gran medida por la asociación de elementos que pueden alterar el desarrollo normal del individuo, como son la prematuridad y las alteraciones sociales/ambientales. Otras limitaciones en la interpretación de los resultados obtenidos en estudios sobre drogas son el método utilizado para detectar el consumo (encuestas, matrices biológicas), el policonsumo (difícil atribuir el efecto observado a una droga en concreto), conocer el patrón de consumo (desde cuándo, cantidad, momento de consumo referente al embarazo), conocer la composición de la droga (pureza, mezclas, aditivos), conocer el tipo de estimulación que recibe el hijo de madre consumidora y el ambiente donde ha crecido, así como la presencia de comorbilidad asociada.

Las drogas pueden afectar al feto de múltiples maneras. De forma directa pueden tener efectos teratógenos cuando se consumen al comienzo de la gestación, durante la fase embrionaria. Más adelante, durante el período fetal, las drogas pueden tener efectos más sutiles, incluyendo alteraciones en el crecimiento, maduración, anomalías en los

neurotransmisores y sus receptores, y en la organización cerebral (proliferación, diferenciación y migración neuronal) (56,67).

Además, las drogas también pueden ejercer un efecto farmacológico sobre la madre y afectar indirectamente al feto, a través de neurotransmisores maternos u otros metabolitos que pasan la barrera placentaria. Otros efectos indirectos en el feto incluyen una alteración en el sustrato nutricional, ya sea debido a la insuficiencia placentaria o la alteración de los comportamientos de salud materna que ocasionan malnutrición; una disminución del control gestacional, que puede comportar la no detección de patología materna/fetal tributaria de tratamiento; un aumento a la exposición a la violencia; y un aumento del riesgo de enfermedad mental e infecciones, que pueden poner al feto en riesgo (67). Otro efecto indirecto es la afectación producida por su retirada, el SAD.

Asimismo, el consumo de drogas puede ocasionar un daño transgeneracional, no sólo por la herencia de genes que predisponen al consumo, sino también por cambios epigenéticos que modifican la expresión génica sin alterar la secuencia del ADN y que pueden heredarse (como la metilación del ADN). Las alteraciones epigenéticas fetales podrían ser consecuencia directa del consumo de drogas materno durante la gestación, o por otro lado, podrían ser heredadas a través de las alteraciones ocasionadas en las células germinales de los progenitores (madre y/o padre), los cuales han consumido drogas previamente a la gestación. Estas alteraciones epigenéticas podrían explicar la predisposición al consumo de drogas en las siguientes generaciones, así como la presencia de otras anomalías (68).

A continuación, se van a exponer los efectos derivados del consumo materno de las principales drogas.

### **1.10.1 Tabaco**

A pesar de que el consumo de tabaco no es ilegal, sí se conocen efectos negativos sobre el feto. La nicotina, el principal componente psicoactivo del tabaco, es sólo uno de los más de 2500 compuestos tóxicos presentes en el tabaco, además de los más de 4000 presentes en el humo del tabaco. Las concentraciones de nicotina y su principal metabolito, la cotinina, son mayores en el compartimiento fetal (placenta, líquido amniótico, suero fetal), en comparación con las concentraciones séricas maternas. Aunque los mecanismos exactos por los cuales la nicotina produce efectos fetales adversos son desconocidos, es probable



que la hipoxia, cambios en la densidad capilar placentaria y los efectos vasoconstrictores directos en los vasos placentarios y umbilicales jueguen un papel en la desnutrición fetal. También se ha demostrado que la nicotina tiene efectos deletéreos significativos en el desarrollo cerebral, incluyendo alteraciones en el metabolismo cerebral y en el sistema de neurotransmisores (67,69).

El tabaquismo materno durante la gestación se ha relacionado con aborto espontáneo, muerte neonatal, prematuridad, bajo peso/longitud/perímetro craneal al nacer (pequeños para la edad gestacional), desprendimiento de placenta, placenta previa y rotura prematura de membranas, muerte súbita del lactante, aumento del riesgo de infecciones respiratorias en la infancia y la adolescencia, retraso en el desarrollo del lenguaje y problemas de aprendizaje y de conducta (se ha relacionado con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad). Cabe destacar que a los 24 meses de edad, la mayoría de los estudios no demuestran un efecto en los parámetros de crecimiento somático, pero sí permanecen las alteraciones cognitivas, del lenguaje y del comportamiento (67,69).

Aunque a nivel global no parece aumentar el riesgo de malformaciones congénitas, sí que se ha relacionado con un mayor riesgo de alguna de ellas: fisura labial (con o sin fisura palatina asociada), gastrosquisis, atresia anal, anomalías de las extremidades y digitales, cardiopatías congénitas y anomalías renales. Estas anomalías parecen relacionadas con el consumo durante el primer trimestre y con una mayor cantidad consumida. En otros casos, como en el riesgo de óbito fetal y bajo peso al nacimiento, se ha relacionado con el consumo durante el segundo y tercer trimestre de la gestación (69).

A pesar de que no hay datos convincentes que provoque un SAD neonatal, sí hay evidencia que de una forma dosis-dependiente, puede provocar manifestaciones de estrés neonatal: aumento del tono muscular, hiperexcitabilidad, irritabilidad y disminución de la autorregulación con aumento de la necesidad de ser cogidos por los padres (69,70).

Por último, señalar que el tratamiento de la deshabitación con productos que contienen nicotina (chicles, parches, comprimidos), no se puede considerar seguro y no está exento de riesgos, pero puede limitarlos al controlar la dosis administrada y evitar la exposición a otros compuestos tóxicos presentes en el tabaco. Tampoco son seguros los cigarrillos electrónicos que dispensan nicotina a través de un vapor inhalable (69,70).

### 1.10.2 Alcohol

Las mujeres que consumen alcohol provienen de todos los estratos socioeconómicos, edades y etnias. Además, pueden consumir otras sustancias ilícitas. Algunas de ellas todavía no saben sus efectos perjudiciales durante la gestación.

El etanol atraviesa fácilmente la placenta y los niveles de alcohol en la sangre fetal se acercan a los niveles maternos dentro de las dos horas de la ingesta. La eliminación del alcohol depende principalmente de la capacidad metabólica materna a través de la enzima alcohol-deshidrogenasa, cuya actividad varía ampliamente entre las mujeres embarazadas, y puede ayudar a explicar por qué cantidades similares de consumo de etanol resultan en presentaciones fenotípicas muy variadas en los recién nacidos. Los polimorfismos del gen de la alcohol-deshidrogenasa, tanto maternos como fetales, podrían contribuir a una mayor susceptibilidad a los efectos del alcohol (71).

Se ha planteado una variedad de mecanismos que explican los efectos del alcohol sobre el feto. Estos incluyen: efectos teratógenos directos durante la fase embrionaria y fetal del desarrollo, toxicidad del alcohol en la placenta, alteración de la síntesis de prostaglandinas y proteínas, alteraciones hormonales, efectos nutricionales, alteración de los niveles de neurotransmisores fetales, alteraciones en la morfología cerebral y desarrollo neuronal, y la hipoxia (67). Esta última se cree atribuible a la disminución del flujo sanguíneo placentario y alteraciones del tono vascular de los vasos umbilicales, efectos mediados en parte por un aumento en el ratio tromboxano (vasoconstrictor) y prostaciclina (vasodilatador) (72). También se ha descrito que el alcohol actúa alterando la metilación del ADN, produciendo cambios epigenéticos que modifican la expresión génica (70).

El consumo mínimo de alcohol durante la gestación puede ocasionar en el feto algunas de las manifestaciones incluidas en el término “trastornos del espectro alcohólico-fetal” (“*FASD*” en inglés, “*fetal alcohol spectrum disorders*”), el cual abarca una gama de diagnósticos posibles, incluyendo el síndrome alcohólico-fetal (SAF), el SAF parcial, defectos congénitos, trastornos del desarrollo y trastornos del comportamiento (73). Algunas de las características de los trastornos del espectro alcohólico-fetal son las siguientes (74):

- Retraso en el crecimiento prenatal y postnatal.

- Alteraciones del sistema nervioso central: retraso mental (generalmente moderado), niveles bajos de atención, labilidad emocional, trastornos del comportamiento.
- Alteraciones características de la morfología cráneo-facial: microcefalia, hendiduras palpebrales pequeñas, labio superior fino con el filtrum largo y borrado.
- Alteraciones congénitas: cardíacas, esqueléticas, renales, oculares y auditivas.

No hay evidencia de un síndrome de abstinencia al alcohol. La exposición prenatal al alcohol se cita con frecuencia como la causa más común y prevenible de discapacidad intelectual no genética (67). Existen estudios dispares sobre el riesgo de prematuridad (75,76).

No se ha identificado un consumo de alcohol seguro durante la gestación, por lo que se ha de recomendar la abstinencia total. Tampoco se ha podido establecer que los efectos sean dosis-dependientes, a pesar de que el riesgo de daño fetal aumenta a mayor consumo. Los patrones de consumo (en “atracción”, ocasional, poca cantidad mantenido), y el periodo de gestación en el cual se consume, pueden influenciar en la afectación fetal (71,73).

### **1.10.3 Cannabis**

El cannabis (o marihuana) es la sustancia ilícita más comúnmente usada durante el embarazo (70,77). A pesar de que el compuesto químico principal presente en el cannabis, el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), atraviesa rápidamente la placenta, su metabolito secundario principal, 11-nor-9-carboxi-THC, no. A diferencia de otras drogas, la placenta parece limitar la exposición fetal al cannabis, ya que se han documentado concentraciones fetales de THC menores que las maternas en estudios de varias especies animales. Se piensa que los efectos deletéreos del cannabis en el feto son atribuibles a acciones farmacológicas complejas en los sistemas en desarrollo, alteraciones del flujo sanguíneo uterino y alteraciones en los comportamientos de salud materna. Al igual que otras drogas, también altera los neurotransmisores cerebrales afectando el sistema cannabinoide endógeno, importante para el desarrollo fetal. En consumidores diarios el cannabis puede permanecer en el cuerpo por un tiempo superior a 30 días, prolongando así la exposición fetal. Asimismo, fumar cannabis produce la inhalación de hasta 5 veces más cantidad de monóxido de carbono que los cigarrillos de tabaco, hecho que puede contribuir a alterar la oxigenación fetal. Además, el contenido de THC en el cannabis ha aumentado mucho a lo

largo de los años, hecho que puede aumentar la exposición fetal y limitar los resultados de estudios más antiguos (67,70).

Gran parte de la evidencia disponible se deriva de tres estudios prospectivos de cohortes longitudinales, que describen el impacto del uso de cannabis durante el embarazo en el desarrollo y el comportamiento del niño. El primero fue el Estudio Prospectivo Prenatal de Ottawa (OPPS, siglas en inglés). Este estudio se inició en 1978 e incluyó a un grupo de familias caucásicas, predominantemente de clase media (Fried, 2002). El estudio sobre las Prácticas de Salud Materna y el Desarrollo del Niño (MHPCD, siglas en inglés), en Pittsburgh, comenzó en 1982 y se basó en una cohorte de niños mayoritariamente afroamericanos de nivel socioeconómico bajo (Day *et al*, 1991). Más recientemente, el estudio Generation R, que comenzó en 2001, consistió en una cohorte multiétnica de madres y niños de los Países Bajos con un nivel socioeconómico predominantemente más alto (El Marroun *et al*, 2009). Los tres estudios comenzaron cuando las mujeres estaban embarazadas y siguieron a sus hijos en la primera infancia (Generación R), la adolescencia (MHPCD) y la adultez temprana (OPPS) (78).

Hay relativamente pocos estudios clínicos acerca de los efectos del cannabis en la descendencia, y algunos con resultados contradictorios. La mayoría de estudios no apoyan un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer o anomalías congénitas, si bien otros estudios muestran una débil relación entre el consumo prenatal de cannabis y un menor peso al nacimiento, sugiriendo un efecto dosis-dependiente (78).

Con la evidencia disponible, el *American College of Obstetricians and Gynecologists* y la *Academy of Breastfeeding Medicine* aconsejan evitar el consumo de cannabis durante el embarazo y la lactancia debido a las preocupaciones por el impacto en el neurodesarrollo fetal y del niño (77).

No se ha documentado un síndrome de abstinencia neonatal en los recién nacidos expuestos a cannabis, aunque se ha reportado un comportamiento anormal del recién nacido con algunas similitudes con el asociado a la exposición a narcóticos, como son hiperexcitabilidad, irritabilidad, nerviosismo, llanto agudo y temblores (67,70,79).

Los estudios a largo plazo revelan los efectos de la exposición prenatal sobre el comportamiento, la cognición y el logro, pero no sobre el lenguaje o el crecimiento. Se ha asociado a falta de atención e impulsividad. No se ha demostrado que el cannabis afecte al

coeficiente intelectual general, sino que se ha asociado con déficits en las habilidades de resolución de problemas que requieren atención sostenida y memoria visual, análisis e integración, abstracción, y con sutiles deficiencias en el aprendizaje y la memoria, así como un bajo rendimiento académico, particularmente en áreas de lectura y ortografía (67,70). Los niños expuestos también muestran signos de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, ansiedad), y pueden ser más susceptibles al consumo precoz de tabaco y cannabis, así como al abuso de otras drogas (70,78).

#### 1.10.4 Opiáceos

Los opiáceos atraviesan rápidamente la placenta, con un rápido equilibrio entre madre y feto. Se ha demostrado que disminuyen el crecimiento cerebral y el desarrollo celular en animales (67). Algunos de los mecanismos de actuación propuestos son la interacción con los receptores opioides endógenos cerebrales, la alteración de los niveles de neurotransmisores (serotonina, dopamina, norepinefrina), así como alteraciones estructurales en la longitud dendrítica, plasticidad sináptica y proliferación neuronal (70,80).

El uso ilícito de opiáceos durante el embarazo aumenta la probabilidad de preeclampsia, parto prematuro, rotura prematura de membranas, insuficiencia placentaria, desprendimiento de placenta, retraso del crecimiento intrauterino y muerte fetal. Los recién nacidos suelen tener bajo peso al nacer y menor perímetro craneal (70,77).

Sin embargo, resulta difícil establecer hasta qué punto algunos de estos problemas se deben exclusivamente al uso de opiáceos, ya que en consumidores de esta droga es frecuente el policonsumo y suelen tener otras condiciones asociadas que actúan de factores de confusión, como son problemas médicos, nutricionales, psicológicos y socioeconómicos (77).

El principal efecto adverso neonatal, y el más característico, es la presencia de un síndrome de abstinencia. Fue descrito por Finnegan *et al* en 1975. Incluye una combinación de signos fisiológicos y neuroconductuales que suelen aparecer entre las 24 y 72 horas de vida, tales como sudoración, irritabilidad, llanto agudo, aumento del tono y actividad muscular, problemas de alimentación, vómitos y diarrea, estornudos, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, dificultad en la ganancia ponderal y convulsiones. Los recién nacidos con síndrome

de abstinencia a menudo requieren hospitalización prolongada y tratamiento farmacológico (67,81,82). Alrededor del 40 % de los recién nacidos que tienen un síndrome de abstinencia pueden presentar al acabar éste una mayor irritabilidad y dificultad para tranquilizarse, conciliar el sueño y alimentarse, cuadro que se denomina “manifestaciones persistentes” (82). La exposición a metadona, tratamiento sustitutivo de la heroína que mejora la asistencia prenatal, el crecimiento fetal y disminuye la mortalidad fetal, se ha asociado con una abstinencia de aparición más tardía y de mayor gravedad que la exposición a la heroína. Respecto a la buprenorfina, una alternativa a la metadona de uso más reciente, los estudios sugieren una abstinencia neonatal de menor intensidad, con menor dosis de medicación (morfina), menor duración del tratamiento y menor estancia hospitalaria. Si el último consumo materno de opiáceos se produce al menos una semana previa al nacimiento puede disminuir el riesgo de aparición de síndrome de abstinencia (67,80,81).

A largo plazo, no se han documentado efectos sobre el crecimiento. Sí se ha observado un aumento de hiperactividad e inatención, problemas de percepción y memoria.

Estudios longitudinales de la exposición prenatal a los opiáceos no muestran resultados consistentes respecto a las secuelas en el desarrollo. Aunque las puntuaciones en el desarrollo tienden a ser más bajas en los niños expuestos, estas diferencias ya no existen cuando se controlan factores médicos y ambientales. Tampoco existen datos concluyentes sobre la predisposición al consumo de tabaco, alcohol o drogas ilícitas en los expuestos prenatalmente a opiáceos (67).

En nuestro medio, tenemos datos de un estudio acerca de la evolución a largo plazo de los niños nacidos de madres adictas a la heroína de la década de los 80 (Sanjuan *et al*, 2014) (83). Se encontró un aumento de los trastornos psiquiátricos y del consumo de drogas, comparado con la prevalencia global de niños y adolescentes en España. Los diagnósticos más frecuentes fueron depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y algún trastorno de la personalidad. Los tóxicos más consumidos fueron cannabis, cocaína y anfetaminas, y el 76,7% eran fumadores habituales. También fueron frecuentes problemas sociales valorados por detenciones y estancia en prisión.

### **1.10.5 Cocaína**

Los estudios en modelos animales han demostrado que la cocaína atraviesa fácilmente la placenta y la barrera hematoencefálica, y puede tener efectos deletéreos significativos sobre el feto en desarrollo, directa e indirectamente. Entre los mecanismos implicados, actúa inhibiendo la recaptación presináptica de monoaminas (serotonina, dopamina y norepinefrina), aumentando su concentración sináptica. También se ha descrito un efecto vasoconstrictor (mediado por catecolaminas) a nivel fetal y placentario, relacionado con problemas obstétricos (aborto espontáneo, retraso de crecimiento, desprendimiento de placenta), y un mayor riesgo de malformaciones, aunque no se ha podido demostrar un efecto teratogénico directo (70,79). Además, parece alterar la programación génica (70).

La exposición prenatal a la cocaína aumenta el riesgo de prematuridad y produce un retraso de crecimiento intrauterino global, con un menor peso, longitud y perímetro craneal al nacer. A largo plazo hay estudios contradictorios acerca del efecto en el crecimiento, algunos muestran una persistencia en el retraso global hacia los 10 años y otros objetivan un “catch up” o recuperación a la edad escolar (70).

No se ha confirmado que ocasione un síndrome de abstinencia, pero los recién nacidos con exposición prenatal a la cocaína pueden presentar trastornos neuroconductuales similares: llanto agudo, temblores, irritabilidad, succión excesiva, aumento del estado de alerta, entre otros (67,79). Hay estudios que documentan una persistencia e incluso un empeoramiento de estos trastornos del comportamiento neonatal a lo largo del primer año de vida (70).

Aunque la exposición prenatal a la cocaína por sí sola no parece disminuir la inteligencia global, hay evidencia de deficiencias en el lenguaje, comportamiento (agresividad, delincuencia), y funcionamiento ejecutivo (habilidad visual-motora, atención y memoria de trabajo) (67,70). Existen datos insuficientes para extraer conclusiones relativas a los efectos de la exposición prenatal a la cocaína y el riesgo de consumo a largo plazo de tabaco, alcohol o drogas ilícitas (67).

### **1.10.6 Metanfetamina**

Dentro del grupo de las drogas psicoestimulantes están las anfetaminas y sus derivados. Las sustancias más consumidas son la metanfetamina (“ice”, “cristal”), y la metilendioximetanfetamina o MDMA (“extasis”). La mayoría de publicaciones acerca del

consumo prenatal se refieren a la metanfetamina. Al final se mencionará alguna particularidad del consumo prenatal de MDMA.

La adición de un grupo metilo la hace más lipofílica que la anfetamina, lo que permite un transporte más rápido a través de la barrera hematoencefálica. La metanfetamina tiene un alto potencial de abuso y adicción en comparación con otros estimulantes de tipo anfetamina. Se metaboliza en el hígado a los principales metabolitos, anfetamina y 4-hidroximetamfetamina. Entre sus mecanismos de acción a nivel del sistema nervioso central, destaca el bloqueo de la recaptación presináptica con el aumento de los niveles de monoaminas (dopamina, serotonina y norepinefrina) en la unión sináptica, y actúa de gatillo para la activación del sistema de recompensa a través de una liberación masiva de dopamina (67,70).

Hay pocos estudios de los efectos de la metanfetamina durante la primera infancia, y aún menos acerca de los efectos a largo plazo. Los efectos más frecuentes observados en los recién nacidos son la restricción del crecimiento, con una disminución del peso, longitud y perímetro cefálico, y un aumento del riesgo de prematuridad. Algunos estudios objetivan un aumento de malformaciones congénitas a nivel cardíaco y craneal, en cambio en otros estudios no parece aumentar el riesgo de anomalías congénitas. También se han observado síntomas similares a un síndrome de abstinencia neonatal leve, aunque de forma menos común (67,70,79).

Una serie publicada en nuestro medio (Manzano *et al*, 2017) (84), analiza las características de 9 casos de hijos de madres consumidoras de «shabú» (clorhidrato de metanfetamina cristalizada) fumado, observados desde junio de 2013 a marzo de 2016. Presentan en común ser de origen filipino, gestaciones con nulo o escaso control, y tener importantes problemas sociales. En 5 casos se pudo demostrar un consumo crónico durante todo el embarazo mediante la detección de metanfetamina en el cabello de la madre, y en ningún caso se asoció al consumo de otras sustancias de abuso, posiblemente porque se suele utilizar para aguantar largas jornadas de trabajo y no con finalidad recreativa. Destacar un caso afecto de una malformación cerebral grave (ventriculomegalia bilateral con efecto masa en fosa posterior, malformación del desarrollo cortical derecho, adelgazamiento cortical izquierdo y posible ausencia de cuerpo calloso), que ha precisado tratamiento neuroquirúrgico (85). Ninguno de los recién nacidos presentó manifestaciones neuroconductuales ni letargia



durante los primeros días de vida. La falta de control sanitario prenatal y postnatal, junto a situaciones de negligencia, condujo a la retirada de la custodia en 8 de los 9 casos.

Los estudios disponibles no permiten relacionar la exposición prenatal a la metanfetamina con problemas de crecimiento postnatal. Sin embargo, un estudio sugiere que puede haber un crecimiento deficiente durante la primera infancia, afectando a la talla y no al peso o perímetro craneal (67,70).

Existen pocos estudios disponibles que relacionen la exposición prenatal a metanfetamina con problemas de conducta a largo plazo (67). En un estudio multicéntrico prospectivo realizado en los Estados Unidos (estudio “IDEAL”: *The Infant Development, Environment, and Lifestyle Study*), los niños expuestos prenatalmente a metanfetamina tenían más problemas de reactividad emocional, ansiedad y depresión, comportamiento oposicionista y comportamientos asociados con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad respecto a los controles. Después de ajustar las variables de confusión asociadas con el desarrollo, la exposición a “adversidad temprana” (escasos cuidados parentales, pobreza extrema, cambio de cuidador, ambiente poco estimulante, exposición a violencia...), parece ser un fuerte determinante de los resultados adversos de comportamiento en estos niños expuestos (70,79,86).

Hasta la fecha, se dispone de datos limitados que revelan una asociación entre la exposición prenatal a metanfetamina y la afectación cognitiva (67). Algún estudio documenta un deterioro motor y mental al año de edad y más marcado si hubo un consumo prenatal importante, pero a los 3 años ya no había diferencias (70,79). No se dispone de datos sobre el uso prenatal de metanfetamina y alteraciones en el desarrollo del lenguaje ni sobre el riesgo de consumo de tabaco, alcohol o drogas ilícitas en los descendientes expuestos (67).

En referencia a la exposición prenatal a MDMA, se ha relacionado con mujeres más jóvenes, solteras, que asocian un consumo de alcohol en atracción y tienen mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos. Parece tener mayor riesgo de malformaciones congénitas a nivel cardíaco y musculoesquelético. El consumo más elevado se ha asociado con deterioro del desarrollo motor e intelectual en los lactantes, pero aún no se conocen los efectos a largo plazo en el neurodesarrollo (70).

En la Tabla 3 se resumen los principales efectos adversos (perinatales y a largo plazo), relacionados con el consumo materno de drogas durante la gestación.

**Tabla 3.** Resumen de los efectos perinatales y a largo plazo de las principales drogas. Adaptado de: *Behnke et al, 2013 (67)*.

EFECTOS	NICOTINA	ALCOHOL	CANNABIS	OPIÁCEOS	COCAÍNA	METANFETAMINA
<b>PERINATALES</b>						
Prematuridad	+	NC	+	+	+	+
Crecimiento fetal	+	+++	-	+	+	+
Malformaciones	NC	+++	-	-	-	NC
Sd Abstinencia	-	-	-	+++	-	*
Efectos neuroconductuales	+	+	+	+	+	+
<b>A LARGO PLAZO</b>						
Crecimiento	NC	+++	-	-	NC	*
Comportamiento	+	+++	+	+	+	*
Cognición	+	+++	+	NC	+	*
Lenguaje	+	+	-	*	+	*
Logro	+	+++	+	*	NC	*
Predisposición consumo	+	+	+	*	*	*

+: tiene efecto; +++: tiene un efecto muy marcado; -: sin efecto; NC: no consenso; \*: datos limitados o no hay datos;

### 1.10.7 Consumo gestacional de otras drogas menos habituales

Debido al movimiento migratorio globalizado y a la interconexión por internet, es posible encontrar en nuestro entorno el consumo de un tóxico habitual del país de origen o de un tóxico emergente, como es el caso de gestantes consumidoras de betel, mate o 4-mec.

#### 1.10.7.1 Consumo prenatal de betel

La masticación de preparados de betel es típico de zonas tropicales y subtropicales del sudeste asiático y del sud del pacífico. Se considera la cuarta sustancia adictiva más consumida del planeta, después de la nicotina, el alcohol y la cafeína (87), estimándose un consumo del 10-20% de la población mundial (88).

La nuez de betel, o nuez de areca, es el fruto de la palmera *Areca catechu*. Sus efectos psicoestimulantes y tóxicos parecen estar mediados por el alcaloide arecolina. Su consumo se ha relacionado con el cáncer oral. La nuez de areca se trocea y se empaqueta con hojas del arbusto betel (*Piper betle*), y se puede añadir hojas de tabaco, especias y otros aromatizantes, amalgamados con cal apagada (hidróxido de calcio). Los paquetes se colocan entre las encías y la mejilla, se van succionando o mascando, y el exceso de saliva se puede escupir o tragar. Produce una coloración rojiza-marrón de las encías, mucosa yugal y lengua (89).

Los efectos tóxicos pueden variar según el grado de madurez de la nuez de areca (a mayor maduración, mayor contenido de arecolina), la adición de tabaco o el hecho de tragar o escupir la saliva (88). Los primeros estudios acerca del efecto del consumo de betel durante la gestación lo asociaron con recién nacidos de bajo peso (menores de 2500 g) y reducción en el nacimiento de varones. Se trataban de estudios con muestras pequeñas y sin controlar por otros factores. Posteriormente, estudios con mayor tamaño muestral, con una proporción de consumo de nuez de areca entre el 64% y el 83%, y controlando factores de confusión (consumo de tabaco, malaria, estado nutricional materno) no han detectado esta asociación y tampoco con anomalías congénitas ni muertes fetales (87,88). Sí hubo asociación entre consumo de tabaco con bajo peso al nacimiento y pérdidas fetales. En uno de estos estudios no encontraron diferencias en la puntuación media de la exploración neurológica neonatal utilizando la “newborn neurological optimality score” (versión de la escala de Dubowitz), y atribuyeron la ausencia de clínica sugestiva de síndrome de abstinencia al hecho de tomar lactancia materna, con el consiguiente paso de la sustancia a través de la leche (88).

En nuestro entorno se ha publicado el caso de un síndrome de abstinencia neonatal cuya madre, originaria de Bangladesh y que confesó el consumo crónico de betel, presentaba una coloración rojiza-marrón de la lengua y mucosa oral (López-Vílchez *et al*, 2006) (89). Se confirmó la exposición prenatal mediante la detección de arecolina en placenta por

cromatografía líquida de alta resolución/espectrometría cuádruple de masas electrospray. Tras 5 días de tratamiento con fenobarbital mejoraron los síntomas de abstinencia neonatal. También se ha publicado una serie de 6 casos de recién nacidos cuyas madres, de origen asiático, habían admitido el consumo de nuez de betel durante la gestación (García-Algar *et al*, 2005) (90). Se detectó la concentración de arecolina en matrices biológicas (meconio y placenta), y se excluyó el consumo de otras drogas. Uno de los casos incluyó el síndrome de abstinencia descrito anteriormente, y otro caso presentó un bajo peso, hipotonía e hiporreflexia, excluyéndose otras causas que lo pudieran justificar. El resto de casos no presentaron alteraciones remarcables (90).

#### 1.10.7.2 Consumo prenatal de mate

La yerba mate (nombre tradicional del arbusto *Ilex paraguariensis*) es una especie de acebo nativo de América del Sur subtropical (Argentina, sur de Paraguay, sur de Uruguay y sur de Brasil y Bolivia). La infusión llamada "mate" se prepara empapando las hojas secas en agua caliente en lugar de agua hirviendo como para té o café, y su consumo como fuente de cafeína es relevante en América del Sur (91).

En nuestro entorno se ha publicado el caso de un síndrome de abstinencia neonatal en un prematuro de 1655 g, cuya madre argentina bebía 1 litro de mate diario (Martín *et al*, 2007) (91). Se confirmó la exposición prenatal crónica y aguda mediante la detección de las metilxantinas cafeína y teobromina en cabello materno, sangre de cordón umbilical y placenta (por cromatografía líquida de alta resolución/espectrometría cuádruple de masas electrospray).

Se ha descrito que el síndrome de abstinencia neonatal (predominantemente irritabilidad, nerviosismo, vómitos y, en ocasiones, apnea) ocurre en recién nacidos nacidos de mujeres que consumen mucha cafeína (entre 450 y 1800 mg/día) durante el embarazo. En el caso publicado se analizó el contenido de cafeína y teobromina del preparado casero de mate, y se estimó en 930 mg/litro y 620 mg/litro respectivamente. Esta cantidad es la que consumía a diario la madre. La cantidad de cafeína y teobromina presentes en el mate pueden variar mucho en función del método de preparación (91).

### 1.10.7.3 Consumo prenatal de 4-mec

En los últimos años se ha detectado en Europa un aumento del consumo de nuevas sustancias psicoactivas (“NPS” en inglés) o “*Legal Highs*”, no controladas por las convenciones internacionales de drogas ya que su número excede al número de sustancias que han sido reguladas por dichos tratados (92).

Se definen como una variedad de preparados químicos y herbales comercializados como alternativas legales a las drogas recreativas populares pero ilícitas. Generalmente se venden en internet como sales de baño, limpiadores de bong, inciensos o fertilizantes. Su composición y dosificación nunca aparecen en el etiquetado. Por lo general, incluyen la advertencia "no para consumo humano" para evitar controles de salud y seguridad. Pero contradiciendo esta afirmación, también incluyen el mensaje "solo para personas mayores de 18 años" y algunos de ellos incluyen la advertencia "manténgase alejado del alcance de los niños". Se ha detectado una amplia gama de sustancias psicoactivas (cannabinoides sintéticos, disociativos como la metoxetamina o psicodélicos naturales), pero una proporción significativa de ellos se basa en catinonas sintéticas, entre ellas el 4-mec (4-metilcatinona) (93). Tienen efecto psicoestimulante y propiedades alucinógenas, produciendo liberación de serotonina y dopamina así como inhiben su recaptación (94).

El caso publicado en nuestro entorno (Pichini *et al*, 2014) (94), se trataba de un recién nacido, cuya madre consumía de forma crónica 4-mec, que presentó una clínica sugestiva de síndrome de abstinencia que requirió tratamiento farmacológico. Se detectó 4-mec y sus metabolitos en cabello materno y meconio mediante cromatografía líquida de alta resolución-espectrometría tandem de masas.

## 1.11 Determinantes sociales de la salud

Según la OMS, los determinantes sociales de la salud engloban las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Una distribución desigual en la población, ya sea por factores políticos o socioeconómicos, puede generar desigualdades en salud injustas y evitables (95).

Dentro de un marco teórico, los determinantes sociales de la salud se dividen en “estructurales” (contexto socioeconómico y político; y ejes de desigualdad: clase social, género, etnia, territorio, educación), e “intermedios” (empleo, ingresos, vivienda, entorno

residencial), que interactúan junto a factores individuales conductuales-biológicos y a los servicios sanitarios, impactando en las desigualdades en salud y bienestar (95).

Algunas de las limitaciones para su estudio son la ausencia de información en los registros, la falta de unanimidad de criterio en las variables registradas, la utilización de indicadores no diseñados específicamente para esa finalidad, o la dificultad en obtener la información necesaria de un indicador para categorizarlo tal como aparece en estudios poblacionales y poder comparar los resultados (95).

Se ha relacionado un nivel socioeconómico desfavorable con una peor salud, con un aumento del sedentarismo, sobrepeso y tabaquismo (96). En países desarrollados se ha analizado la asociación entre factores socioeconómicos maternos desfavorables y el riesgo aumentado de resultados perinatales adversos, en concreto la prematuridad y el bajo peso para la edad gestacional, ambos relacionados con un aumento de la morbilidad neonatal (97,98). Además, según la teoría del origen fetal de algunas enfermedades del adulto, también aumentaría el riesgo de padecer enfermedades crónicas en la edad adulta (99).

Aunque el nivel socioeconómico es multifactorial, la mayoría de publicaciones utilizan el nivel de estudios materno como medida de la posición socioeconómica, y menos frecuentemente los ingresos, dato menos disponible y más sujeto a error. Se postula que la educación materna estaría relacionada con una mayor preocupación por la salud, consulta sanitaria, entendimiento y seguimiento de las recomendaciones, comportamiento óptimo durante la gestación, y que los ingresos permitirían que todo ello se pueda realizar a cabo con mayor probabilidad. Aunque educación e ingresos están relacionados (un bajo nivel educativo puede limitar el acceso a ciertos trabajos), no siempre existe una correlación positiva entre ambos. Algunos estudios han analizado el efecto de los dos factores conjuntamente en los resultados perinatales, otros por separado, y menos aún han investigado varios indicadores socioeconómicos y los relacionados con el padre (96,98).

Las fuentes de información pueden ser desde registros estadísticos a nivel local o nacional, o datos obtenidos a través de un cuestionario (por escrito o telefónico) en caso de participar en un estudio.

Además, hay que tener en cuenta otros factores que pueden condicionar los resultados (factores mediadores), como estilos de vida/comportamientos maternos (nutrición,

consumo de tabaco, alcohol, drogas), estresantes psicosociales como la relación con la pareja (separación, violencia de género), el apoyo familiar, el tipo de trabajo, otros relacionados con la salud o el embarazo (índice de masa corporal, talla, diabetes gestacional, hipertensión) o las políticas de ayuda social (96,97).

Hacen falta estudios que analicen las repercusiones de los determinantes sociales de la salud en el maltrato prenatal. La identificación de marcadores socioeconómicos de riesgo para el maltrato prenatal podría permitir la modificación de un riesgo existente a nivel individual (prevención secundaria), así como la realización de programas preventivos a nivel poblacional (prevención primaria), con la consiguiente disminución de una parte del maltrato prenatal.

### **1.12 En resumen, ¿qué entendemos por maltrato prenatal?**

Una vez presentado el tema del maltrato en general, y con las particularidades del maltrato prenatal, daremos una visión práctica y resumida de lo que se entiende por maltrato prenatal.

La definición legal de maltrato prenatal en Cataluña según la Ley 14/2010 del 27 de mayo es cuando la gestante “no cuida el propio cuerpo, consciente o inconscientemente, ingiere drogas o sustancias psicotrópicas, o recibe maltrato físico por otra persona” (6).

Según la tendencia de los últimos protocolos publicados por la administración (2), que hacen referencia a las necesidades del individuo como punto de partida para abordar el fenómeno del maltrato, podríamos definir el maltrato prenatal como “todas aquellas situaciones que, a pesar de no tener una implicación penal o policial evidente, constituyen desde el punto del *nasciturus* una vulneración a sus derechos y suponen un riesgo para su adecuado desarrollo físico, psíquico o social”.

Se trata de una definición muy general, y para poder ser operativa, el fenómeno del maltrato prenatal se aborda desde la detección de factores de riesgo (no necesariamente pueden perjudicar al feto) o de indicadores de riesgo (cuando ya se ha detectado algo que puede atribuirse a una consecuencia del maltrato), que son el punto de partida para estudiar el caso y evitar las consecuencias negativas en el feto, y además sirven para unificar criterios y ser una herramienta de comunicación entre los diferentes profesionales e instituciones que participan en el proceso.

A modo de resumen, los principales factores e indicadores de riesgo de maltrato prenatal son:

- Embarazo sin un control médico adecuado
- La madre no se cuida de forma adecuada a su estado (desnutrición o mala alimentación materna, consumo de tabaco durante la gestación de forma habitual)
- Maternidad prematura con falta de responsabilidad
- Embarazo mal vivido y no aceptado, intentos de aborto de la gestación actual
- Renuncia del hijo en la gestación
- Antecedentes por abuso o negligencia en hijos anteriores
- Gestante sin apoyo afectivo o familia conflictiva
- Gestantes que estén cumpliendo medidas penales
- Madres con discapacidad psíquica
- Gestantes con múltiples parejas y comportamientos promiscuos
- Vivienda sin condiciones de habitabilidad, hacinamiento o falta de vivienda
- Gestantes con itinerancia con riesgo de exclusión social
- Gestante en tratamiento en el CAS
- Ingestión no controlada de fármacos
- Consumidora habitual de drogas (legales o ilegales)
- Trastornos mentales graves u otras enfermedades mentales graves sin control
- Situaciones de enfermedades graves, crónicas o agudas sin control
- Maltrato familiar o de género o negligencia contra la madre
- El recién nacido presenta síndrome de abstinencia, enfermedades o trastornos asociados al consumo materno de tóxicos, o tiene lesiones físicas o neurológicas por un control médico inadecuado





## **2. Objetivos**



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo principal**

Identificar el perfil de la gestante catalogada de maltrato prenatal de nuestro ámbito de influencia, así como las repercusiones neonatales y sociales.

### **2.2 Objetivos secundarios**

- Analizar las características de las madres agrupadas según si son consumidoras o no consumidoras.
- Analizar por separado las características de las madres consumidoras de heroína (sola o junto a otros tóxicos) y de las consumidoras de otros tóxicos (que no incluya heroína).



### **3. Material y métodos**



### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal de 222 casos de maltrato prenatal registrados en la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA) en Cataluña entre los años 2011 y 2014. De ellos había 2 embarazos gemelares, con lo que el total de madres analizadas fue de 220 (por 222 recién nacidos). Se seleccionaron los datos de interés de los documentos electrónicos de cada sujeto registrados en el Sistema de información de infancia y adolescencia (Sini@): informes médicos con datos clínicos y analíticos, e informes sociales basados en entrevistas a los padres y familiares, junto con la resolución social. En caso de no poder obtener alguna variable en concreto (por ejemplo, el antecedente de consumo de tabaco), se intentó obtener la información a través del registro de maltrato infantil (RUMI), también en formato electrónico. Los casos se codificaron para mantener el anonimato de cada sujeto.

Las variables se estructuraron en 3 bloques: materno, perinatal y de intervención social.

**Variabes del bloque materno:** edad, nacionalidad, provincia donde se detectó el caso (Barcelona, Tarragona, Lérida o Gerona), nivel de estudios (el máximo alcanzado: sin estudios, primarios, secundarios finalizados, secundarios sin finalizar, bachillerato, formación profesional/grado medio o superiores), ocupación, ingresos mensuales (de ambos progenitores o de la madre si no convivían juntos), vivienda (en casa de otra persona sin pagar nada a cambio, alquiler de piso, alquiler de habitación, ocupación de vivienda, de propiedad, en la calle o en una barraca), número de hijos previos, control gestacional (considerando correcto un mínimo de 5 visitas o las pertinentes en caso de nacimiento prematuro; <5 poco controlado; y ninguna visita, no controlado) (100), deseo de embarazo, interrupciones del embarazo previas, deseo de interrupción de la gestación actual, apoyo de la pareja (podía ser el padre o no), apoyo familiar, antecedentes de violencia de género, retención de hijos previos, intervención social previa, enfermedades infecciosas (se consideran VIH, VHB, VHC y sífilis), enfermedades mentales [agrupadas según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (101)], consumo de tabaco, consumo de tóxicos durante la gestación (manifestado por la gestante), antecedentes de madre tutelada por la DGAIA y antecedentes de privación de libertad (en prisión o en centro educativo de justicia juvenil).



### **Variables del bloque perinatal:**

- Tipo de parto: eutócico o distócico (cesárea, vacuum, espátulas o fórceps).
- Edad gestacional: pretérmino <37 semanas (a su vez dividido en pretérmino extremo <32 semanas; pretérmino moderado de 32<sup>0</sup> a 36<sup>6</sup> semanas); a término de 37<sup>0</sup> a 42<sup>0</sup> semanas; y postérmino >42<sup>0</sup> semanas.
- Somatometría neonatal: peso (g), longitud (cm) y perímetro craneal (cm) al nacimiento.
- Puntuación Apgar al minuto y a los 5 minutos. Para el análisis los valores se agrupan en Apgar  $\geq 8$  (recién nacido en buenas condiciones, vigoroso), Apgar de 5 a 7 (puede requerir ayuda para estabilizarse) y Apgar  $\leq 4$  (muy deprimido, requiere maniobras de reanimación inmediatas). El Apgar al minuto traduce como se ha adaptado el recién nacido a la vida extrauterina, mientras el Apgar a los 5 minutos indica cómo ha respondido a las maniobras de estabilización y tiene cierto valor pronóstico (102).
- Incidencias perinatales: se tuvo en cuenta la presencia de tóxicos positivos en orina (materna y/o del recién nacido), y los casos diagnosticados de síndrome de abstinencia a drogas (SAD) neonatal.

### **Variables del bloque de intervención social:**

- Quién detecta el caso: obstetricia, neonatología, familiares/amigos, servicios de inserción social/servicios sociales básicos, hijos previos retenidos, DGAIA por largo historial, prisión, psiquiatría/CAS, equipo de atención a la mujer o Mossos d'Esquadra.
- Destino inicial (del recién nacido): con la madre, familia extensa, familia de urgencia, familia de acogida, centro de acogida, con la madre en un centro maternal o con el padre.
- Decisión previa al nacimiento: si la decisión del destino inicial fue adoptada antes del nacimiento (sí) o después de éste (no).
- Si hubo cambio de destino (diferencia entre destino inicial y actual), y cuando se produjo (antes de los 12 meses, entre los 12 y 24 meses, o después de los 24 meses).

- Cuál era la situación administrativa del menor más reciente (destino actual): madre, familia extensa, familia de urgencia, familia de acogida, familia de adopción, centro de acogida, madre en centro maternal, padre o fuga.
- Destino actual en función del destino inicial. Se agruparon las variables en: madre (incluye a madre y centro maternal con la madre), acogida-familia ajena (incluye centro de acogida, familia de urgencia, familia de acogida y familia de adopción), y familia extensa.

En primer lugar, se ha realizado un estudio descriptivo de las variables en el conjunto del grupo. Seguidamente, se ha realizado un análisis comparativo entre el grupo de no consumidoras (60 madres) y el grupo de consumidoras de tóxicos (160 madres). Debido a las características diferenciales dentro del grupo de consumidoras en función del tóxico consumido, se ha realizado un análisis comparativo entre el grupo de no consumidoras, el grupo de consumidoras de heroína (sola o con otras drogas; 38 madres) y el grupo de consumidoras de otros tóxicos (que no incluyera heroína; 122 madres).

Por último, se ha realizado un análisis bivalente de los datos de las 220 madres (y no de los 222 recién nacidos), en función de 3 variables seleccionadas: el control gestacional, quién detecta el caso y el destino inicial. Para simplificar y hacer posible el análisis estadístico, se han agrupado las variables “quién detecta” y “destino inicial” tal como se define a continuación:

**Quién detecta:** obstetricia, neonatología, servicios sociales (incluye servicios de inserción social/servicios sociales básicos, retención de hijos previos o DGAIA por largo historial), o psiquiatría/CAS.

**Destino inicial:** madre (incluye a madre y centro maternal con la madre), acogida-familia ajena (incluye centro de acogida, familia de urgencia, familia de acogida y familia de adopción), y familia extensa.

El análisis estadístico se ha realizado con el programa STATA versión 15 (STATA Corp., Texas, USA). Las variables categóricas se presentan con su frecuencia absoluta y porcentaje correspondiente. Las comparaciones entre variables cualitativas o categóricas se han efectuado mediante la prueba de ji-cuadrado de Pearson o la exacta de Fisher en función

de los criterios de aplicabilidad. Para las variables cuantitativas se ha utilizado la prueba de U de Mann-Whitney. Se han considerado estadísticamente significativos los resultados con una  $p < 0,05$ .

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación/Ética de la institución.

## **4. Resultados**



## 4. RESULTADOS

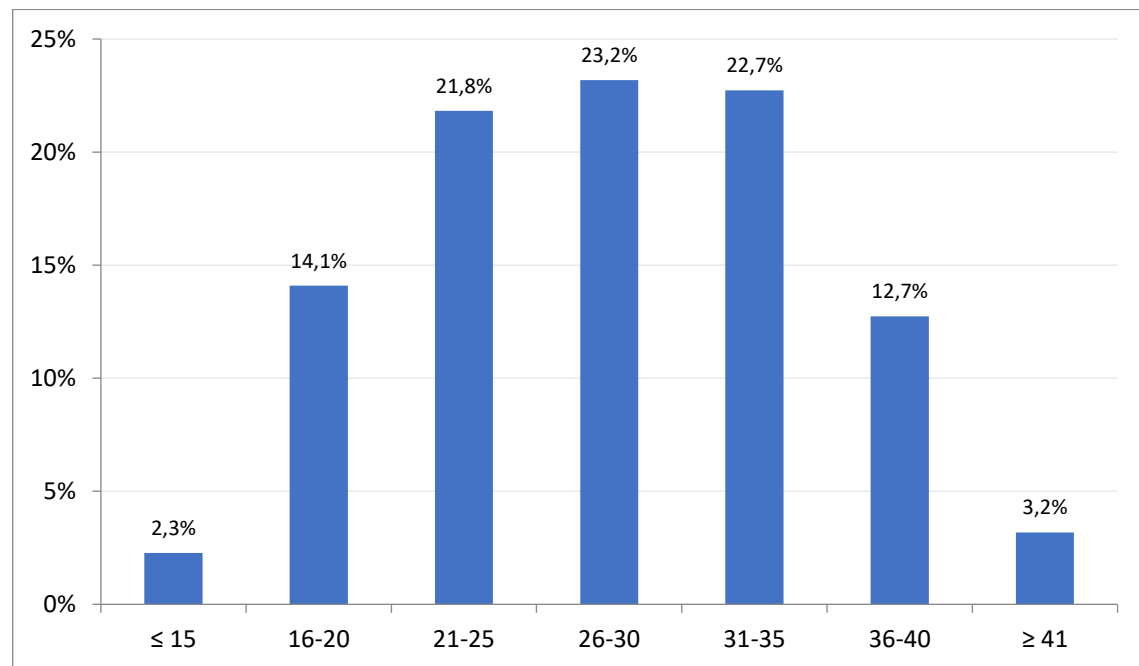
Se exponen los resultados obtenidos en los diferentes bloques de variables definidos anteriormente, primero a nivel global y seguidamente comparando entre el grupo de no consumidoras y las consumidoras de tóxicos, así como entre las no consumidoras, las consumidoras de heroína y las consumidoras de otros tóxicos. Por último, se exponen los resultados del análisis bivariante.

### 4.1 Resultados a nivel global

#### 4.1.1 Variables del bloque materno

##### 4.1.1.1 Edad

La edad media de las madres fue de 28,1 años, con un rango entre 14 y 47 años (Figura 3).



**Figura 3.** Composición por rangos de edad (en años).

#### 4.1.1.2 Nacionalidad

La mayoría eran de nacionalidad española (146 de las 220 madres, que representan el 66,4%). Del 33,6% de nacionalidad extranjera (74 madres), destacan según orden de frecuencia: Marruecos, Rumanía, Brasil, República Dominicana, Filipinas y Perú (Figura 4).

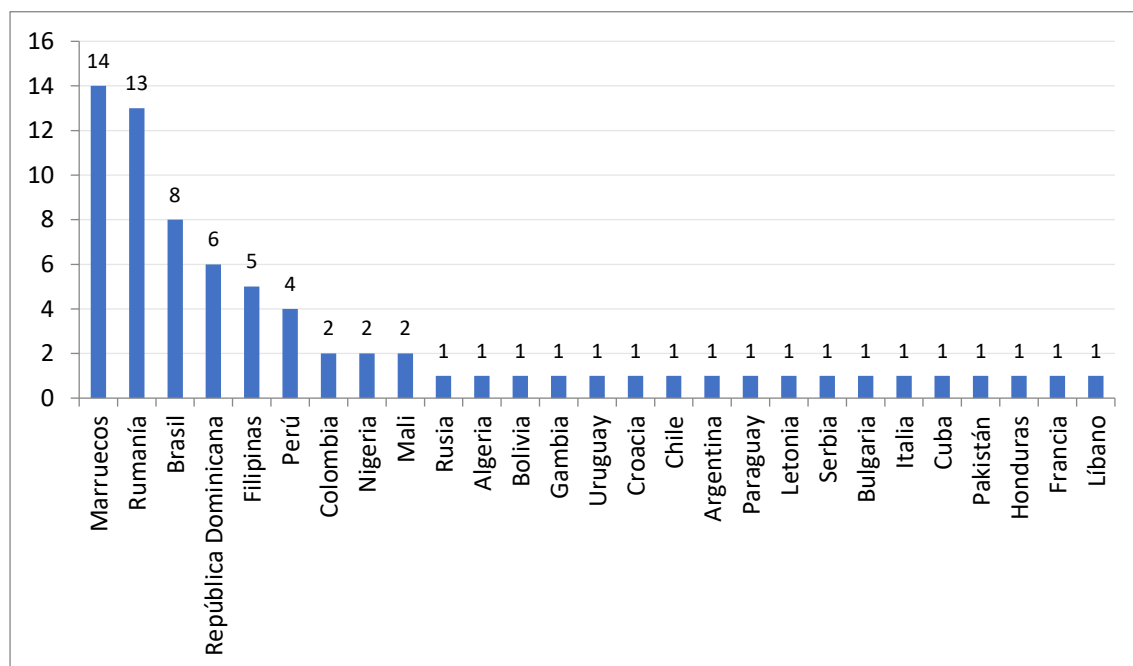


Figura 4. País de origen de las madres de nacionalidad extranjera.

#### 4.1.1.3 Casos por provincias

En la provincia de Barcelona se contabilizaron el 69% de los casos (152). Le siguieron Gerona (29 casos; el 13,2%), Tarragona (25 casos; el 11,4%) y por último Lérida (14 casos; el 6,4%) (Figura 5).

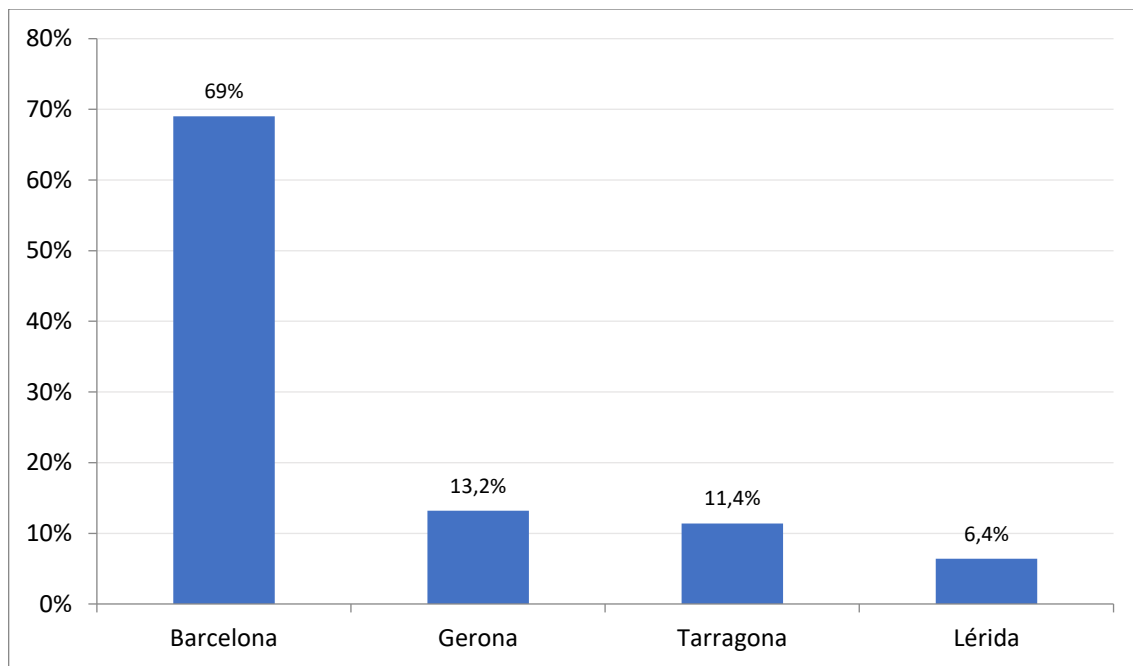


Figura 5. Casos por provincias.

#### 4.1.1.4 Nivel es estudios

Se pudo obtener el dato tan sólo en 22 casos (Figura 6).

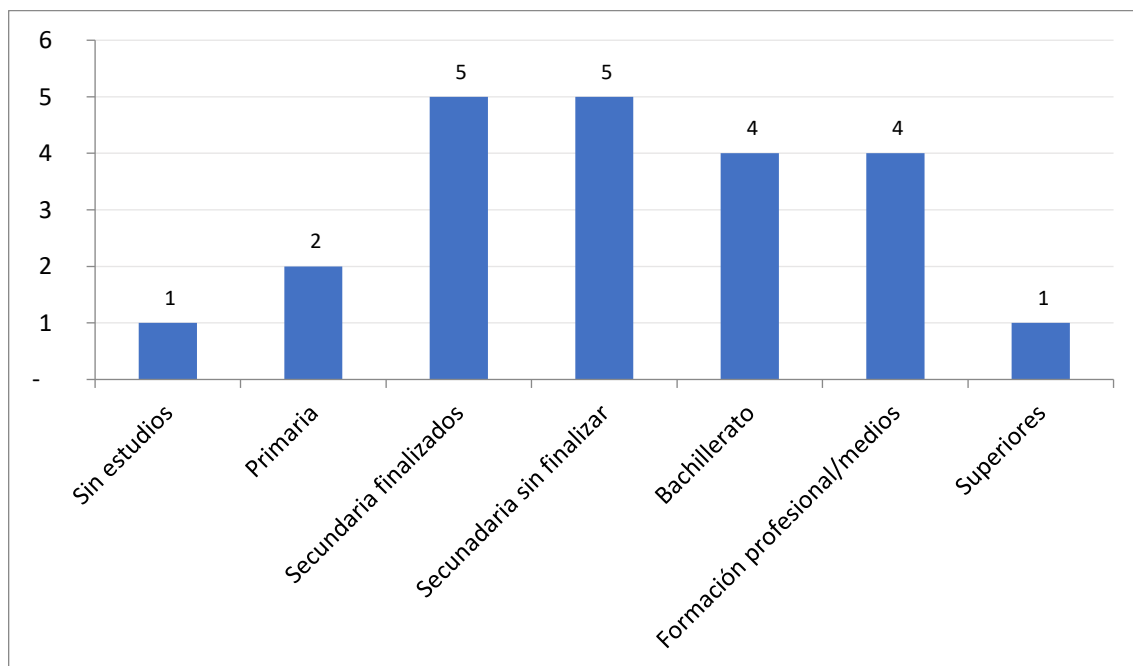


Figura 6. Nivel de estudios de las madres.

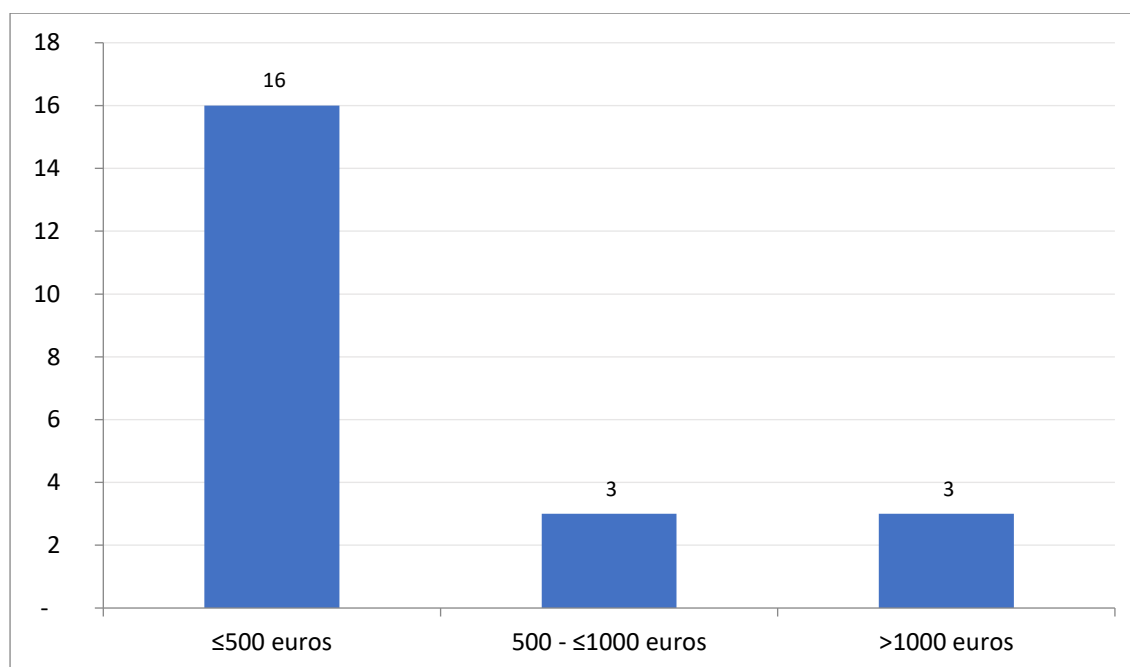


#### 4.1.1.5 Ocupación

El 75,9% (167 casos) no tenía empleo.

#### 4.1.1.6 Ingresos

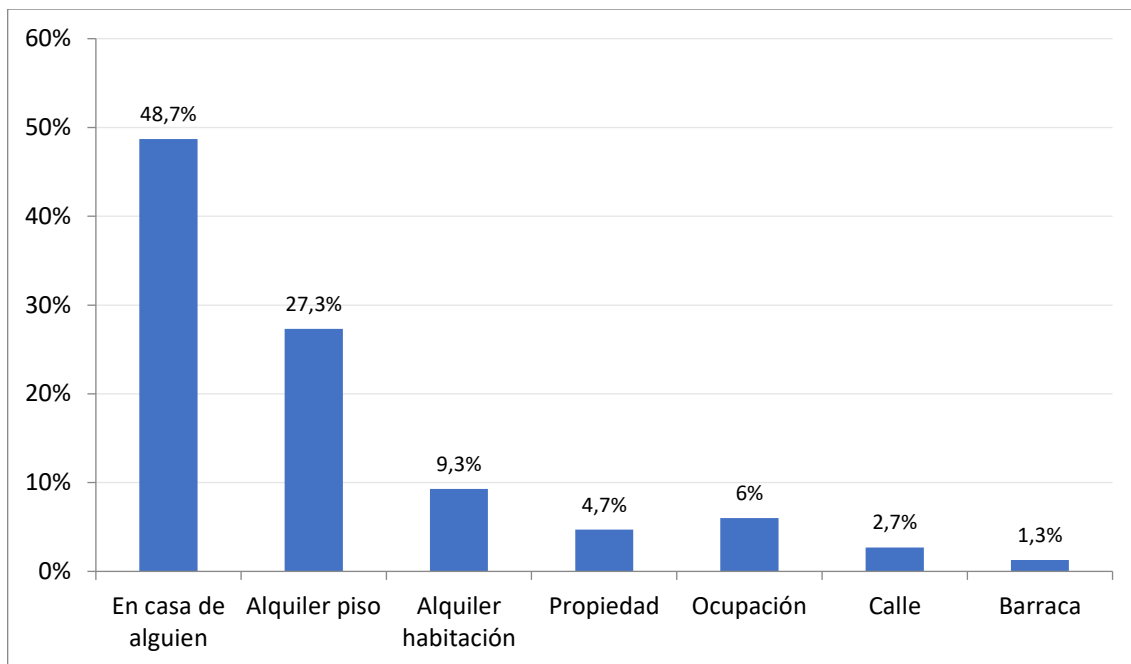
Se pudo obtener información de los ingresos mensuales (de la madre y su pareja, o sólo de la madre si no convivían juntos) en 22 casos. Los ingresos medios del grupo fueron de 521,86 euros. En 16 eran menores a 500 euros, en 3 entre 500-1000 euros, y en 3 mayores a 1000 euros (Figura 7). En 15 de los 22 casos sus ingresos provenían de un subsidio.



**Figura 7.** Ingresos mensuales del núcleo familiar.

#### 4.1.1.7 Vivienda

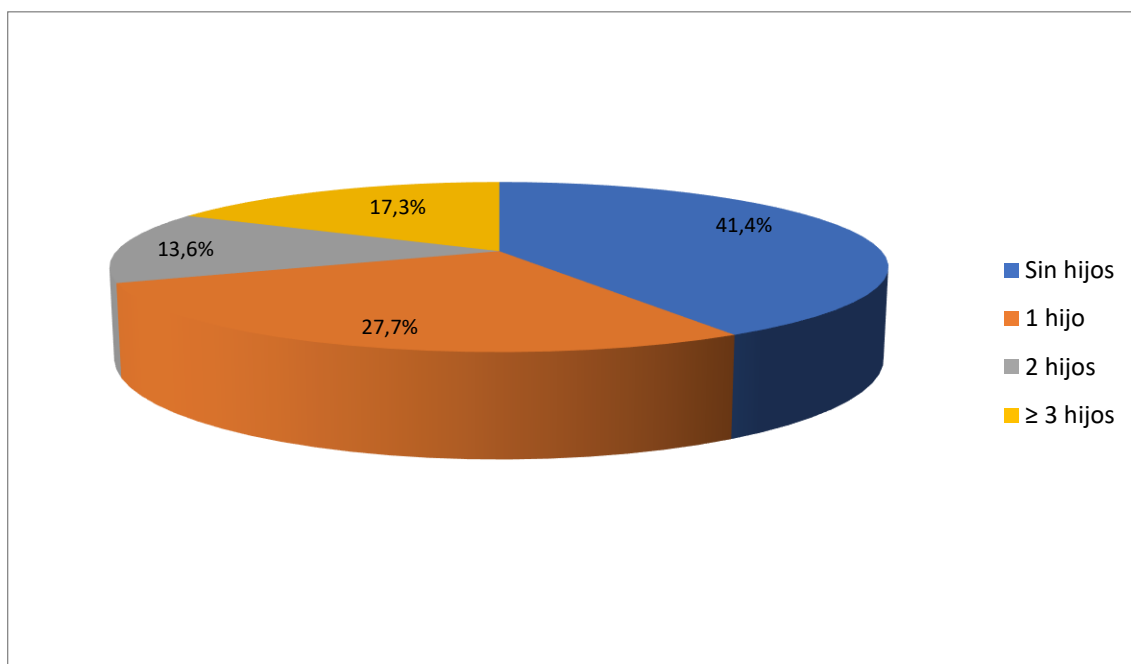
Se pudo obtener información en 150 casos. La mayoría (73; el 48,7%) vivían en casa de otra persona (predominantemente familiares) sin pagar nada a cambio. Les seguían las que estaban en un piso de alquiler (41; el 27,3%), en una habitación de alquiler (14; el 9,3%), en una vivienda ocupada (9; el 6%), de su propiedad (7; el 4,7%), las que estaban en la calle (4; el 2,7%), y por último las que vivían en una barraca (2; el 1,3%) (Figura 8).



**Figura 8.** Tipo de vivienda de la unidad familiar.

#### 4.1.1.8 Número de hijos previos

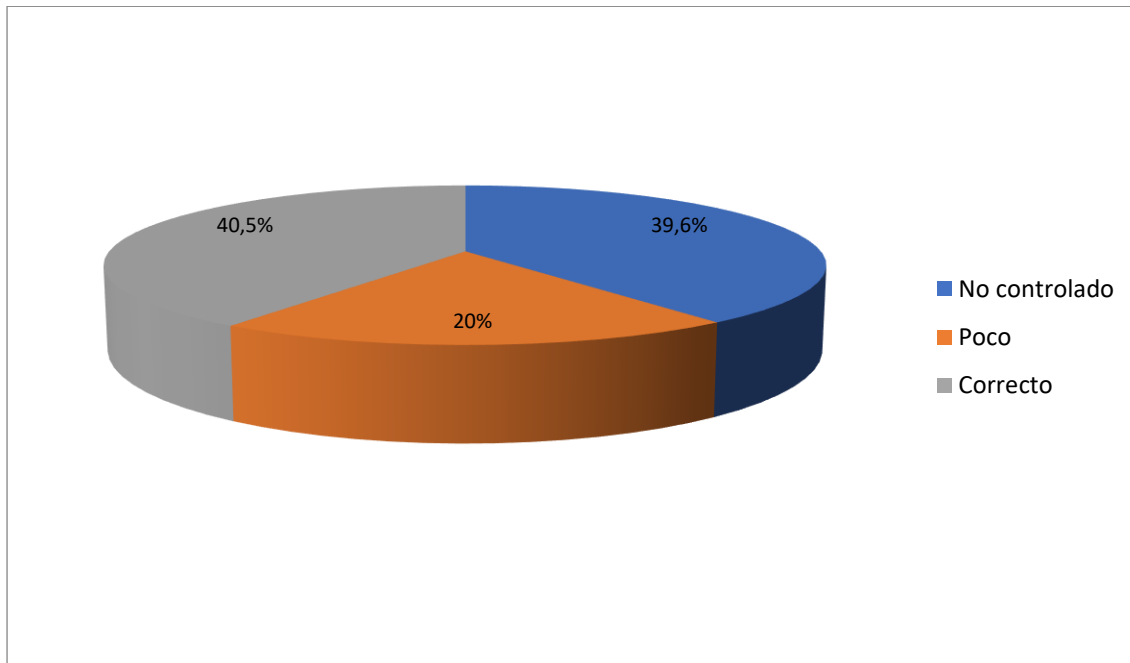
El 41,4% (91 casos) no tenía hijos previos. De las que sí tenía hijos (129; 58,6%), el 27,7% (61) tenía 1, el 13,6% (30) tenía 2, y el 17,3% (38) tenía al menos 3 (Figura 9).



**Figura 9.** Número de hijos previos.

#### 4.1.1.9 Control gestacional

El 39,6% (87 casos) no siguió ningún tipo de control y en el 20% (44) fue incompleto (Figura 10).



**Figura 10.** Tipo de control gestacional.

#### 4.1.1.10 Embarazo deseado

En el 74,6% (164 casos) el embarazo era no deseado.

#### 4.1.1.11 Interrupciones del embarazo previas

El 24,1% (53 casos) tenía antecedentes de interrupciones voluntarias del embarazo (1 o más).

#### 4.1.1.12 Deseo de interrupción de la gestación actual

El 12,3% (27 casos) había deseado interrumpir la gestación actual.

#### 4.1.1.13 Apoyo de la pareja

El 48,6% (107 casos), no tenía apoyo por parte de la pareja.

#### 4.1.1.14 Apoyo familiar

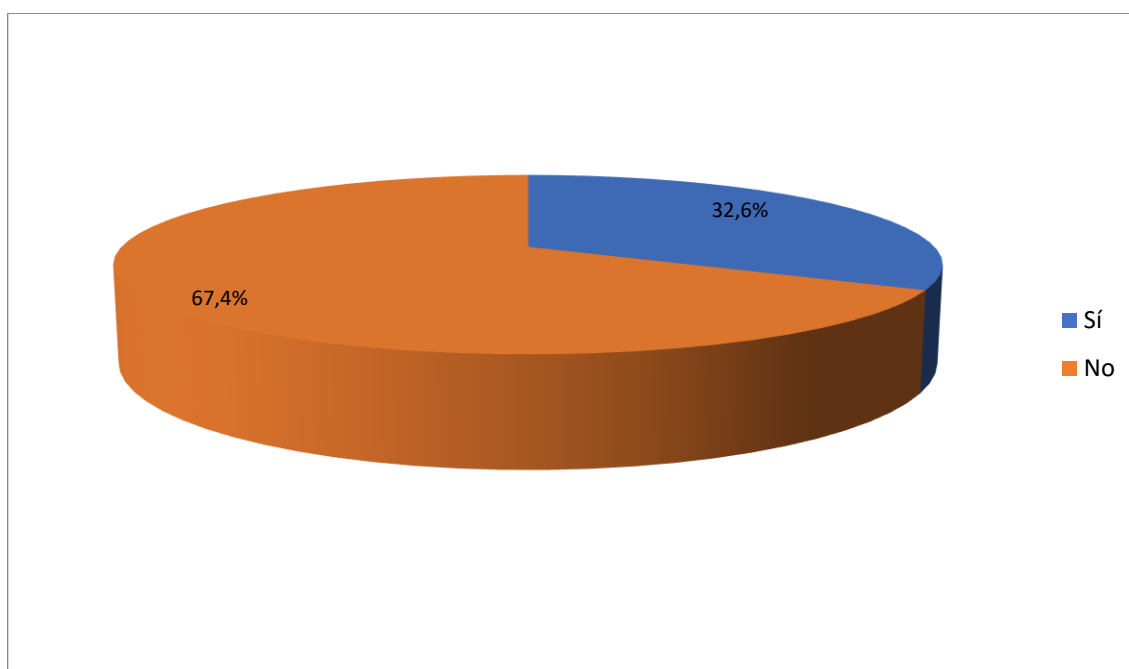
El 59,1% (130 casos) tenía apoyo de su familia.

#### 4.1.1.15 Violencia de género

El 20,5% (45 casos) tenía antecedentes de violencia de género.

#### 4.1.1.16 Retención de hijos previos

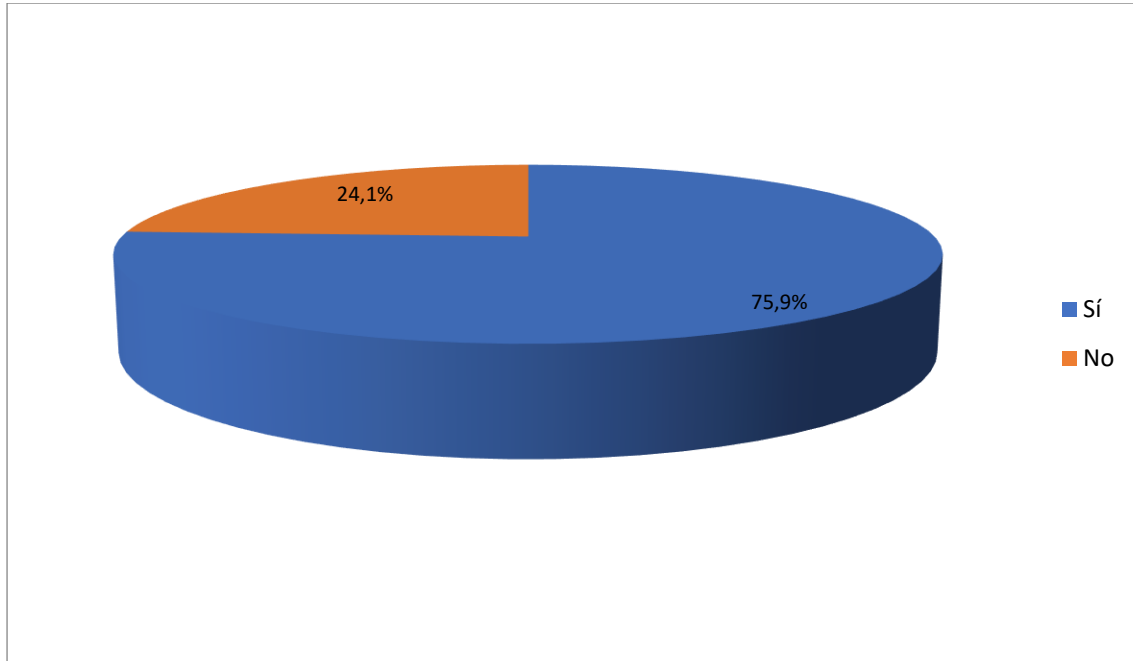
De las madres que tenían hijos previos (129 casos), el 32,6% (42) tenía al menos un hijo tutelado por la DGAIA, en el pasado o en el momento del estudio (Figura 11).



**Figura 11.** Antecedentes de retención de hijos previos.

#### 4.1.1.17 Intervención social previa

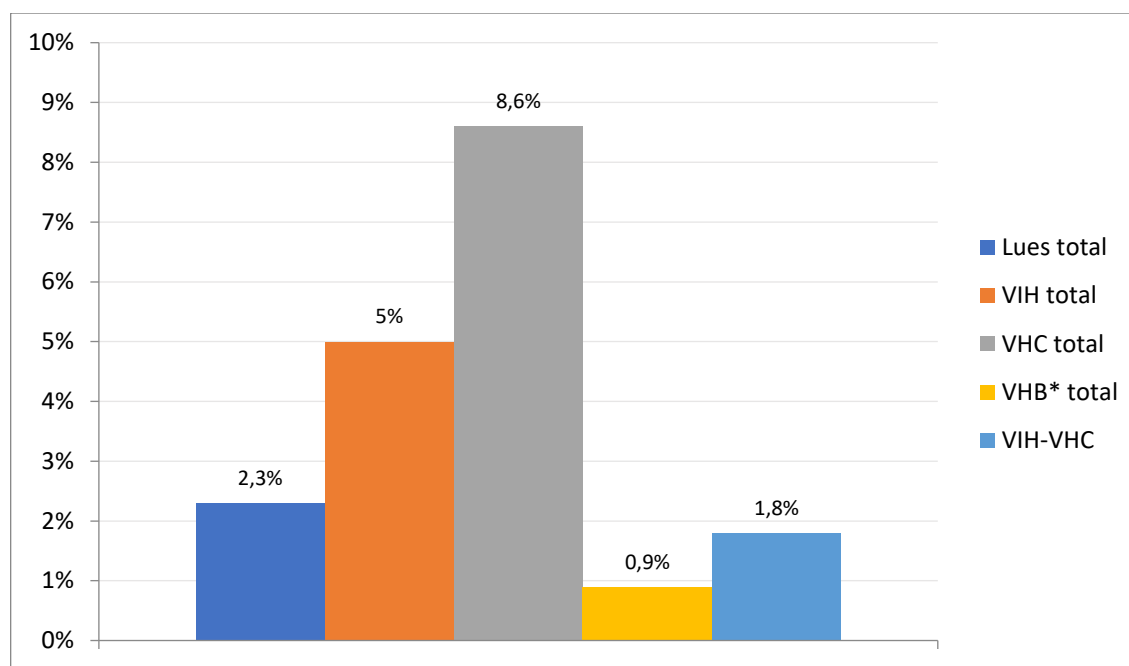
El 75,9% (167 casos) tenía antecedentes de intervención social previa (Figura 12).



**Figura 12.** Antecedentes de intervención social previa.

#### 4.1.1.18 Enfermedades infecciosas

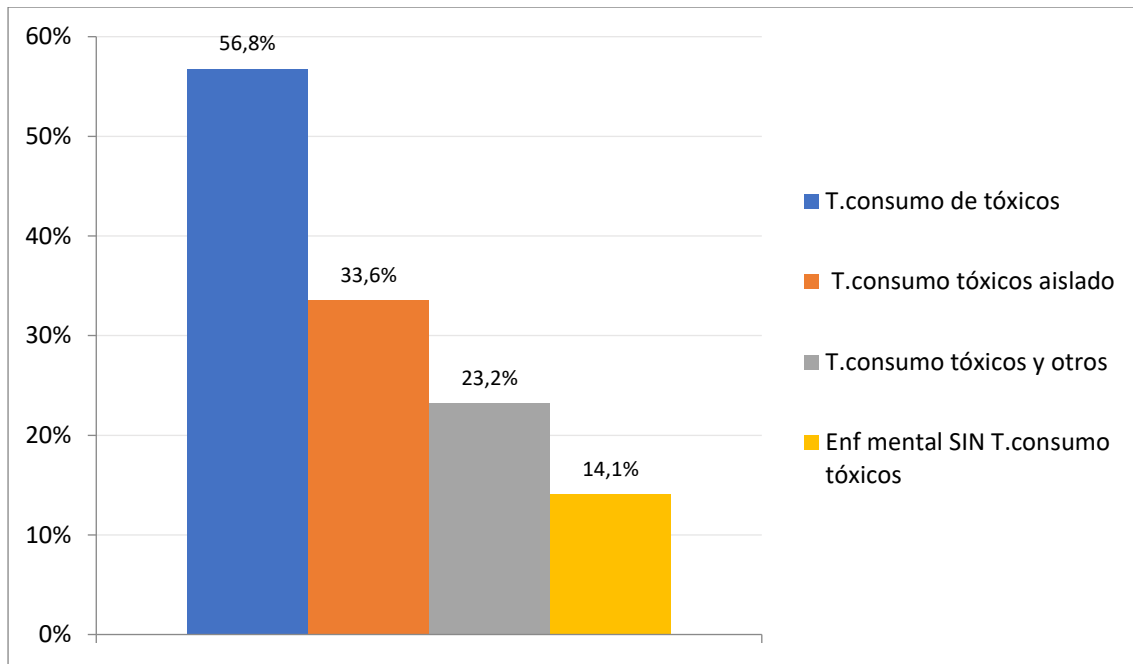
El 13,8% (29 casos) tenía alguna enfermedad infecciosa transmisible durante la gestación. En total se contabilizaron 19 casos de VHC (8,6%), 11 de VIH (5%), 5 de sífilis (2,3%), y 2 de VHB (0,9%; ambos infección natural con Ac antiHBc positivo y HBs Ag negativo) (Figura 13). Había coinfección en 7 casos: 3 VIH-VHC, 1 VIH-VHC-VHB, 2 VHC-sífilis y 1 VHB-sífilis.



**Figura 13.** Tipo de enfermedades infecciosas de transmisión vertical. \*VHB: *Ac antiHBc* positivo y *HBs Ag* negativo.

#### 4.1.1.19 Enfermedades mentales

El 70,9% (156 casos) tenía algún tipo de enfermedad mental, siendo el trastorno por consumo de tóxicos el más observado (125 casos en total, en 51 de ellos asociado a otro trastorno psiquiátrico, y en 74 casos aislado), seguido de trastorno de personalidad (41 casos), esquizofrenia o trastorno psicótico inespecífico (19 casos), trastorno ansioso-depresivo (17 casos) y retraso mental (14 casos), entre otros (Figura 14).



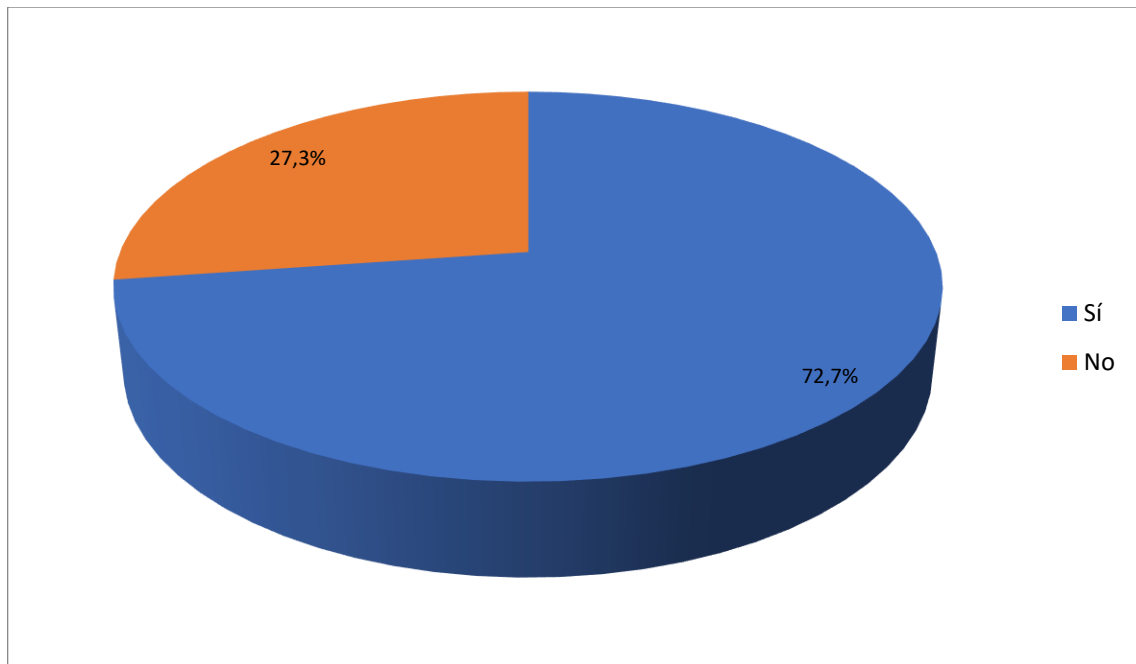
**Figura 14.** Tipo de trastorno mental.

#### ***4.1.1.20 Consumo de tabaco***

Se recogieron los datos de 80 de las 220 madres en las que constaba explícitamente si hubo consumo de tabaco durante la gestación (sí o no). No se tuvieron en cuenta los casos en los que figuraba el consumo de otros tóxicos pero no se especificaba si habían fumado o no. Sólo en 2 casos se especificaba que no habían fumado. De las que habían fumado (78), sólo 5 (el 6,4%) no habían consumido otros tóxicos, el resto sí (93,6%).

#### ***4.1.1.21 Consumo de tóxicos durante la gestación***

El 72,7% (160 de las 220 madres), manifestó un consumo activo de drogas durante el embarazo, ya fuera de forma esporádica o regular (Figura 15).



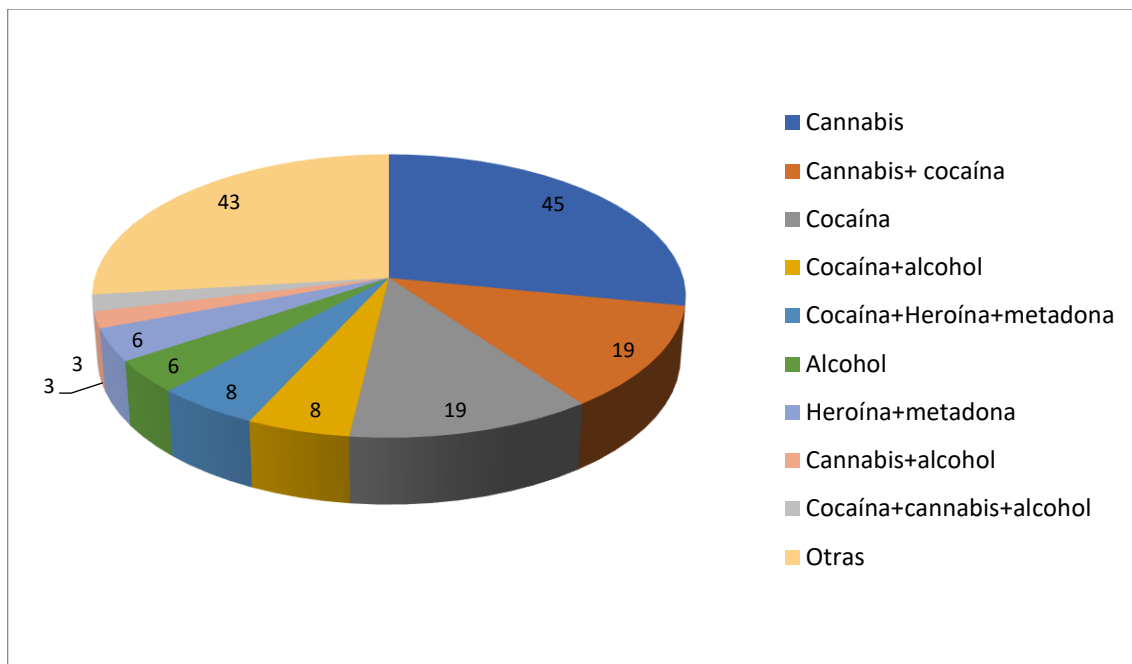
**Figura 15.** Antecedentes de consumo de tóxicos.

Las drogas más consumidas fueron el cannabis y la cocaína, seguidos de la heroína (Tabla 4; Figura 16). Entre las consumidoras, un 55,6% consumía más de una droga (Tabla 4; Figura 17). No hubo ningún caso de consumo único de metadona o benzodiazepinas. Entre las consumidoras de heroína (38 casos), sólo había consumo aislado de esta droga en un caso.

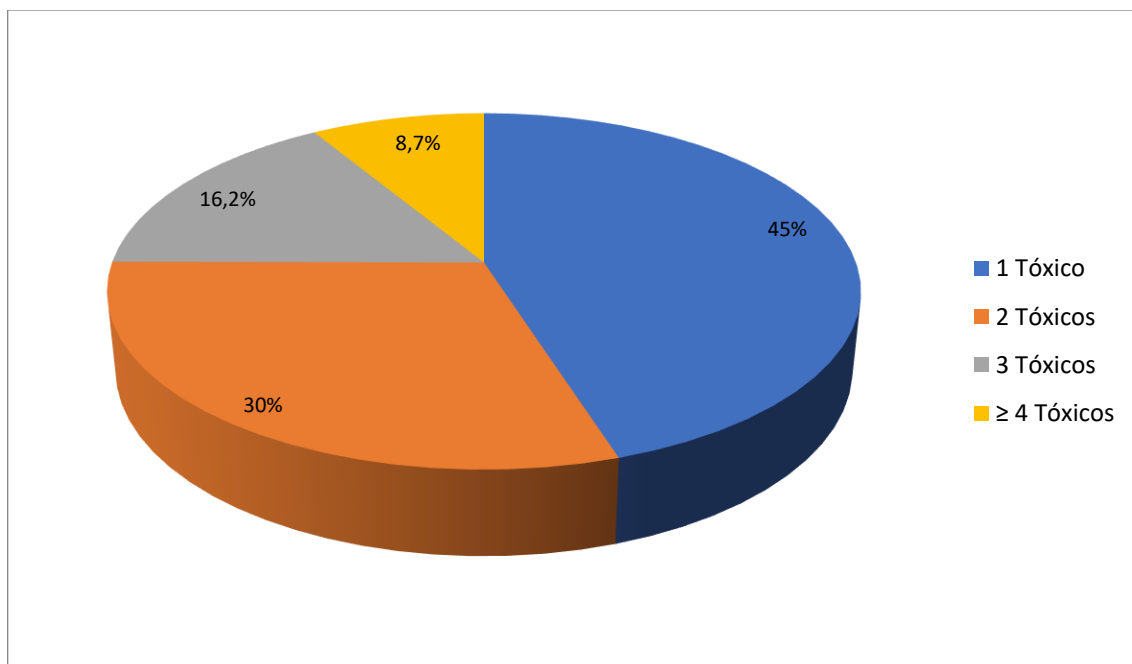


**Tabla 4.** Tipo de tóxicos y combinaciones más frecuentes en el conjunto del grupo y en las madres consumidoras.

<b>Tóxico</b>	<b>Número de casos y (%) entre las 160 consumidoras</b>	<b>% de consumo entre las 220 madres</b>
Cannabis	89 (55,6)	44,5
Cocaína	86 (53,7)	39,1
Heroína	38 (23,7)	17,2
Alcohol	33 (20,6)	15
Metadona	30 (18,7)	13,6
Benzodiacepinas	18 (11,2)	8,1
Anfetaminas	15 (9,3)	6,8
Shabú	2 (1,2)	0,9
<b>Combinaciones más frecuentes:</b>		
1 tóxico	72 (45)	32,7
2 tóxicos	48 (30)	21,8
3 tóxicos	26 (16,2)	11,8
≥ 4 tóxicos	14 (8,7)	6,3
Cannabis (sólo)	45 (28,1)	20,4
Cannabis y cocaína	19 (11,8)	8,6
Cocaína	19 (11,8)	8,6
Cocaína y alcohol	8 (5)	3,6
Cocaína, Heroína y metadona	8 (5)	3,6
Alcohol	6 (3,7)	2,7
Heroína y metadona	6 (3,7)	2,7
Cannabis y alcohol	3 (1,8)	1,3
Cocaína, cannabis y alcohol	3 (1,8)	1,3
Otras	43 (26,8)	19,5



**Figura 16.** Combinaciones más frecuentes de tóxicos consumidos.



**Figura 17.** Número de tóxicos consumidos.

#### 4.1.1.22 Antecedentes de madre tutelada por la DGAIA

El 13,2% de las madres (29) habían sido tuteladas por la DGAIA siendo menores de edad o lo seguían estando.

#### 4.1.1.23 Antecedentes de privación de libertad

El 7,3% (16 casos) tenía antecedentes de privación de libertad, 7 de ellos durante la gestación (6 en centro penitenciario y 1 en centro juvenil de justicia).

### 4.1.2 Variables del bloque perinatal

#### 4.1.2.1 Tipo de parto

En 18 casos no se pudieron obtener datos (5 no consumidoras, 13 consumidoras). Del resto, el 64,7% tuvo un parto eutócico (132 casos). De los partos distócicos (35,2%), fueron cesárea 48 (el 23,5%), vacuum 10 (el 4,9%), espátulas 8 (el 3,9%) y fórceps 6 (el 2,9%) (Figura 18).

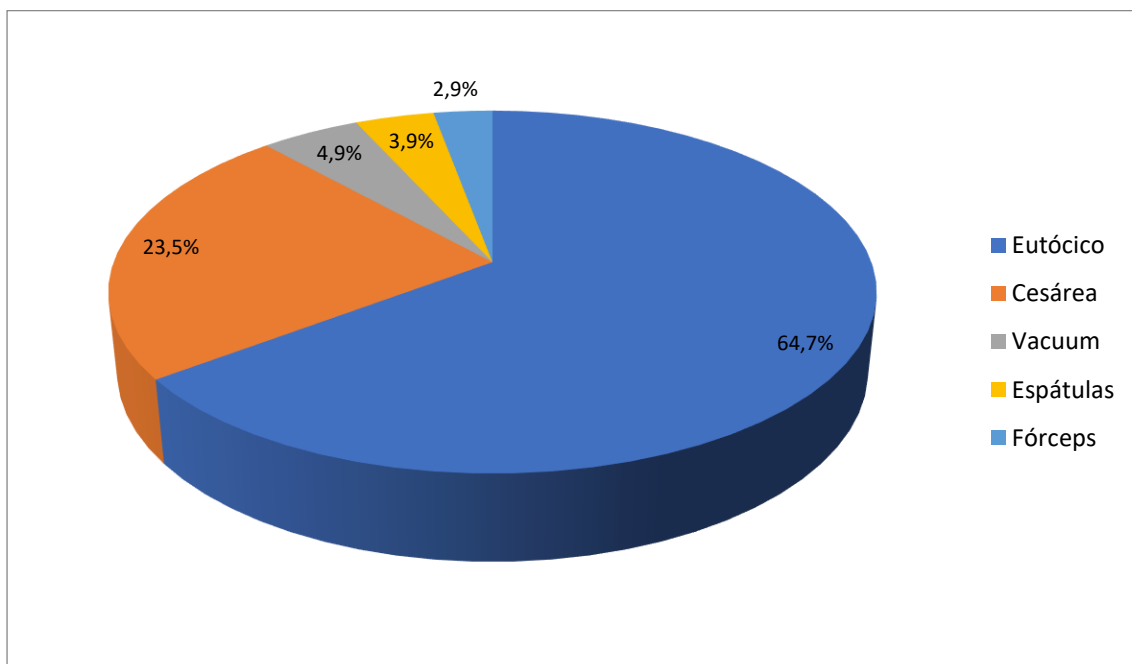
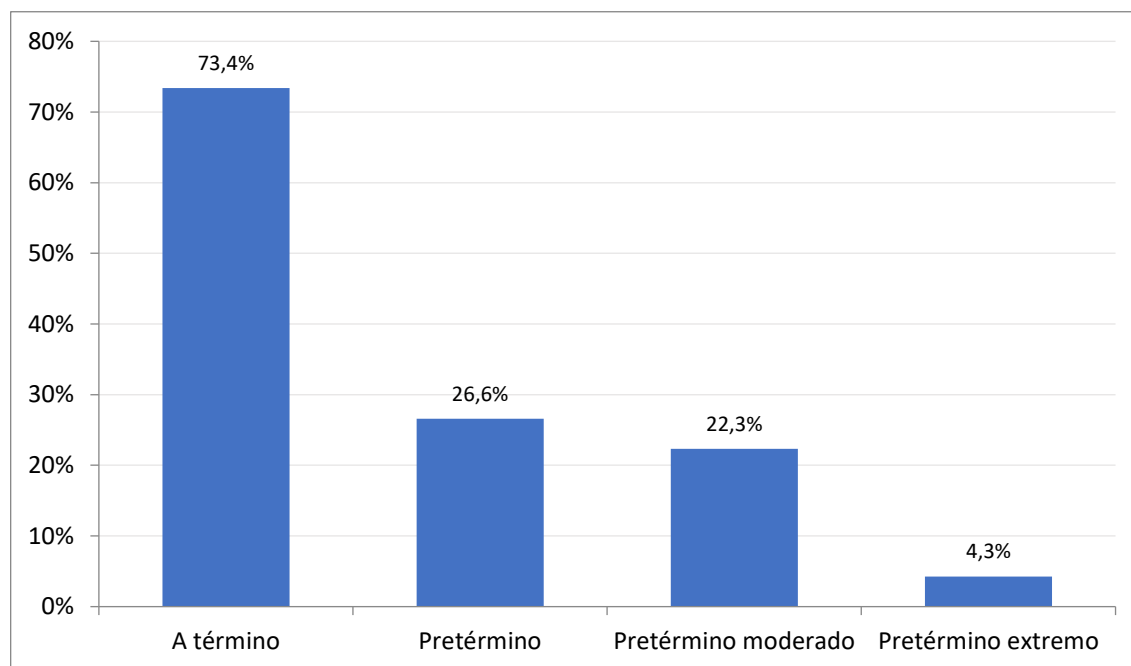


Figura 18. Tipo de parto.

#### 4.1.2.2 Edad gestacional

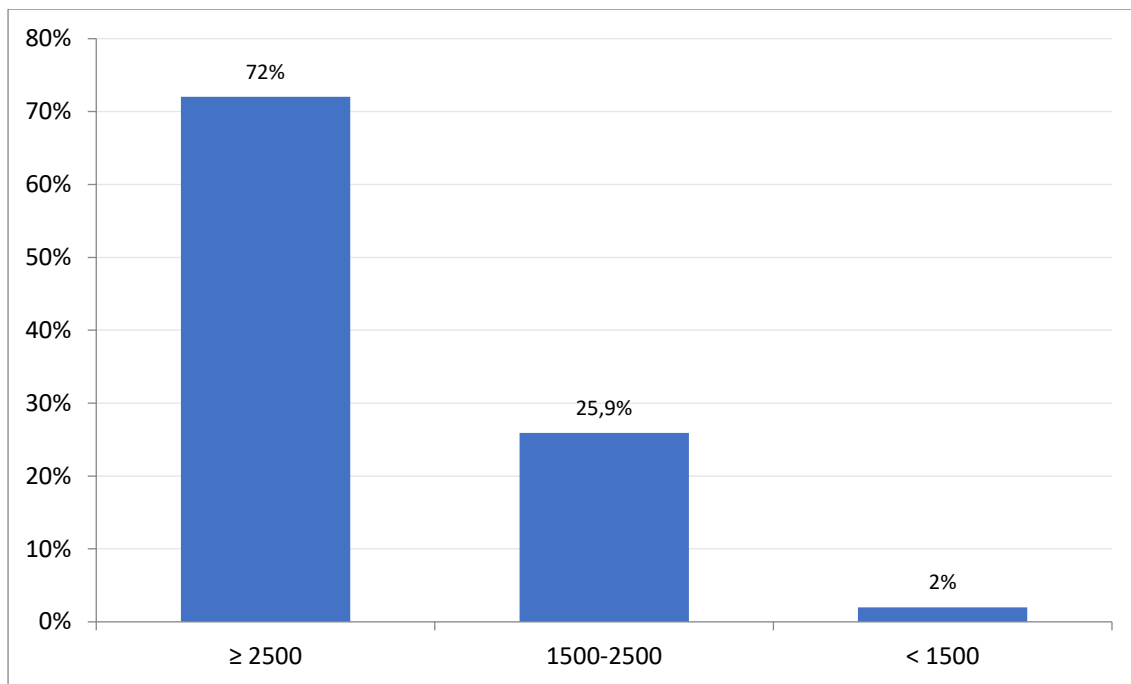
En 32 casos no se pudieron obtener datos (11 no consumidoras, 21 consumidoras). De los 188 casos restantes, fueron a término 138 casos (el 73,4%), y pretérmino 50 casos (el 26,6%, siendo pretérmino moderado el 22,3% y extremo el 4,3%). No hubo casos postérmino (Figura 19).



**Figura 19.** Edad gestacional.

#### 4.1.2.3 Somatometría neonatal

El peso medio al nacimiento fue de 2776,9 g, con 54 recién nacidos (el 27,9%) por debajo de los 2500 g (50 entre 1500-2500 g; 4 <1500 g) (Figura 20). La longitud media fue de 46,7 cm, y el perímetro craneal medio de 32,8 cm. En 29 casos no se pudieron obtener datos (6 no consumidoras, 23 consumidoras).



**Figura 20.** Peso al nacimiento (g).

#### **4.1.2.4 Puntuación de Apgar**

Al minuto fue  $\geq 8$  en 164 casos (el 90,1%), 5-7 en 15 (el 8,2%), y  $\leq 4$  en 3 (el 1,7%). A los 5 minutos fueron 176 casos (96,7%), 6 (3,3%) y 0 respectivamente. En 40 casos no había datos.

#### **4.1.2.5 Incidencias perinatales**

Se contabilizaron 138 casos con presencia de tóxicos positivos en orina materna y/o del recién nacido (en 5 de los cuales no se pudo obtener información a qué droga fue positivo). Sólo en 1 caso entre las no consumidoras se obtuvieron tóxicos positivos (benzodiazepinas en orina del recién nacido, en un caso de síndrome ansioso-depresivo que cursó con suicidio por defenestración en el postparto). De los 138 casos en total, en 25 se detectaron tóxicos en orina materna y del recién nacido, 30 sólo en orina materna y 83 sólo en orina del neonato.

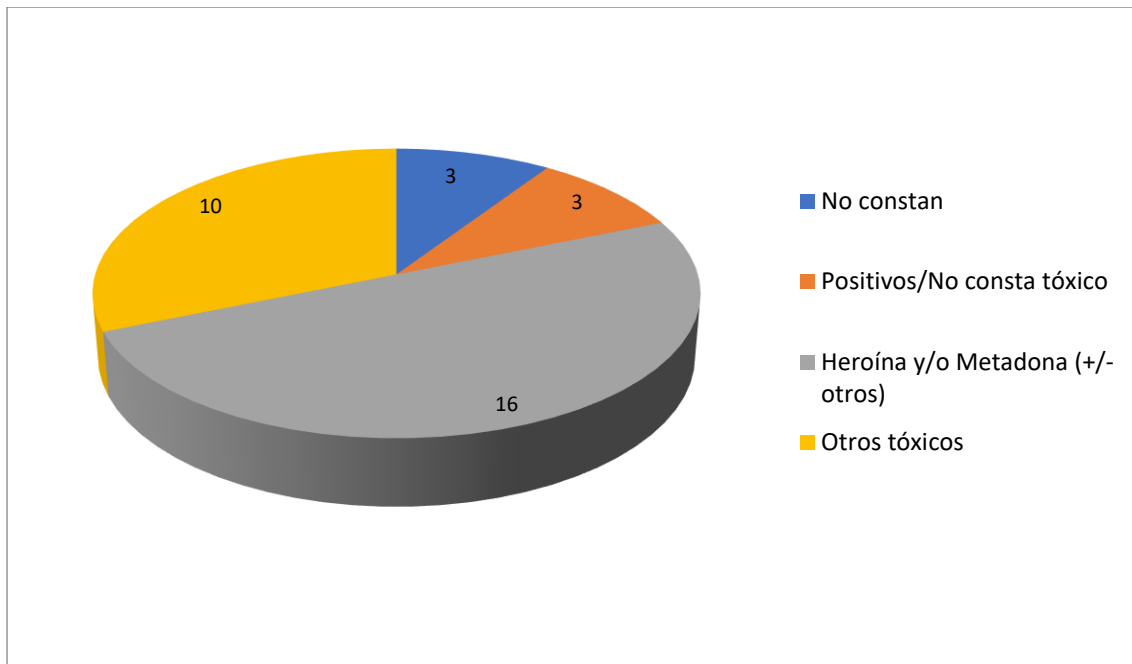
De los 25 casos positivos en orina materna y del neonato, en 16 eran el mismo tóxico, en 8 casos había 2 en orina materna por 1 en la del recién nacido, y en 1 caso no coincidían.

De los 55 casos positivos en orina materna, en 37 salieron positivos los mismos tóxicos que los reportados en la entrevista (67,3%), en 18 casos fueron menos que los reportados pero estaban incluidos (32,7%), en 1 caso (1,8%) fueron diferentes (reportado cannabis y anfetaminas, positivo a cocaína y metanfetaminas), y en 1 caso fueron más en orina (reportado cannabis, positivo cannabis y metanfetaminas).

De las 29 madres que habían referido consumo de 1 tóxico, en 28 hubo concordancia entre los resultados en orina y lo verbalizado por ellas (concordancia del 96,6%). De las 26 madres con policonsumo referido, la concordancia fue del 34,6%.

De los 108 positivos en orina del recién nacido, se excluyeron el positivo a benzodiazepinas de la madre que cursó con suicidio, y los 5 en los que no se dispone de información del tipo de droga. De los 102 casos restantes, en 52 coinciden los tóxicos reportados y los positivos (51%), en 47 fueron menos que los reportados pero estaban incluidos (46,1%), y en 3 casos (2,9%) eran diferentes. De las 44 madres que habían referido consumo de 1 tóxico, en 43 casos fueron los mismos tóxicos positivos en orina (concordancia del 95,5%), por 2 casos diferentes. De las 58 madres con policonsumo referido e información del tipo de tóxico positivo, en 10 casos fueron los mismos tóxicos en orina, en 47 fueron menos (pero incluían los reportados), y en 1 caso fueron diferentes (concordancia del 17,2%, mientras en el 98,3% salieron positivos todos o algunos de los tóxicos reportados).

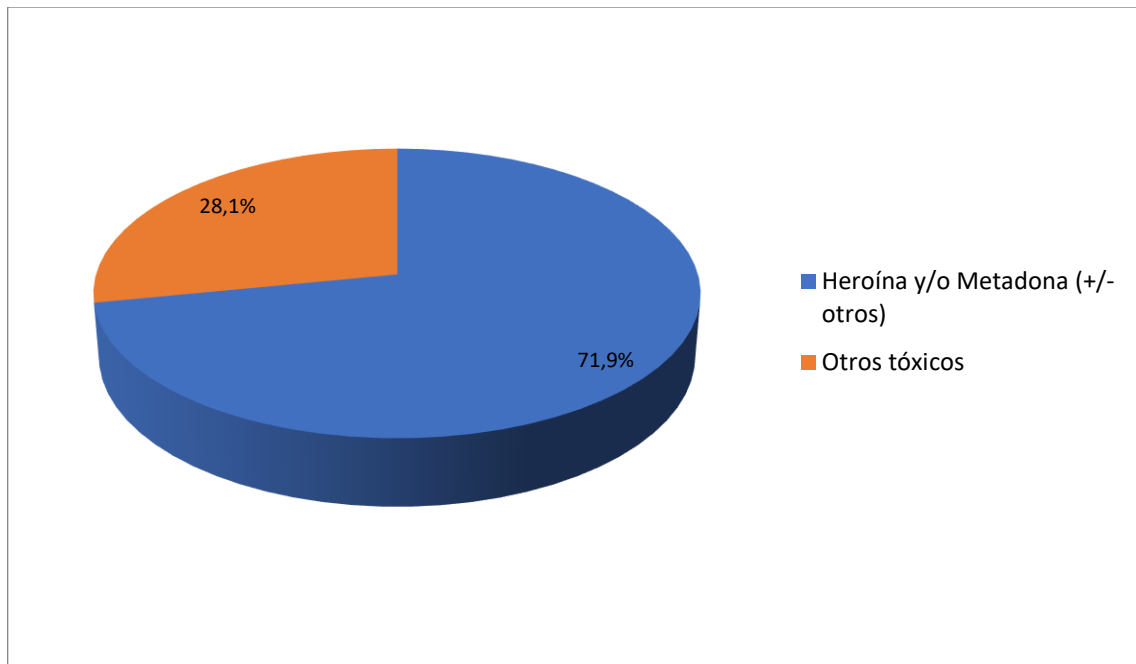
Relacionado con el consumo de tóxicos, se diagnosticaron 32 SAD neonatal (corresponde al 19,8% de los 162 recién nacidos de las 160 madres consumidoras). En 3 casos no se pudo obtener el dato de si realizaron tóxicos en orina. De los 29 restantes con tóxicos en orina positivos, en 3 casos en orina del neonato no se pudo obtener información del tipo de droga. De los 26 casos con tóxicos en orina positivos e información del tipo de droga, 8 fueron en orina materna y neonatal, 2 sólo materna y 16 sólo neonatal. En 12 casos salió positivo sólo 1 tóxico: 2 casos cocaína, 1 heroína, 5 metadona y 4 cannabis. Excepto los 4 positivos a cannabis y 1 caso de positivo a cocaína, el resto de las madres habían reportado policonsumo. De los 14 casos con más de 1 tóxico positivo, en 10 lo eran para heroína o metadona. Los 4 restante fueron 2 positivos a cocaína y benzodiazepinas, 1 positivo a cocaína y metanfetaminas, y 1 positivo a cannabis y metanfetaminas (Figura 21).



**Figura 21.** Tipo de tóxico positivo en orina en los casos de síndrome de abstinencia neonatal.

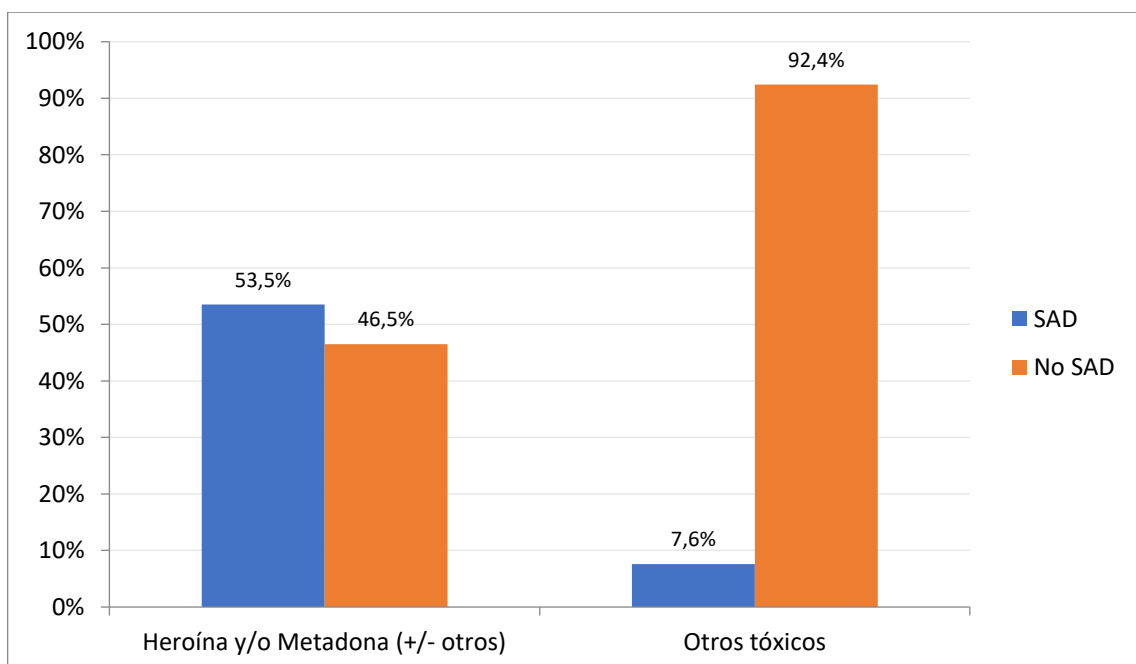
Según el consumo reportado, de las 6 madres que referían 1 tóxico en 5 hubo concordancia (4 cannabis, 1 cocaína). De las 26 que reportaban policonsumo, en 3 no había información del tipo de droga, en 3 coincidió la positividad en orina y en 20 salieron positivos en orina menos tóxicos de los referidos.

De los 32 SAD, 23 casos fueron por consumo reportado de heroína/metadona (71,9%) (Figura 22), y siempre siguiendo un patrón de policonsumo.



**Figura 22.** Tipo de tóxicos reportados en los casos de síndrome de abstinencia neonatal.

De los 43 recién nacidos de madres consumidoras de heroína y/o metadona (42 madres), se diagnosticaron 23 casos de SAD neonatal (corresponde a un 53,5%). De los 119 recién nacidos de madres consumidoras de otras drogas (118 madres), en 9 casos se detectó SAD (7,6%) (Figura 23).



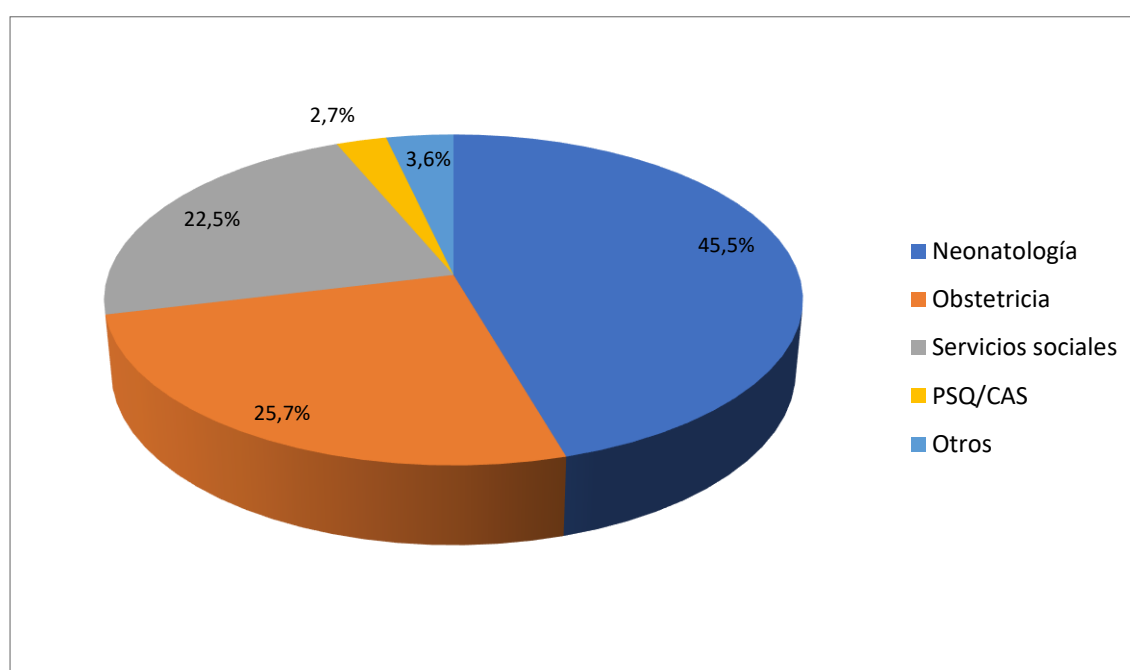
**Figura 23.** Síndrome de abstinencia a drogas (SAD) según el tipo de tóxico reportado.



### 4.1.3 Variables del bloque de intervención social

#### 4.1.3.1 Quién detecta el caso

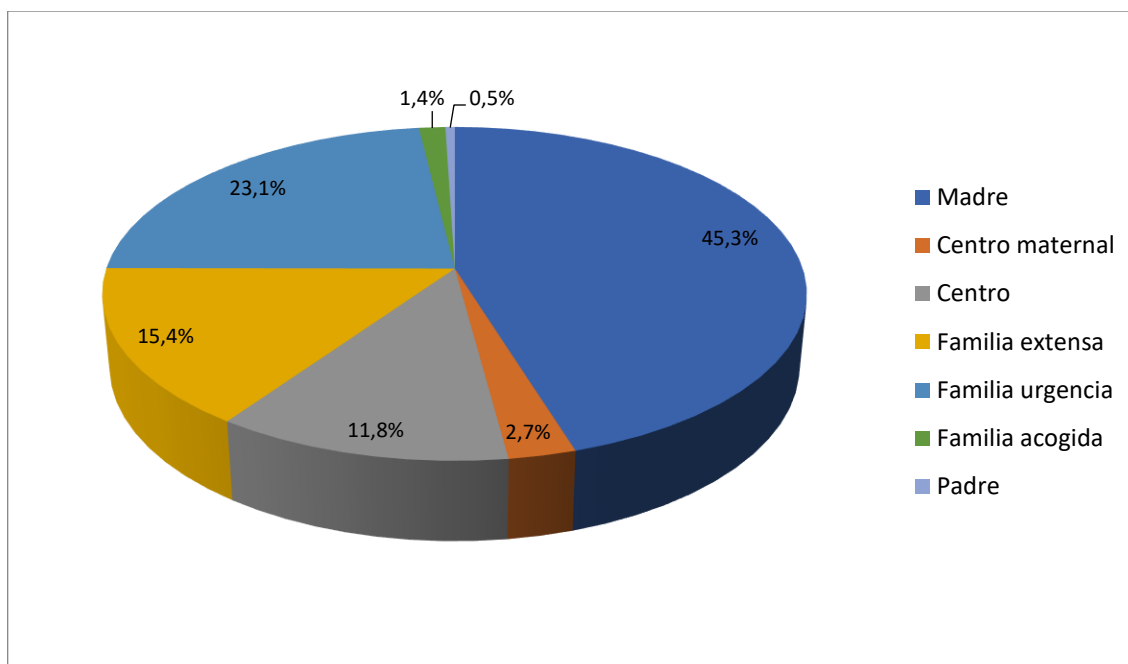
Ordenados por frecuencia: desde neonatología detectaron 101 casos (representan el 45,5%); desde obstetricia 57 casos (el 25,7%); desde servicios sociales en conjunto (servicios de inserción social/servicios sociales básicos, hijos previos retenidos y DGAIA por largo historial), detectaron 50 casos (el 22,5%). Desde psiquiatría/CAS detectaron 6 casos (el 2,7%). El resto (8 casos, el 3,6%), fue detectado por familia/amigos, prisión, equipos de atención a la mujer o Mossos d'Esquadra (Figura 24).



**Figura 24.** Quién detecta el caso.

#### 4.1.3.2 Destino inicial

Fueron con la madre 106 casos (48%), 6 de ellos en centro maternal (2,7%). En el 52% restante los destinos fueron: familia de urgencia 51 casos (23,1%), familia extensa 34 (15,4%), centro de acogida 26 (11,8%), familia de acogida 3 (1,4%), y padre (1 caso de madre no consumidora con síndrome ansioso-depresivo, cursó con suicidio por defenestración en el postparto) (Figura 25).



**Figura 25.** Destino inicial de los recién nacidos.

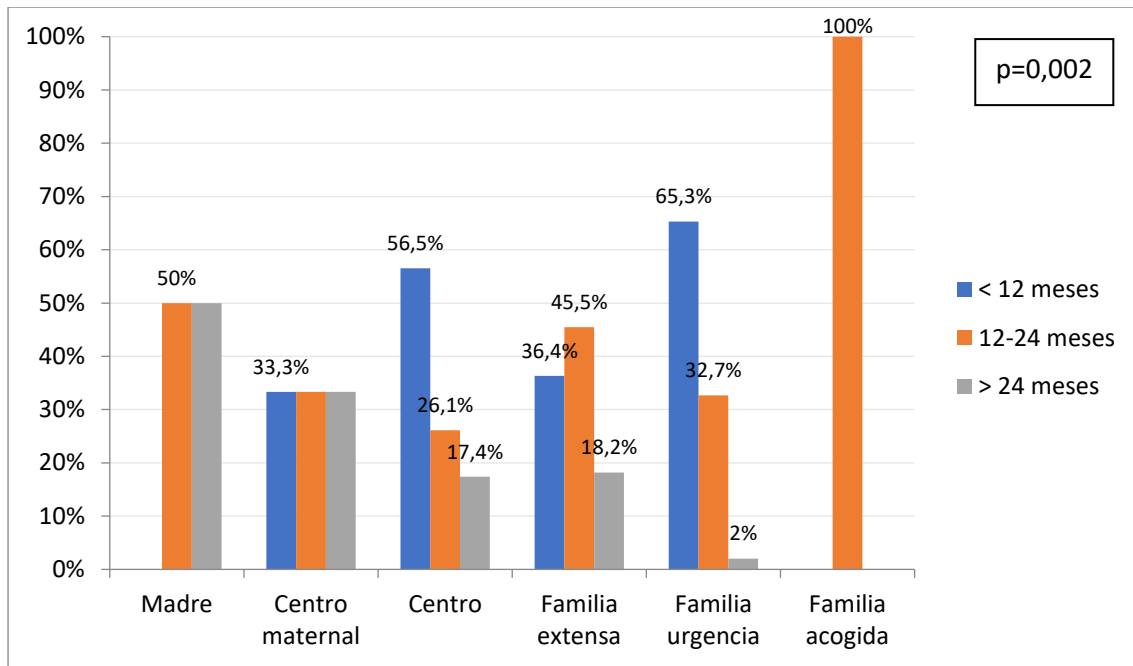
#### **4.1.3.3 Decisión previa al nacimiento**

La decisión del destino inicial fue adoptada antes del nacimiento en 70 casos (el 31,5%).

#### **4.1.3.4 Cambio de destino**

Se produjo un cambio de destino en 97 casos (el 44,3%). De ellos, 50 (el 51,6%) se produjeron antes de los 12 meses, 34 (el 35,1%) entre los 12-24 meses, y 13 (el 13,4%) después de los 24 meses.

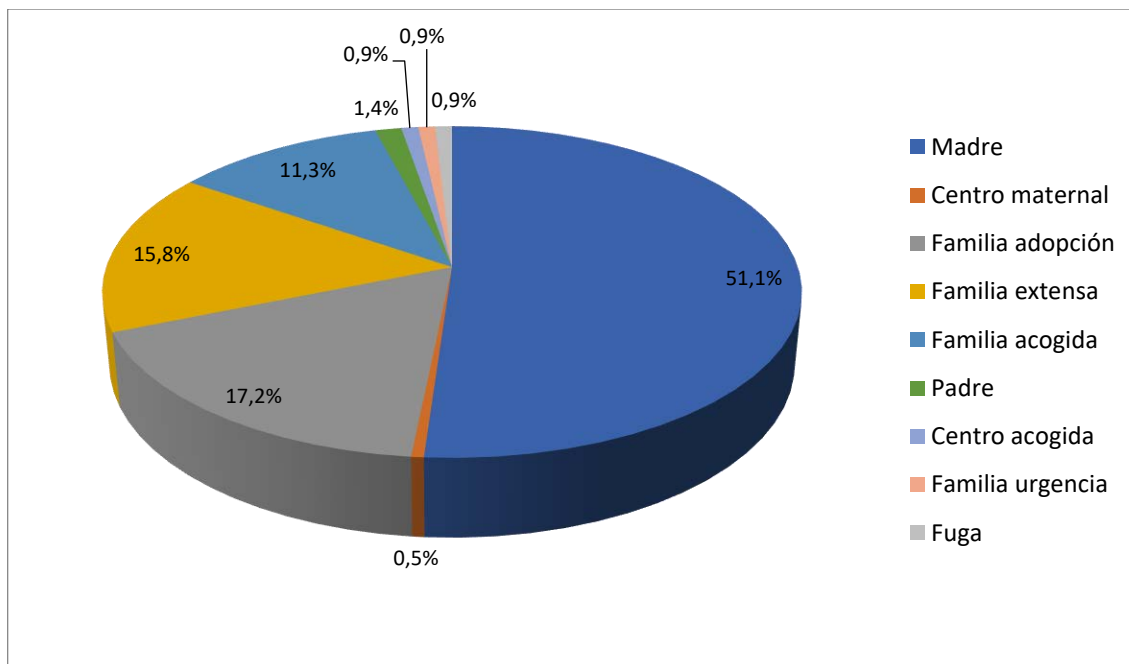
En los casos con cambio de destino, hubo diferencias en la edad en la que se produjo en función del destino inicial ( $p=0,002$ ). De los que fueron con la madre, ninguno cambió de destino antes de los 12 meses. En cambio, de los que fueron a centro de acogida o a familia de urgencia predominó el cambio antes de los 12 meses (56,5% y 65,3%, respectivamente) (Figura 26).



**Figura 26.** Edad del menor cuando se produjo cambio de destino en función del destino inicial.

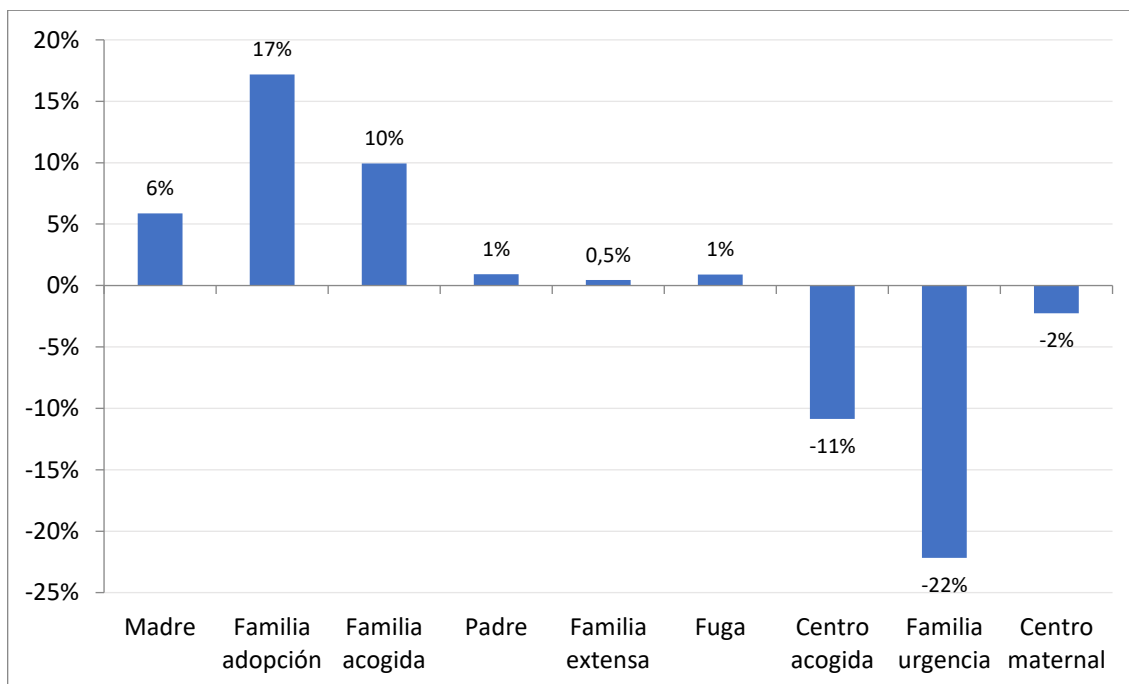
#### 4.1.3.5 Destino actual

En 114 casos (el 51,6%) su destino actual era con la madre (1 caso en centro maternal). El resto (48,4%) según el orden de frecuencia: familia de adopción 38 casos (17,2%), familia extensa 35 (15,8%), familia de acogida 25 (11,3%), padre 3 (1,4%), centro de acogida 2 (0,9%), familia de urgencia 2 (0,9%), y fuga 2 (0,9%) (Figura 27). Sin datos en 1 caso.



**Figura 27.** Destino actual del menor.

Si se determina la evolución cuantitativa de cada una de las variables entre el destino inicial y el actual, aumenta el porcentaje de los que van con la madre (6%), familia de adopción (17%), familia de acogida (10%), padre (1%), y familia extensa (0,5%). Por el contrario, disminuye el porcentaje que van a centro de acogida (11%), familia de urgencia (22%) y centro maternal (2%) (Figura 28).



**Figura 28.** Evolución cuantitativa (en %) de cada una de las variables de destino entre el destino inicial y el actual.

#### 4.1.3.6 Destino actual en función del destino inicial

Para determinar el destino actual en función del destino inicial, se agruparon las variables en: madre (incluye a madre y centro maternal con la madre), acogida-familia ajena (incluye centro de acogida, familia de urgencia, familia acogedora y familia de adopción), y familia extensa.

De los que inicialmente fueron con la madre, el 85,7% seguían actualmente con ella. De los que fueron inicialmente en acogida-familia ajena, la mayoría permanecían en familias ajenas (el 71,8%). De los que inicialmente fueron con familia extensa, permanecían en ella (63,6%) o estaban con la madre (36,4%) (Figura 29).

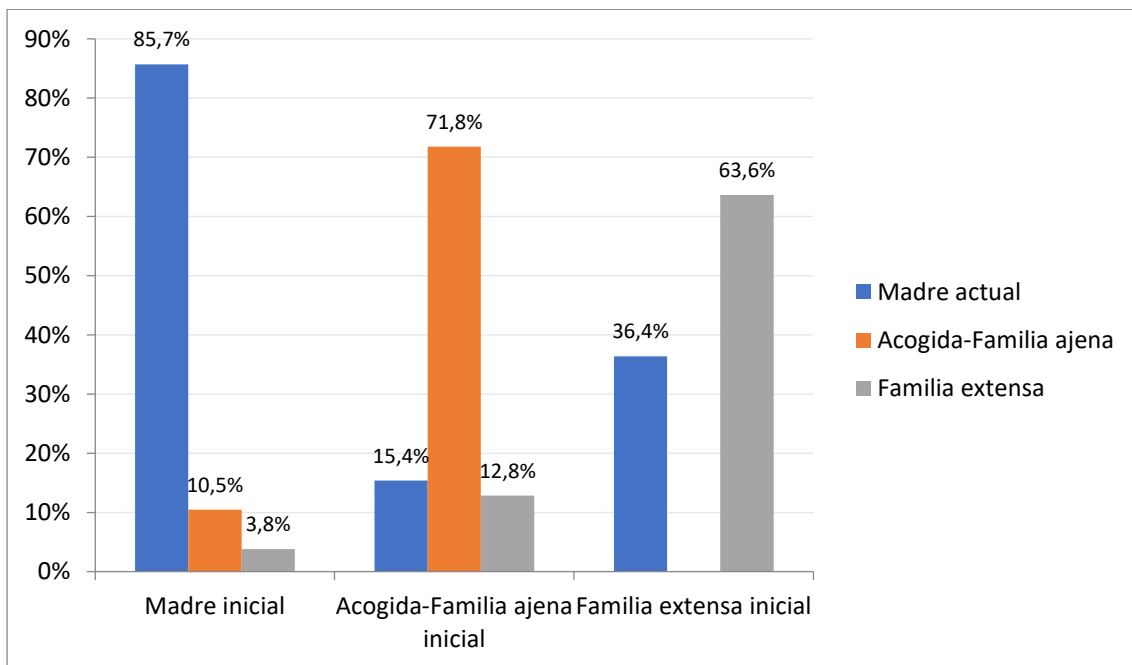


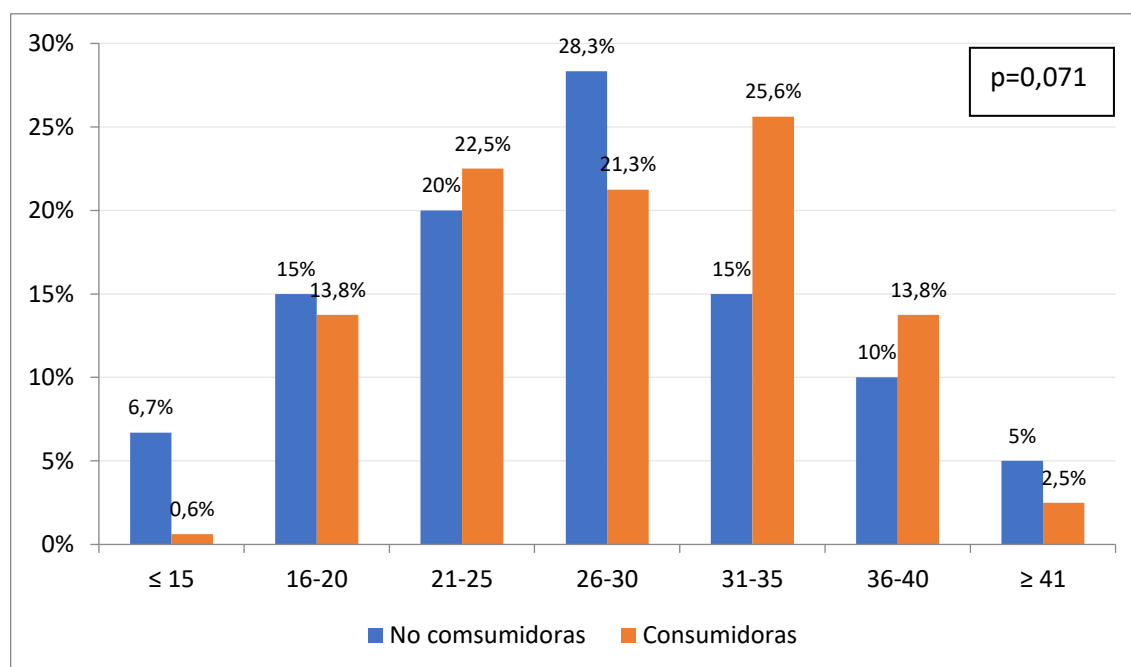
Figura 29. Destino actual en función del destino inicial.

## 4.2 Resultados del comparativo entre el grupo de no consumidoras y consumidoras, y entre no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos

### 4.2.1 Variables del bloque materno

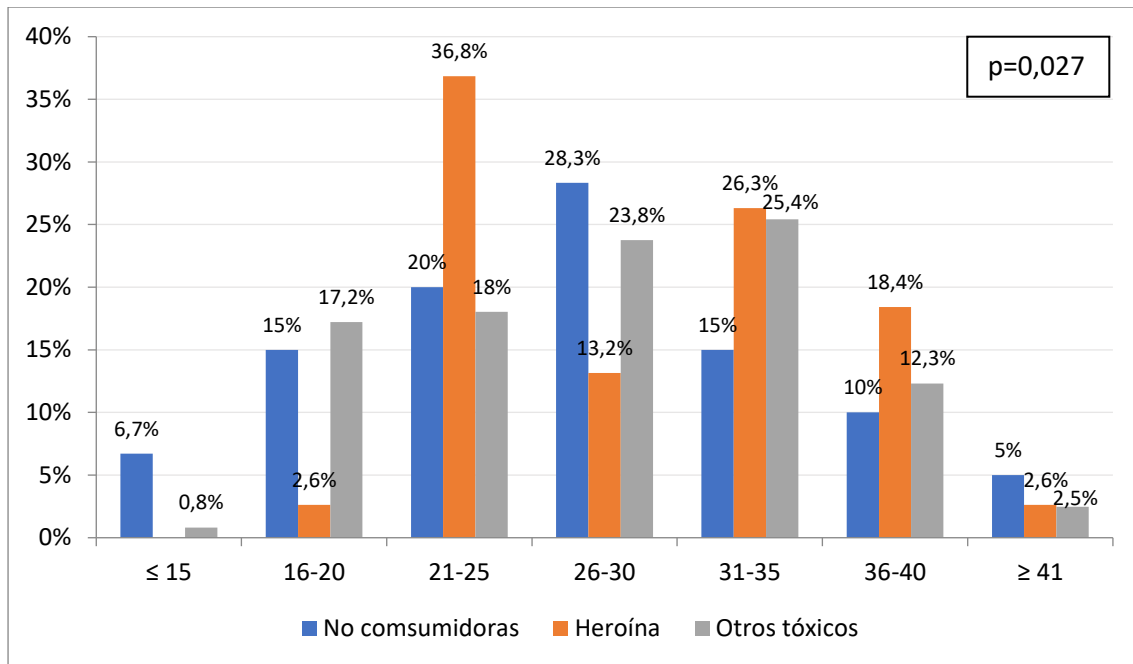
#### 4.2.1.1 Edad

No hubo diferencias significativas en la edad media entre no consumidoras (27,2 años) y consumidoras (28,4 años), ni en la composición por rangos de edad entre los 2 grupos ( $p=0,071$ ) (Figura 30).



**Figura 30.** Comparativo de la composición por rangos de edad (en años) entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

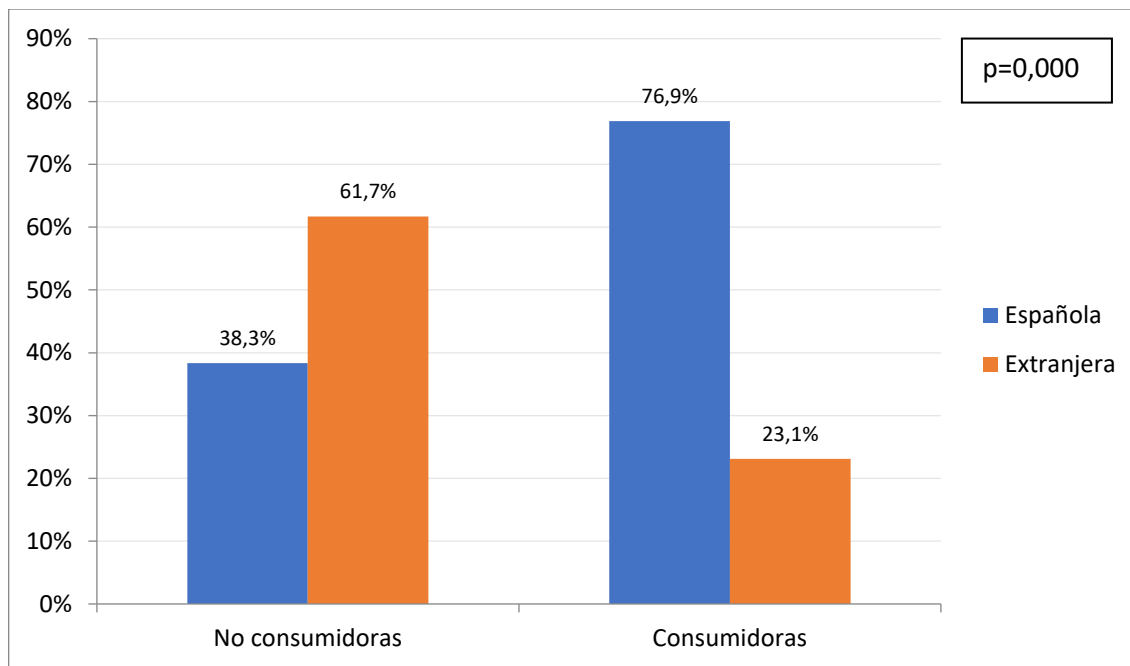
En cambio, al analizar por separado el grupo de consumidoras entre heroína y otros tóxicos, junto al grupo de no consumidoras, no hubo diferencias significativas en la edad media entre los 3 grupos (no consumidoras 27,2 años; consumidoras de heroína 29,7 años; consumidoras de otros tóxicos 28 años;  $p=0,197$ ), pero sí las hubo entre no consumidoras y consumidoras de heroína ( $p=0,035$ ). Sí hubo diferencias significativas ( $p=0,027$ ) en la composición por rangos de edad. Predominaron las consumidoras de heroína entre los 21 y 25 años, y entre los 31 y 40 años (Figura 31).



**Figura 31.** Comparativo de la composición por rangos de edad (en años) entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

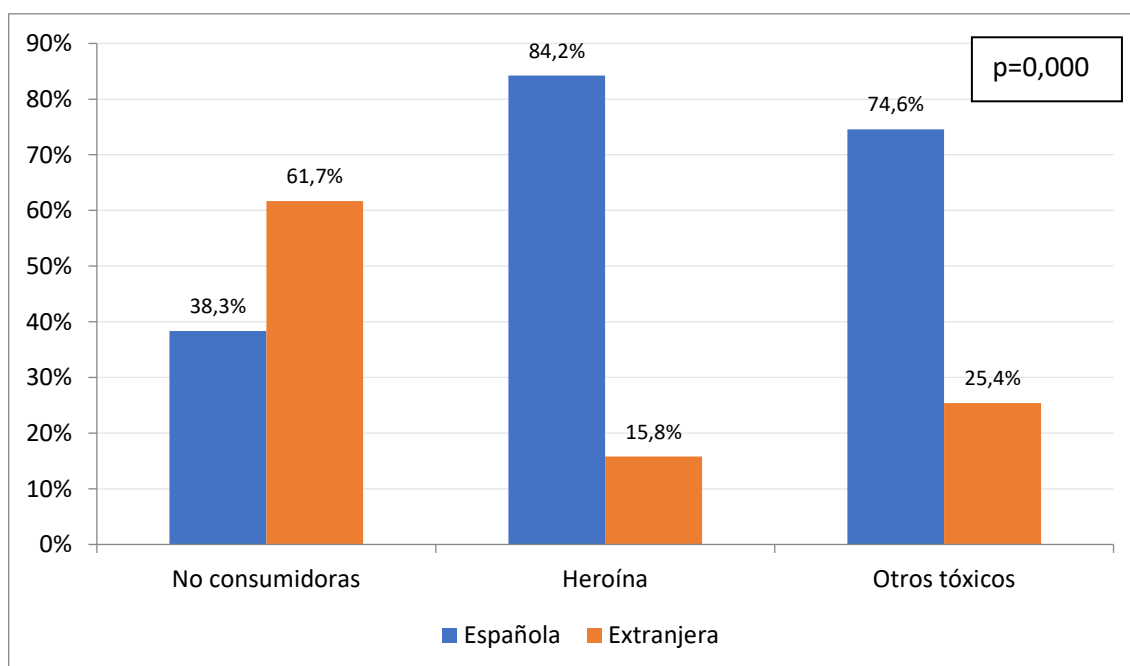
#### 4.2.1.2 Nacionalidad

Hubo diferencias significativas entre los 2 grupos ( $p=0,000$ ). En el grupo de consumidoras el 76,9% eran de nacionalidad española (123 madres), por el 38,3% en las no consumidoras (23 casos) (Figura 32).



**Figura 32.** Comparativo de la nacionalidad entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

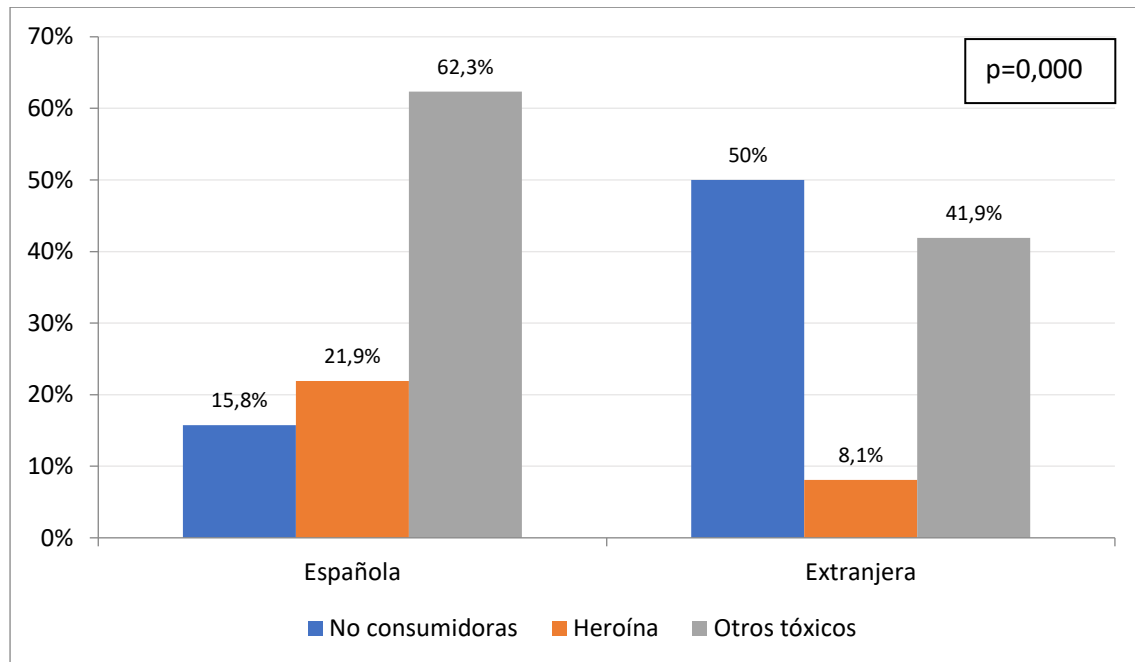
También hubo diferencias significativas ( $p=0,000$ ) al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos. De las madres consumidoras de heroína, el 84,2% eran de nacionalidad española (Figura 33).



**Figura 33.** Comparativo de la nacionalidad entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.



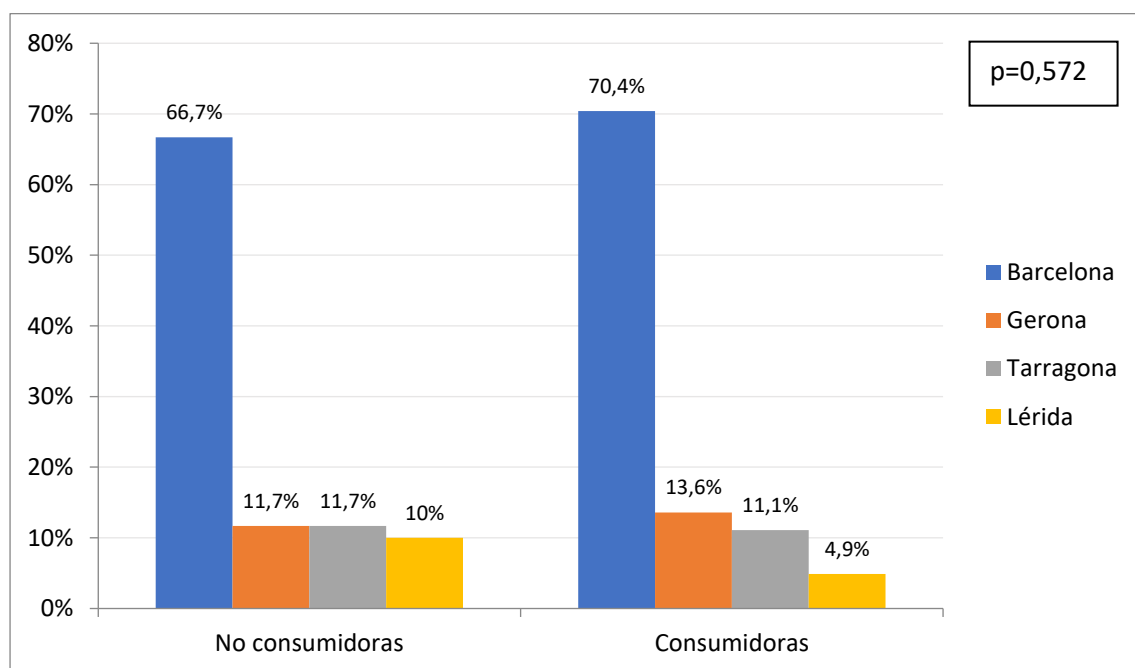
En el siguiente gráfico se muestra el tipo de consumo según la nacionalidad de las madres (Figura 34).



**Figura 34.** Comparativa del tipo de consumo de tóxicos (no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos) en función de la nacionalidad de las madres.

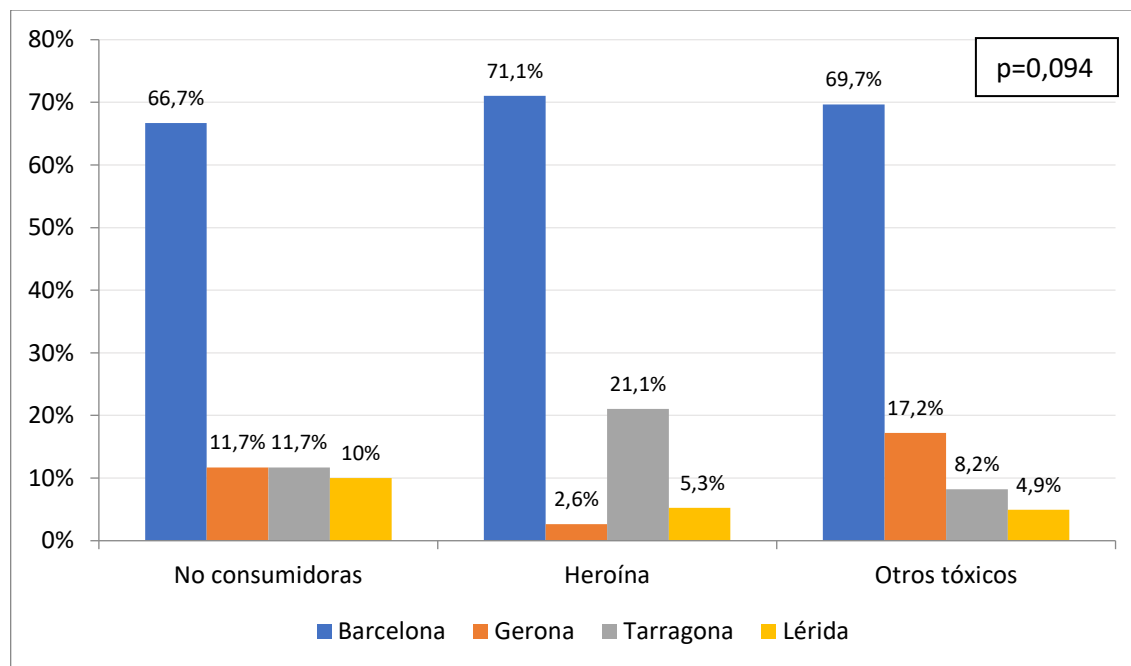
#### 4.2.1.3 Casos por provincias

No hubo diferencias significativas entre los 2 grupos ( $p=0,572$ ) (Figura 35).



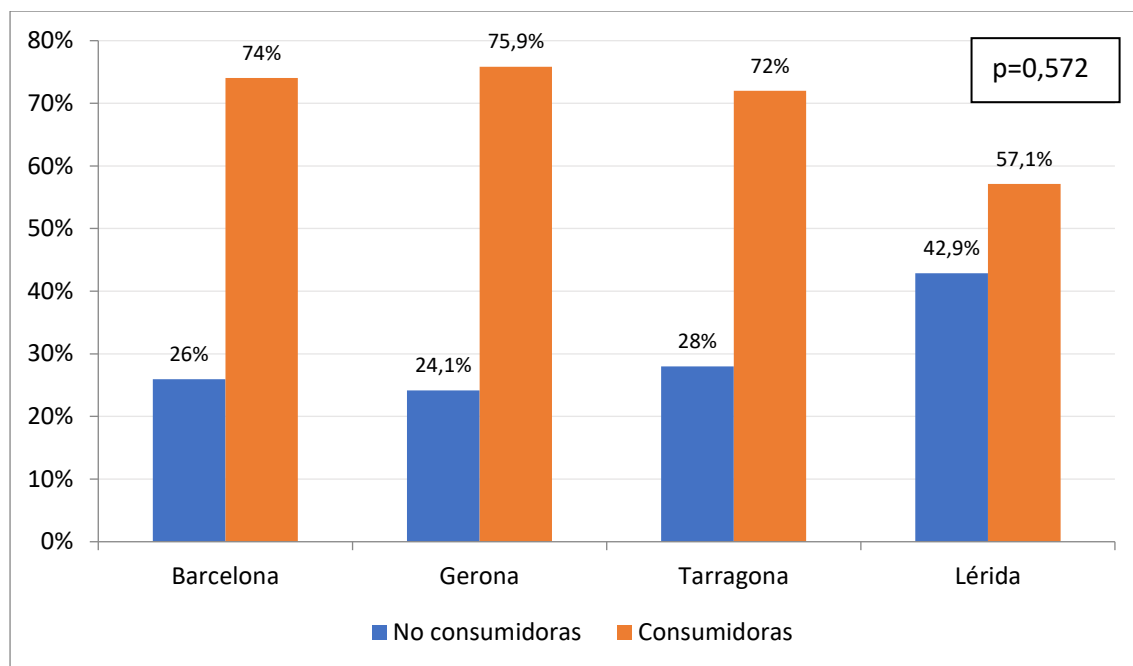
**Figura 35.** Comparativo de los casos por provincias entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

Tampoco hubo diferencias significativas ( $p=0,094$ ) al analizar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos (Figura 36).



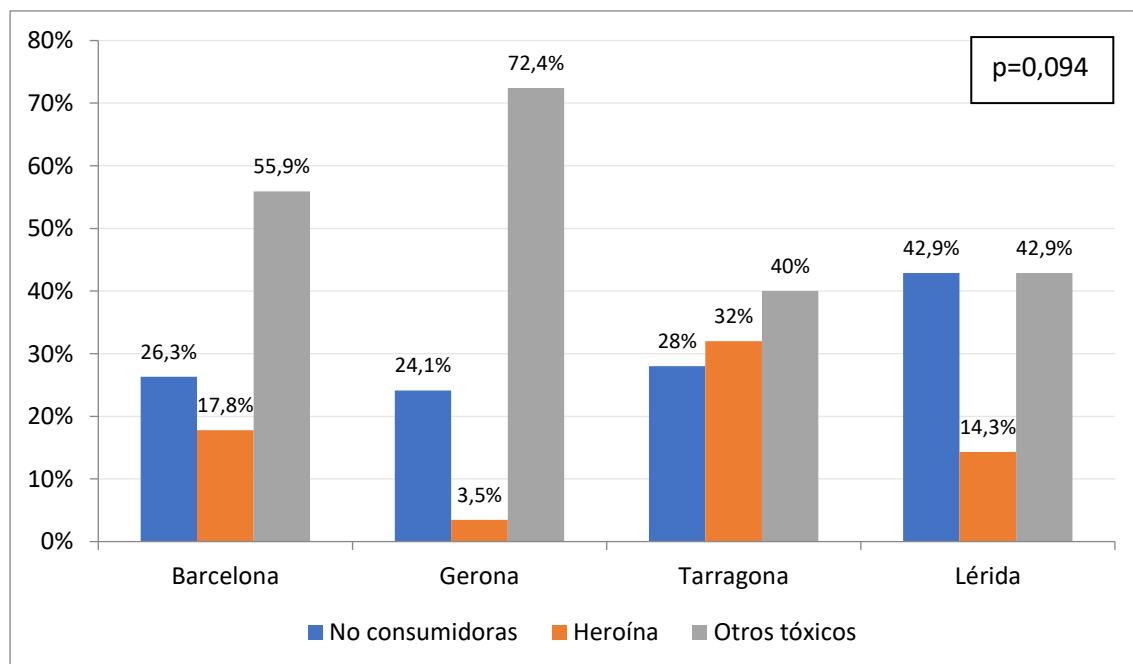
**Figura 36.** Comparativo de los casos por provincias entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

Si comparamos los casos de cada provincia, en Lérida había una menor proporción de consumidoras respecto al resto de provincias, que tenían unas cifras similares, sin significación estadística ( $p=0,572$ ) (Figura 37).



**Figura 37.** Comparativo del consumo de tóxicos (no consumidoras y consumidoras) en función de los casos de cada provincia.

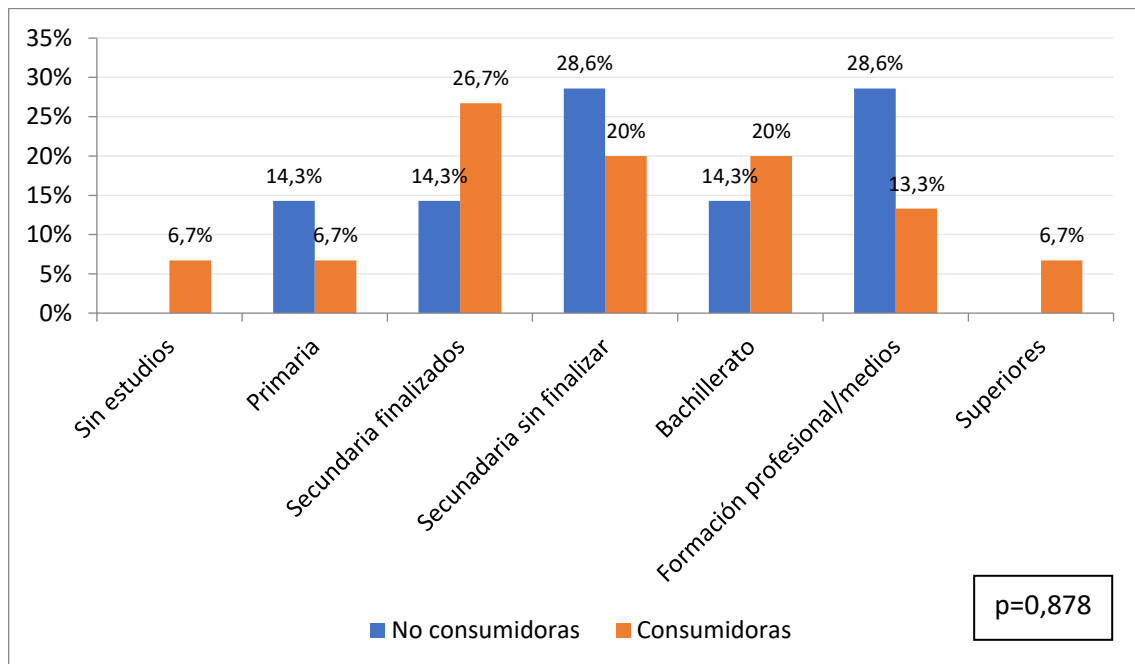
A pesar de no alcanzar significación estadística ( $p=0,094$ ), se observó un alto índice de consumo de heroína en Tarragona, de otros tóxicos en Gerona, y de no consumidoras en Lérida (Figura 38).



**Figura 38.** Comparativo del consumo de tóxicos (no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos) en función de los casos de cada provincia.

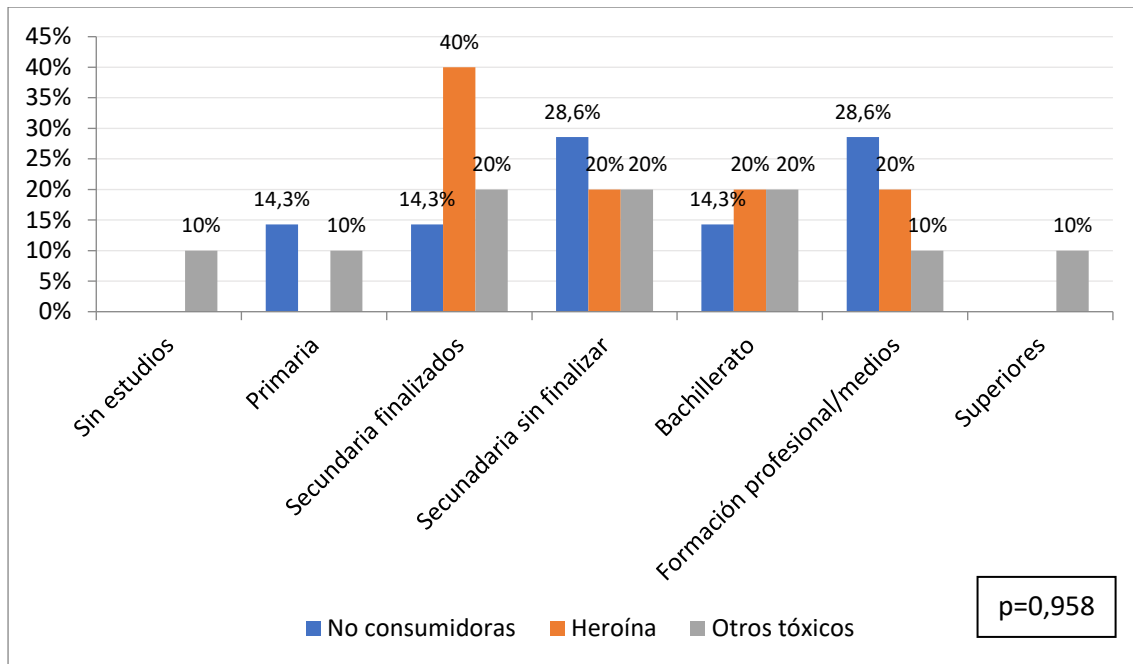
#### 4.2.1.4 Nivel de estudios

Se pudo obtener información en 7 madres no consumidoras y en 15 consumidoras (5 heroína, 10 otros tóxicos). No hubo diferencias significativas entre los 2 grupos ( $p=0,878$ ) (Figura 39).



**Figura 39.** Comparativo del nivel de estudios entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

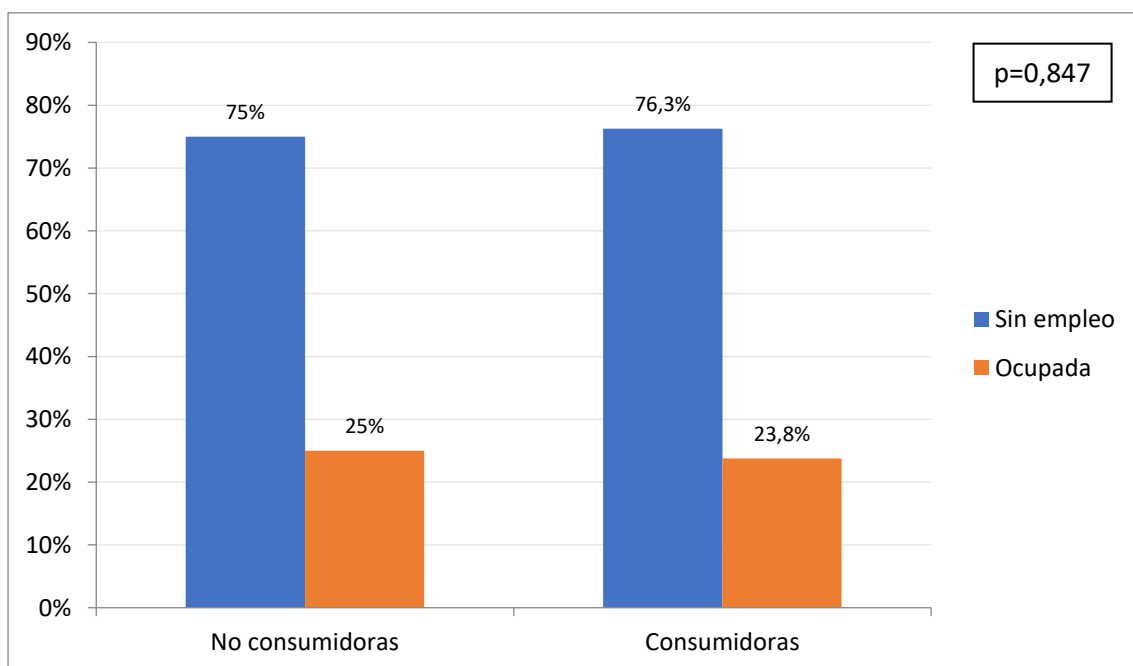
Tampoco hubo diferencias significativas ( $p=0,958$ ) al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos (Figura 40).



**Figura 40.** Comparativo del nivel de estudios entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

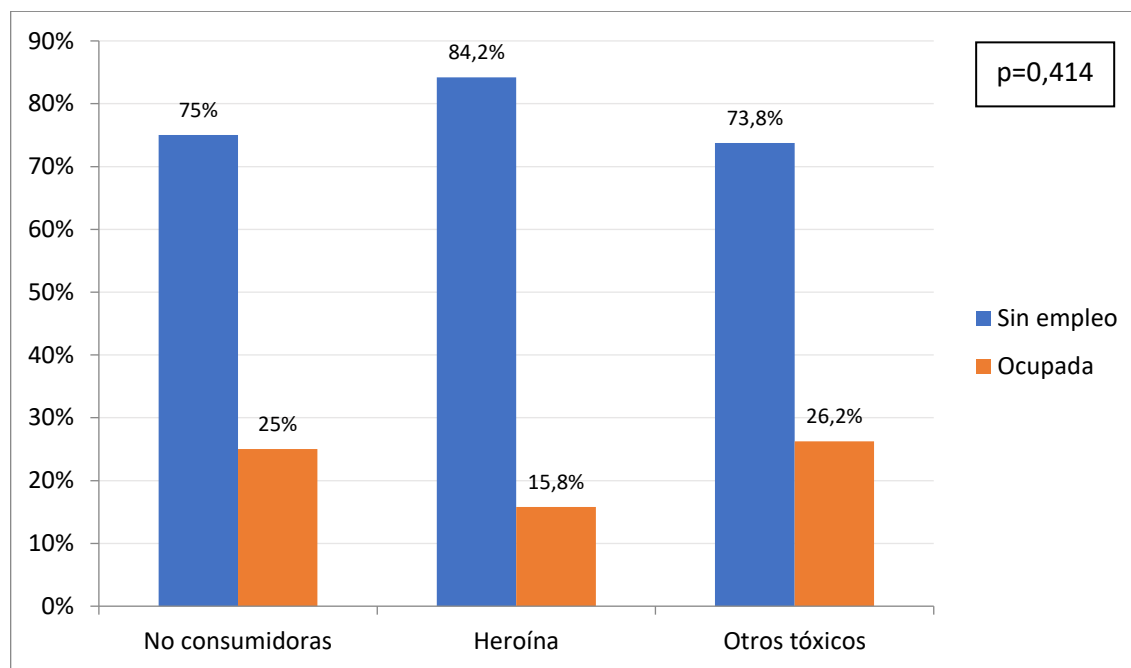
#### 4.2.1.5 Ocupación

No hubo diferencias significativas entre los 2 grupos ( $p=0,847$ ), presentando resultados muy similares (Figura 41).



**Figura 41.** Comparativo de la ocupación entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

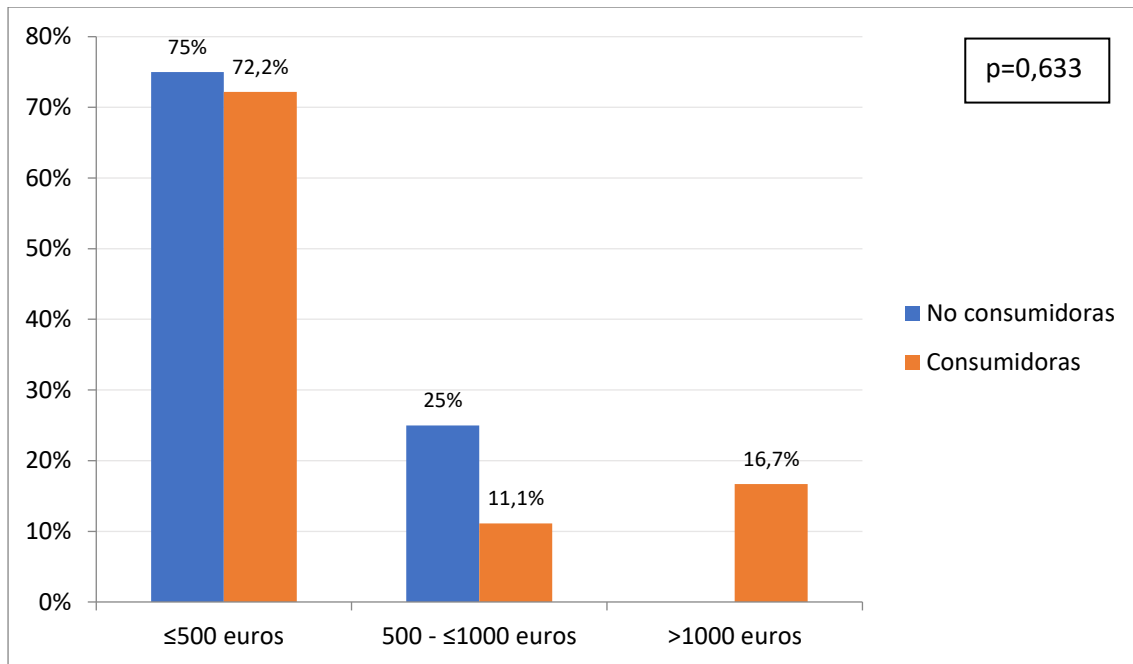
Tampoco hubo diferencias significativas ( $p=0,414$ ) al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, aunque había más desempleo entre las consumidoras de heroína (el 84,2%) (Figura 42).



**Figura 42.** Comparativo de la ocupación entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

#### 4.2.1.6 Ingresos

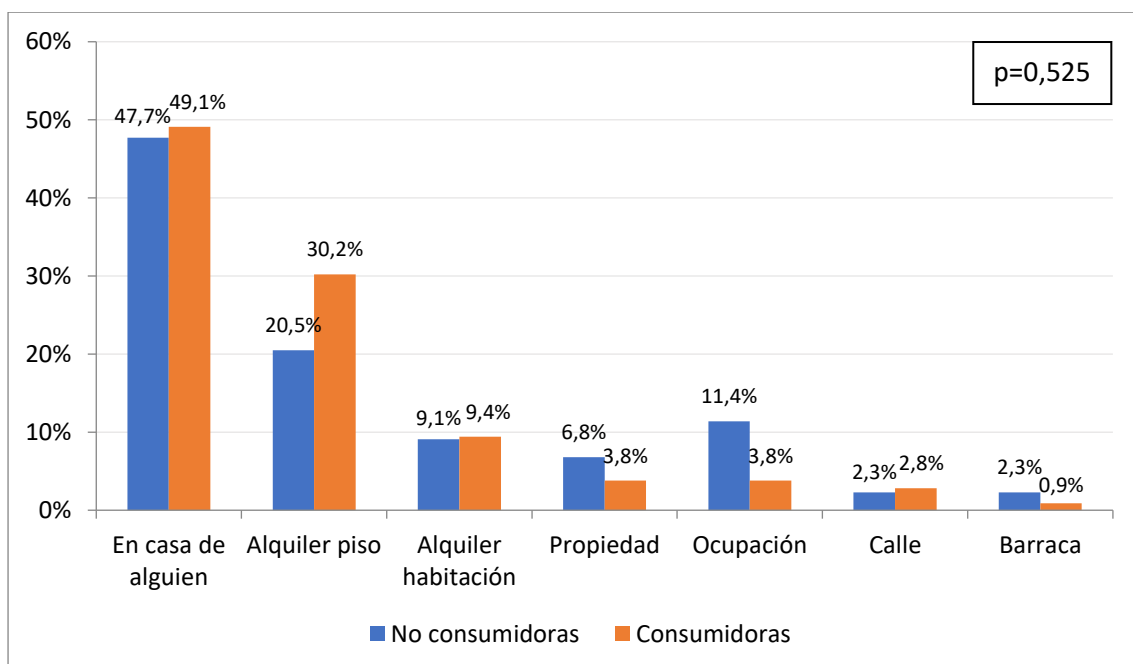
Los ingresos medios fueron menores en las no consumidoras (4 casos; 431,25 euros) que en las consumidoras (18 casos: 1 heroína, 17 otros tóxicos; 542 euros), sin alcanzar significación estadística ( $p=0,633$ ). Tampoco hubo diferencias al comparar las que tenían ingresos mensuales menores a 500 euros, entre 500 y 1000 euros o > a 1000 euros ( $p=0,567$ ) (Figura 43). Al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, tampoco hubo diferencias significativas ( $p=0,356$ ). En el único caso con ingresos en las consumidoras de heroína, éstos eran < a 500 euros mensuales.



**Figura 43.** Comparativo de los ingresos mensuales entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

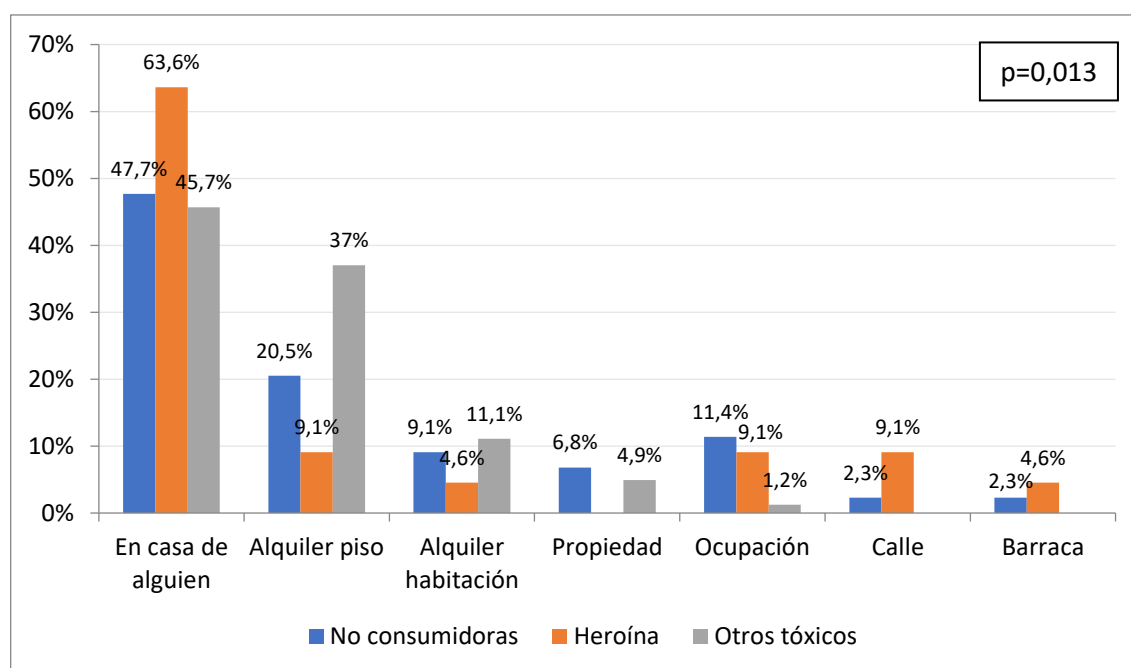
#### 4.2.1.7 Vivienda

Se pudo obtener información en 44 casos de no consumidoras y en 106 de consumidoras. No hubo diferencias significativas en el tipo de vivienda entre los 2 grupos (p=0,525) (Figura 44).



**Figura 44.** Comparativo del tipo de vivienda entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

En cambio, al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, sí hubo diferencias significativas ( $p=0,013$ ) (Figura 45). Las consumidoras de heroína fueron las que más vivían en casa de alguien sin pagar nada a cambio. Si agrupamos las categorías de ocupación, vivir en la calle y en una barraca, sólo hubo 1 caso en las consumidoras de otros tóxicos, mientras el 15,9% de las no consumidoras y el 22,7% de las consumidoras de heroína vivían en estas condiciones.

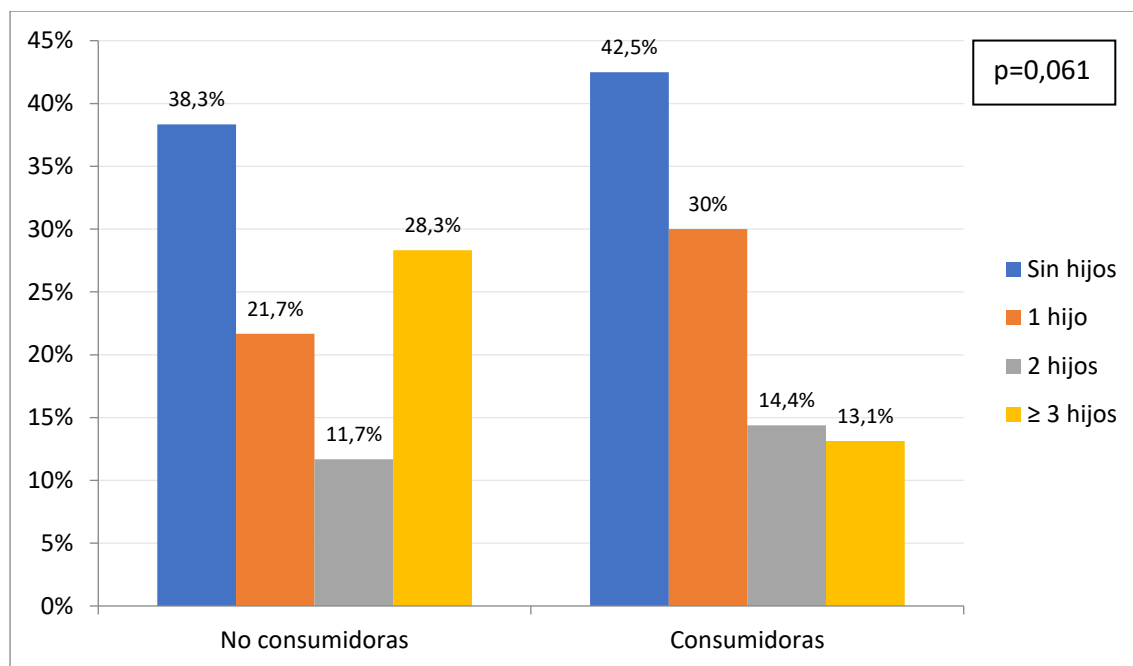


**Figura 45.** Comparativo del tipo de vivienda entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

#### 4.2.1.8 Número de hijos previos

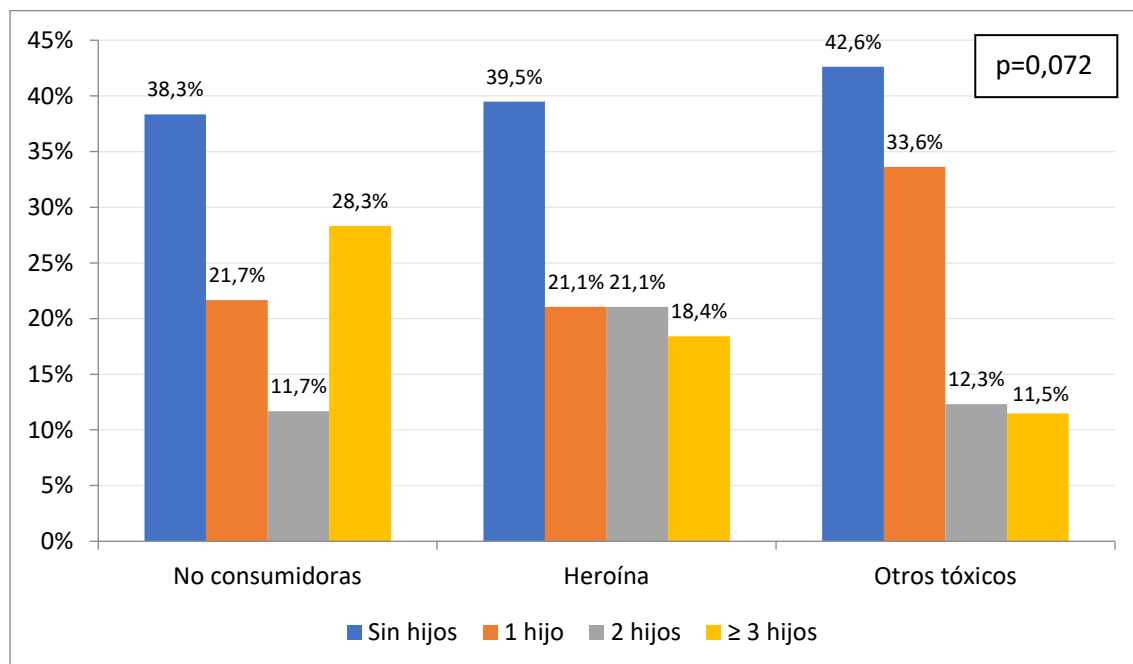
No hubo diferencias significativas entre los 2 grupos, si bien en las no consumidoras había bastante más proporción con 3 o más hijos (28,3% por un 13,1%;  $p=0,061$ ) (Figura 46).





**Figura 46.** Comparativo del número de hijos previos entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

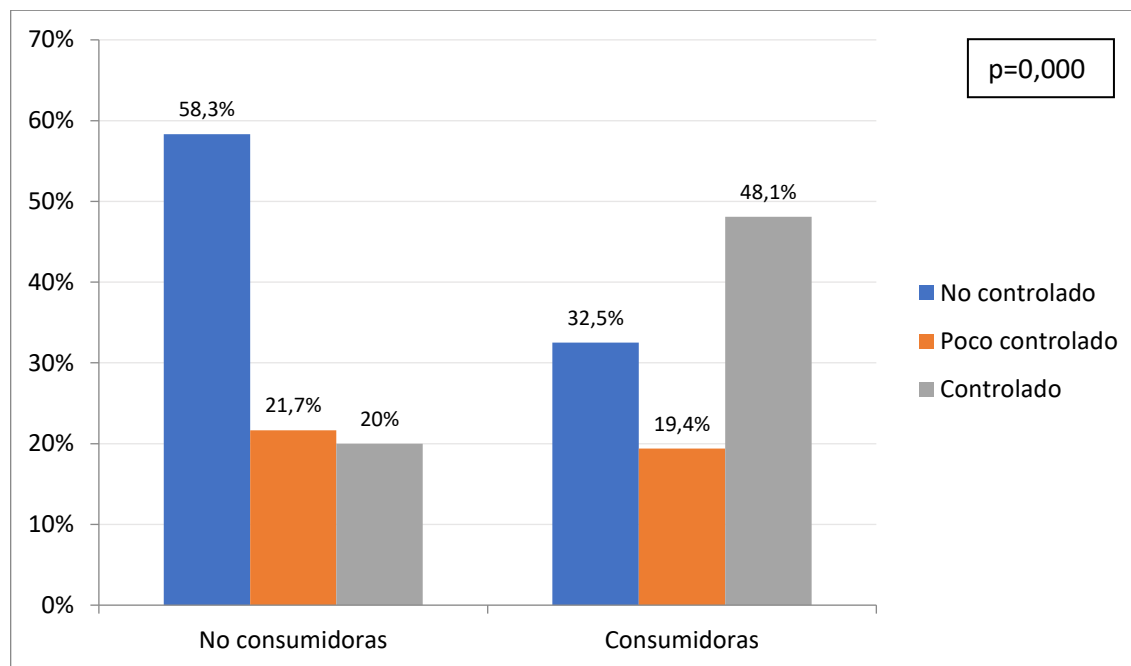
Tampoco hubo diferencias significativas ( $p=0,072$ ) al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos (Figura 47).



**Figura 47.** Comparativo del número de hijos previos entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

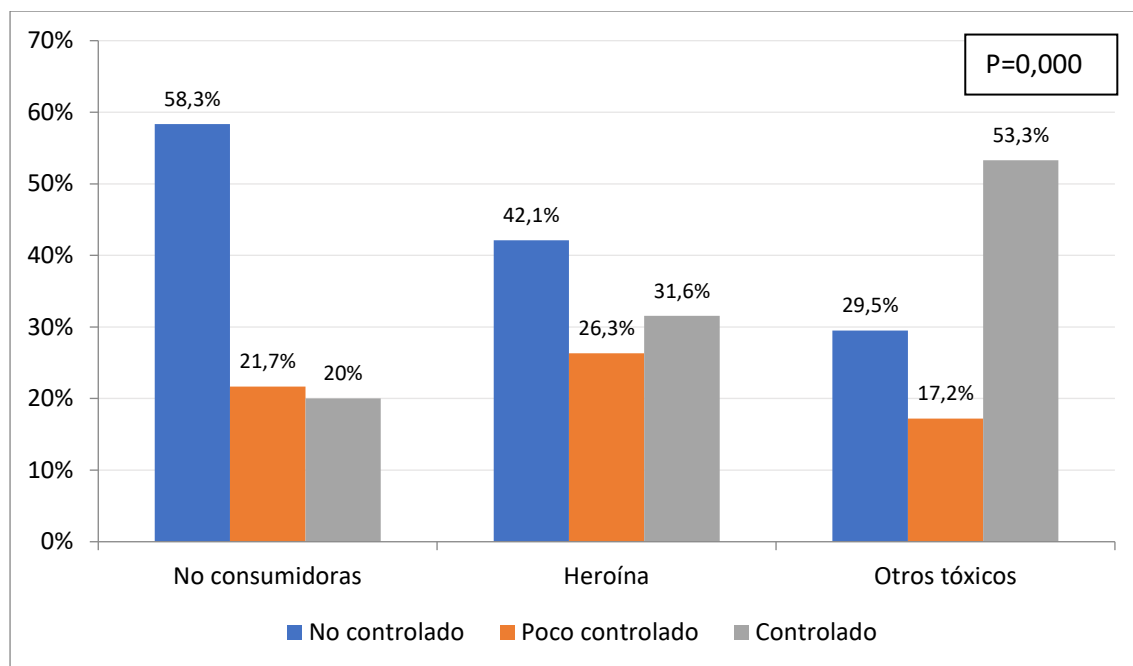
#### 4.2.1.9 Control gestacional

Hubo diferencias significativas entre los 2 grupos ( $p=0,000$ ). En el grupo de no consumidoras predominó el embarazo no controlado (58,3% por un 32,5% en las consumidoras), y en las consumidoras fue a la inversa. El porcentaje de embarazo poco controlado fue similar en ambos grupos (Figura 48).



**Figura 48.** Comparativo del tipo de control del embarazo entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

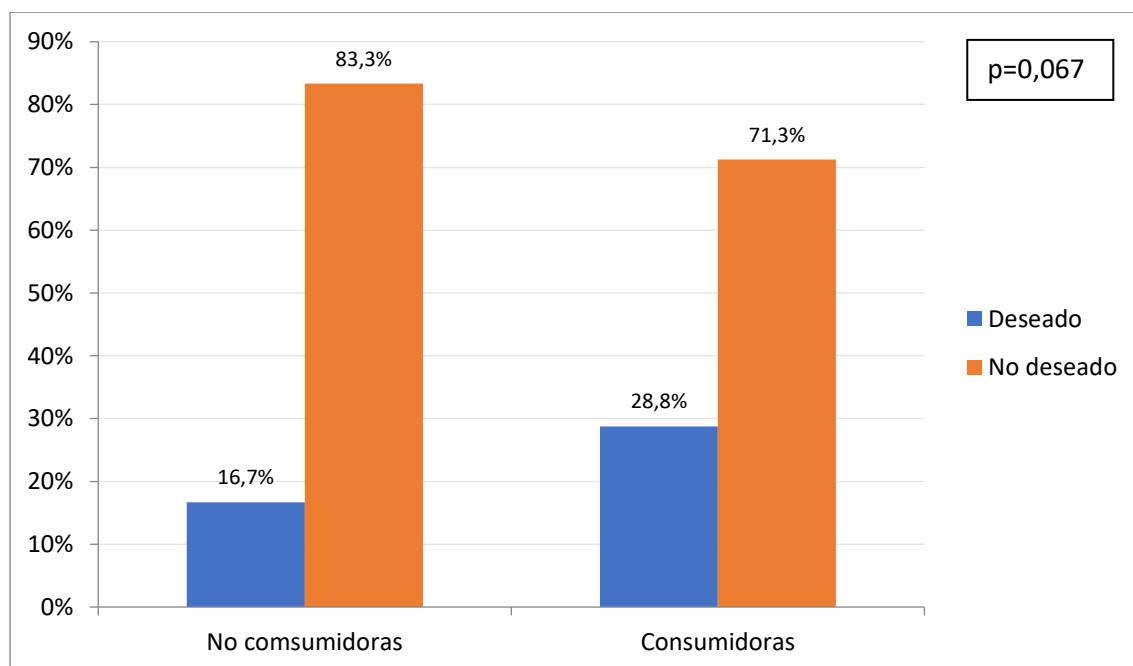
También hubo diferencias significativas ( $p=0,000$ ) al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, pero en este caso predominó el embarazo no controlado en consumidoras de heroína (42,1%) y el embarazo controlado en las consumidoras de otros tóxicos (53,28%) (Figura 49).



**Figura 49.** Comparativo del tipo de control del embarazo entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

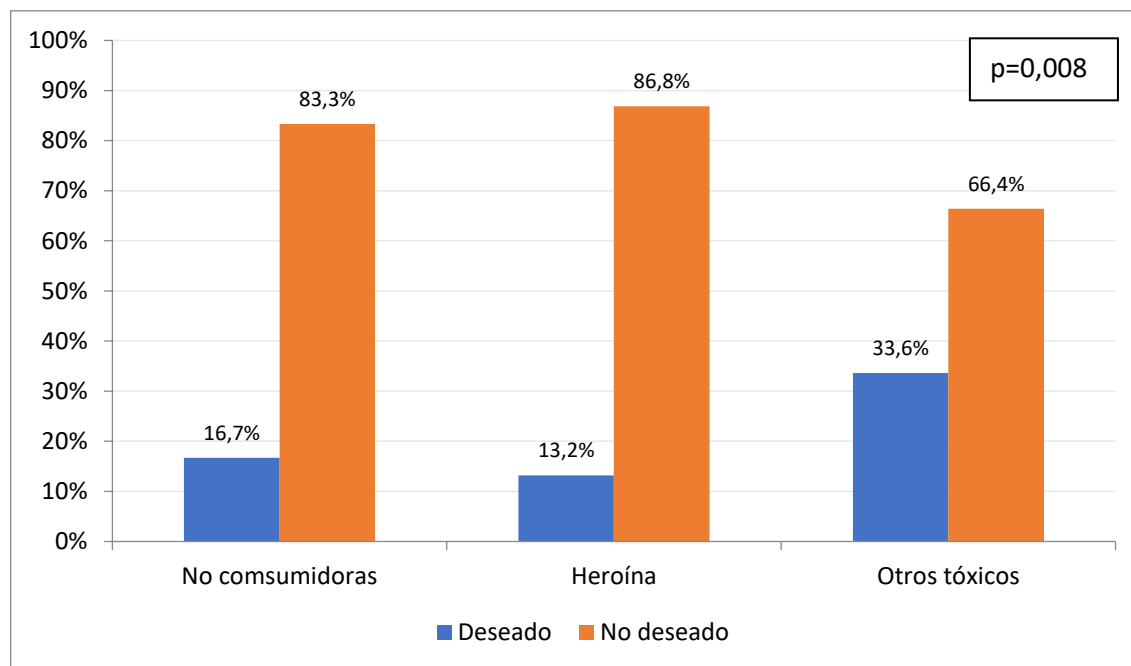
#### 4.2.1.10 Embarazo deseado

No hubo diferencias significativas entre los 2 grupos, si bien había una mayor tendencia hacia el embarazo deseado entre las consumidoras (28,8% versus 16,7% en no consumidoras;  $p=0,067$ ) (Figura 50).



**Figura 50.** Comparativo del deseo de embarazo entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

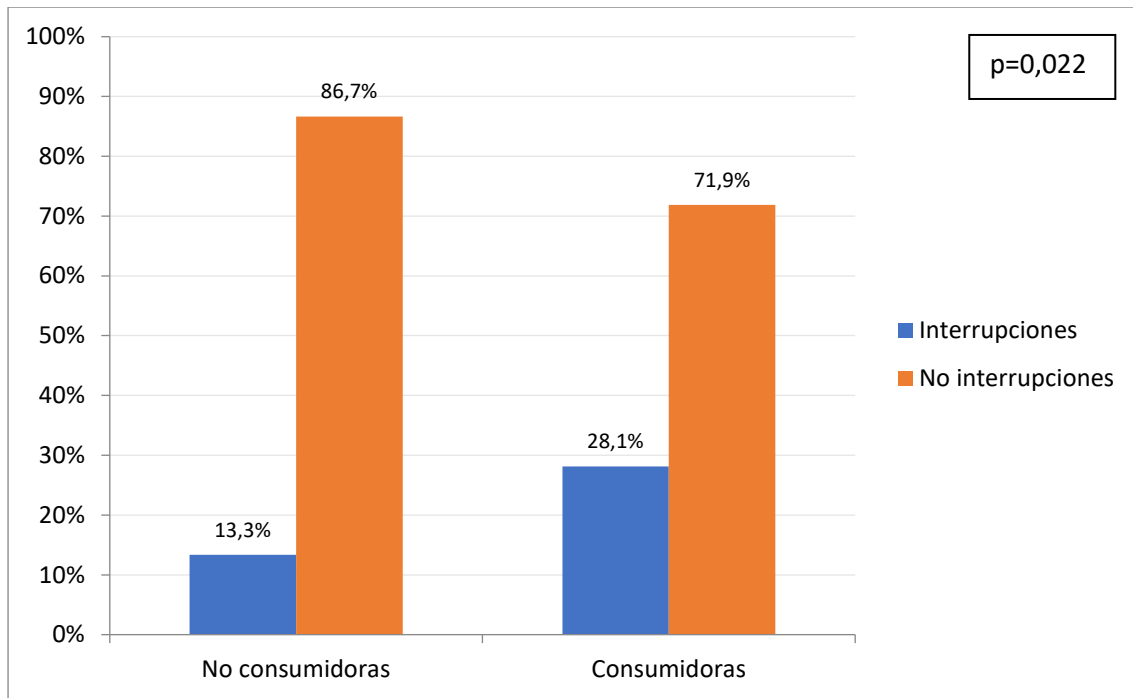
En cambio, sí hubo diferencias significativas ( $p=0,008$ ) al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, observándose una menor tasa de embarazo deseado entre las consumidoras de heroína (13,2%) (Figura 51).



**Figura 51.** Comparativo del deseo de embarazo entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

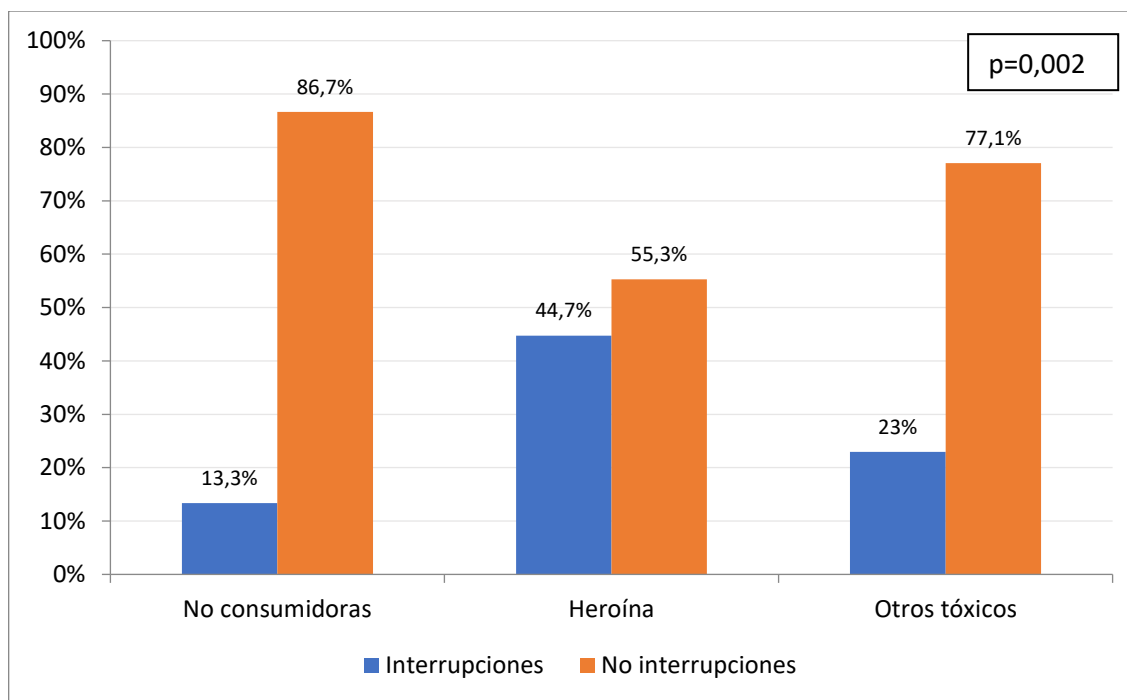
#### 4.2.1.11 Interrupciones del embarazo previas

Hubo diferencias significativas entre los 2 grupos, siendo el doble el porcentaje de interrupciones en las consumidoras respecto a las no consumidoras (28,1% por un 13,3%, respectivamente;  $p=0,022$ ) (Figura 52).



**Figura 52.** Comparativo de los antecedentes de interrupciones de embarazo previas entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

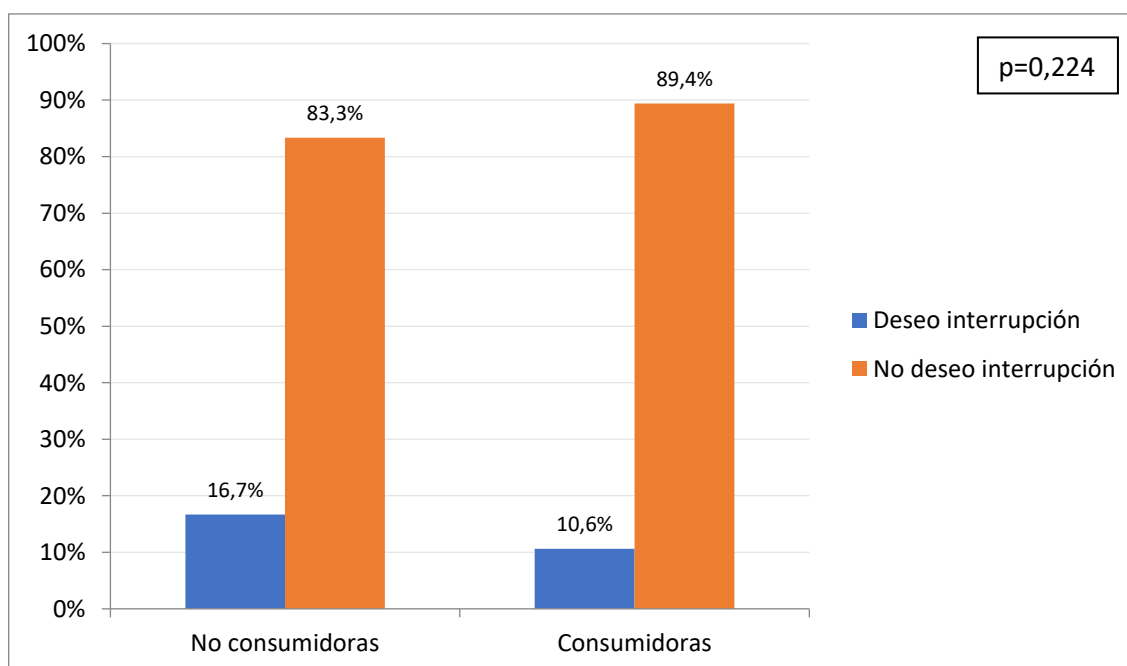
También hubo diferencias significativas ( $p=0,002$ ) al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, observándose el doble de tasa de interrupciones previas en las consumidoras de heroína respecto a las consumidoras de otros tóxicos, y más del triple respecto a las no consumidoras (Figura 53).



**Figura 53.** Comparativo de los antecedentes de interrupciones de embarazo previas entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

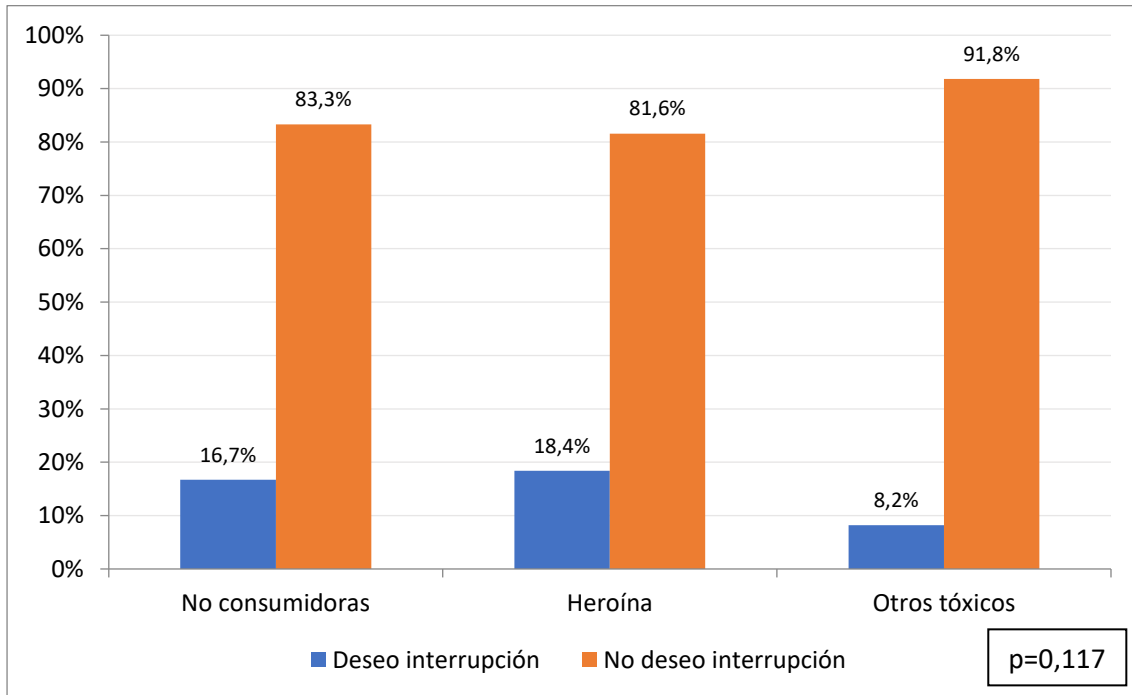
#### 4.2.1.12 Deseo de interrupción de la gestación actual

No hubo diferencias entre los 2 grupos (16,7% en las no consumidoras, 10,6% en las consumidoras; p=0,224) (Figura 54).



**Figura 54.** Comparativo del deseo de interrupción de la gestación actual entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

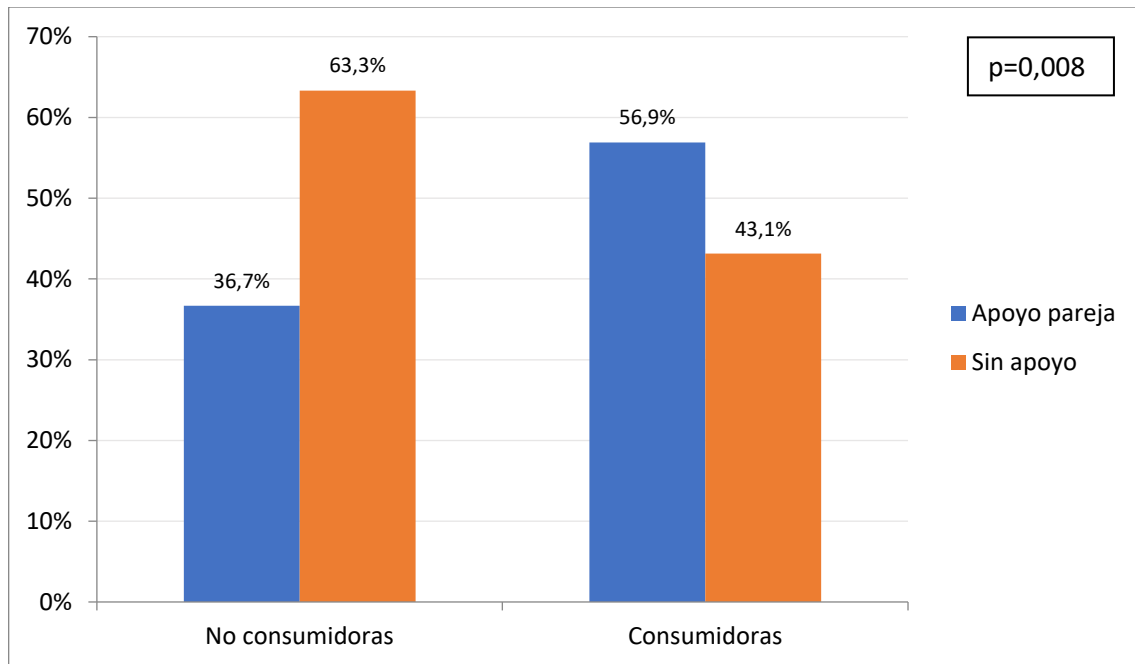
Tampoco hubo diferencias significativas ( $p=0,117$ ) al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, pero las consumidoras de heroína fueron las que tuvieron más deseo de interrumpir la gestación actual (Figura 55).



**Figura 55.** Comparativo del deseo de interrupción de la gestación actual entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

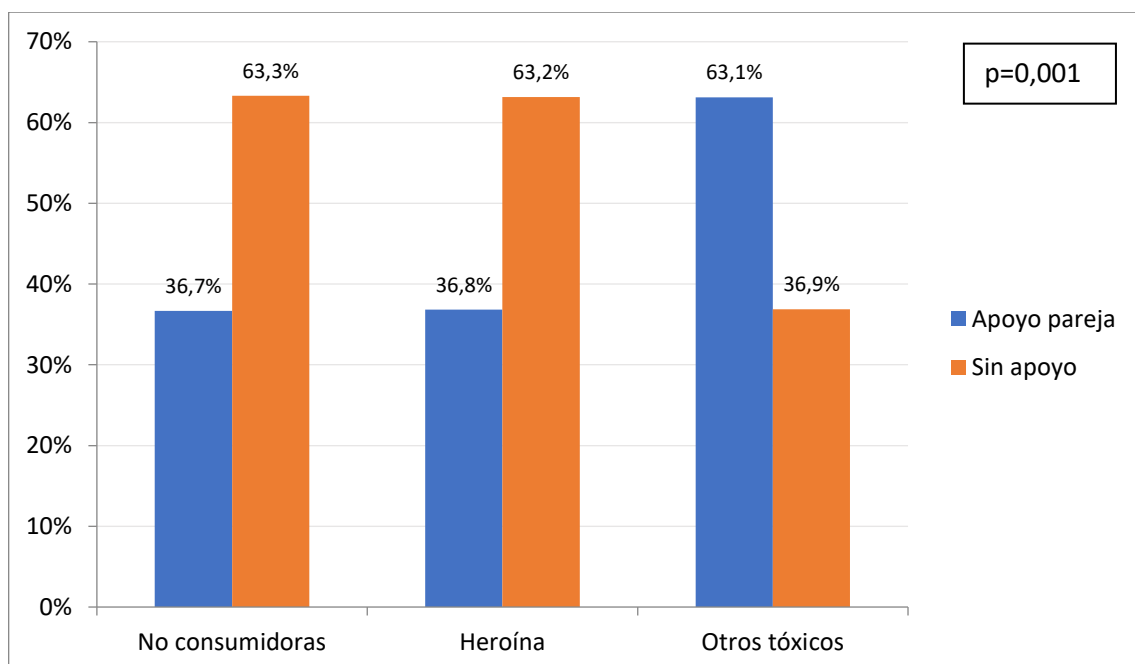
#### 4.2.1.13 Apoyo de la pareja

Hubo diferencias significativas entre los 2 grupos, con un mayor apoyo de la pareja en las consumidoras (56,9% por un 36,7% en las no consumidoras;  $p=0,008$ ) (Figura 56).



**Figura 56.** Comparativo del apoyo de la pareja entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

Al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, también hubo diferencias significativas ( $p=0,001$ ), observándose que las consumidoras de otros tóxicos son las que tenían más apoyo de su pareja (el 63,1%) (Figura 57).

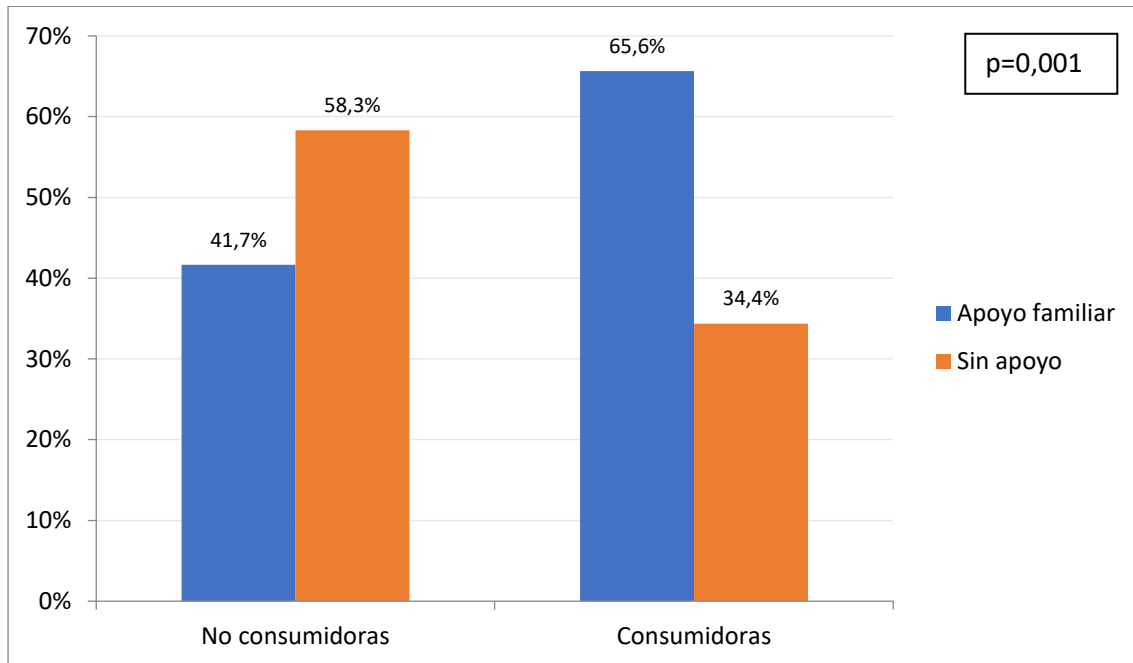


**Figura 57.** Comparativo del apoyo de la pareja entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.



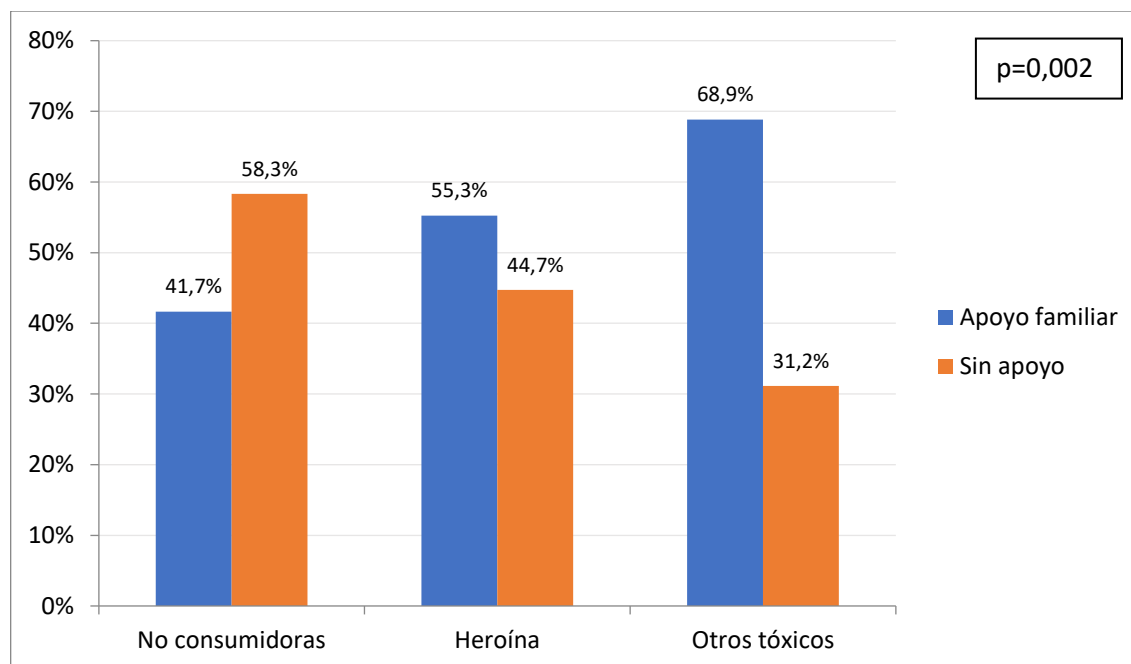
#### 4.2.1.14 Apoyo familiar

Hubo diferencias significativas entre los 2 grupos, con un mayor apoyo familiar en las consumidoras (65,6% por un 41,7% en las no consumidoras;  $p=0,001$ ) (Figura 58).



**Figura 58.** Comparativo del apoyo familiar entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

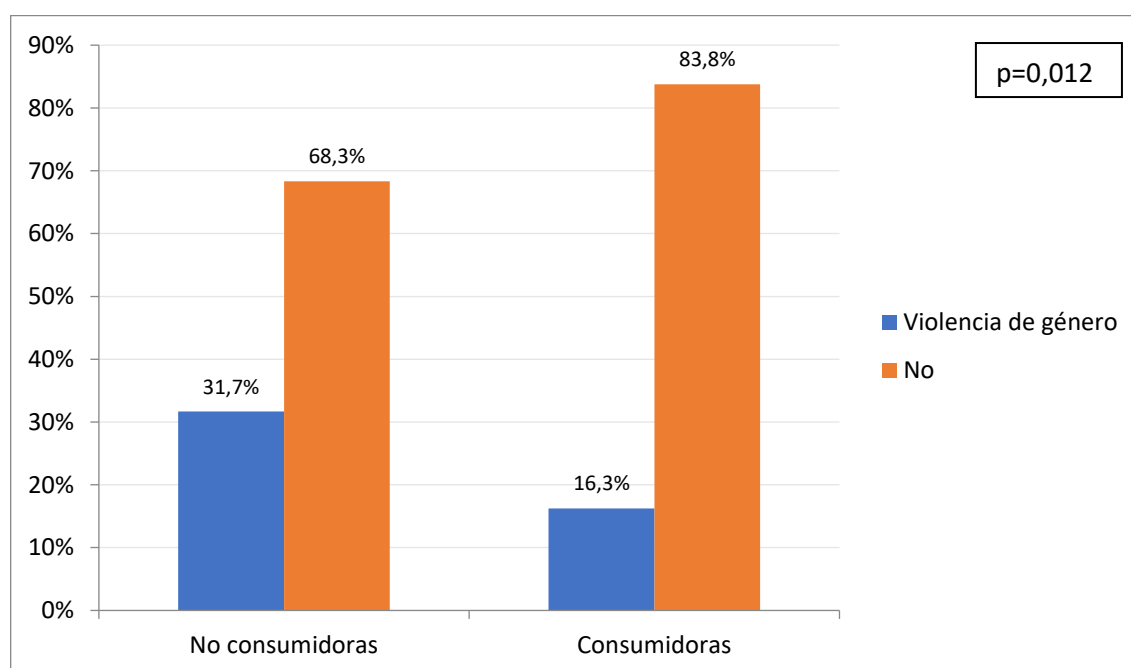
Al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, también hubo diferencias significativas ( $p=0,002$ ), observándose un mayor apoyo familiar en las consumidoras de otros tóxicos (68,9%) (Figura 59).



**Figura 59.** Comparativo del apoyo familiar entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

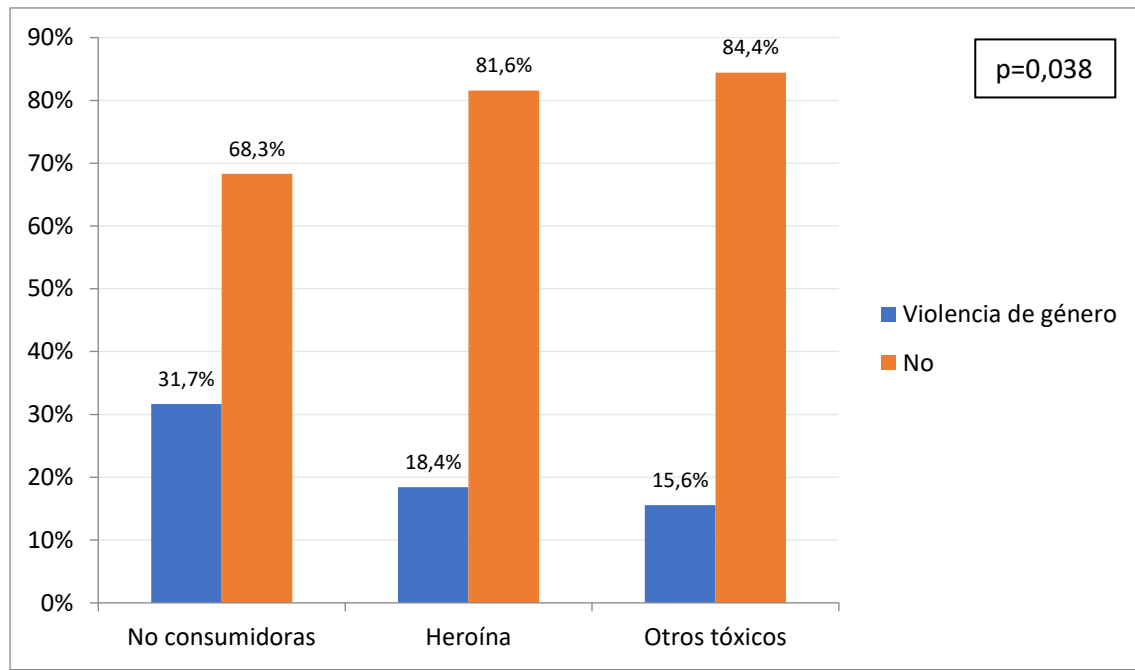
#### 4.2.1.15 Violencia de género

Hubo diferencias significativas entre los 2 grupos, siendo el doble el porcentaje de violencia de género en las no consumidoras (31,7% por un 16,3% en las consumidoras;  $p=0,012$ ) (Figura 60).



**Figura 60.** Comparativo de la violencia de género entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

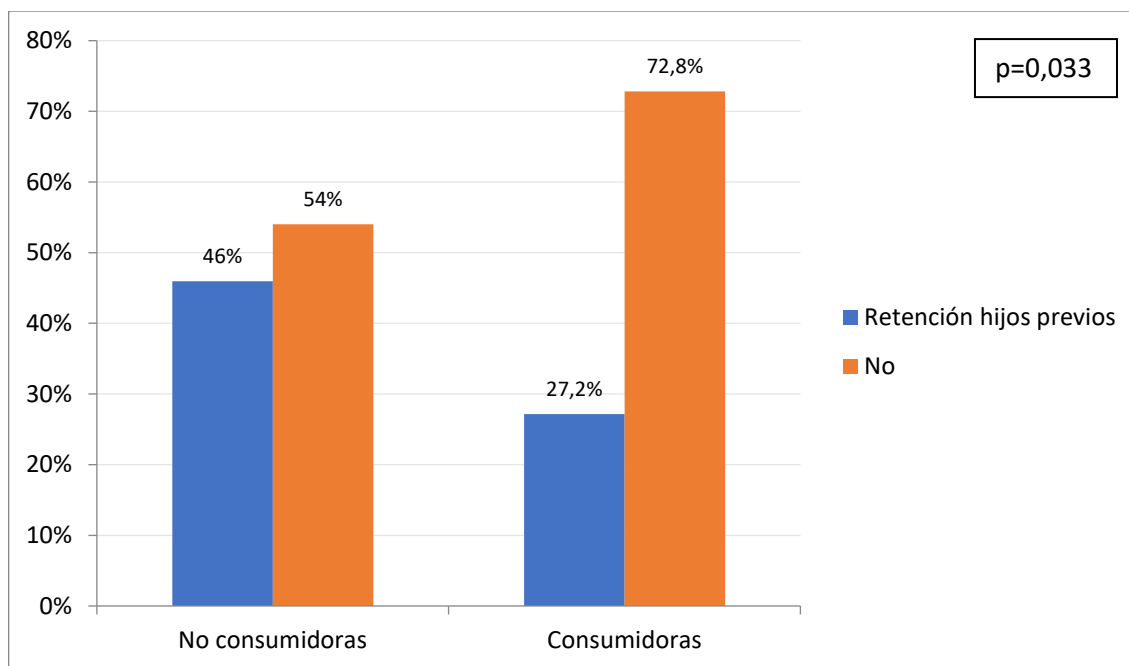
Al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, se mantuvieron los resultados significativos ( $p=0,038$ ), predominando la violencia de género en las no consumidoras (Figura 61).



**Figura 61.** Comparativo de la violencia de género entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

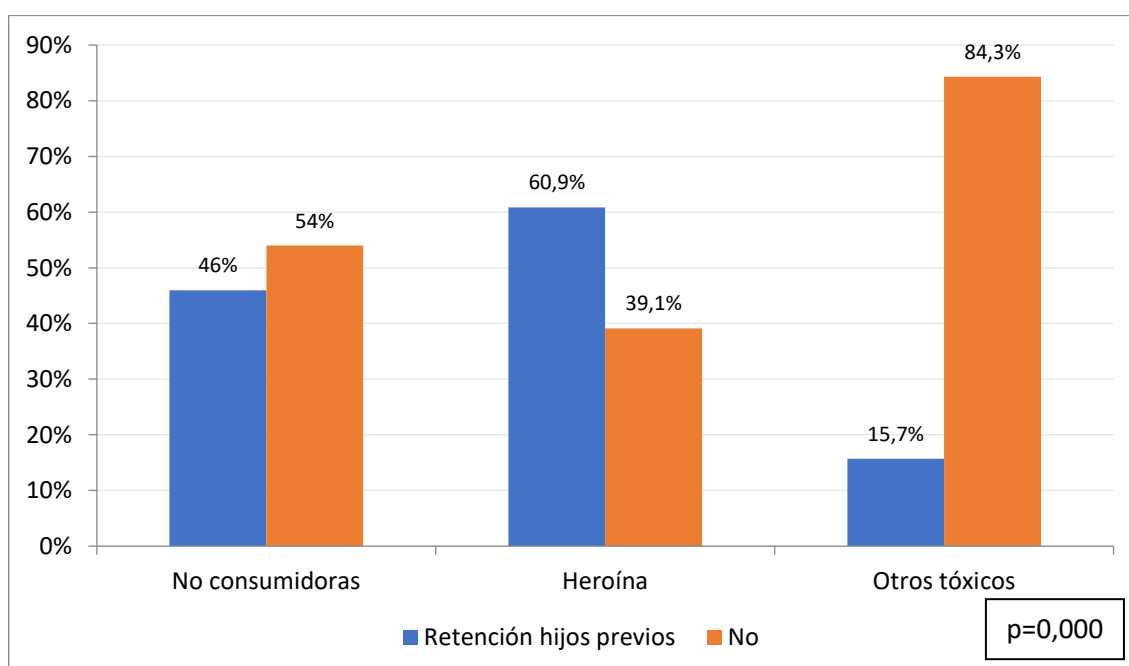
#### 4.2.1.16 Retención de hijos previos

Hubo diferencias significativas entre los 2 grupos, siendo mayor el porcentaje de hijos previos retenidos en las no consumidoras (46% versus 27,2% en las consumidoras;  $p=0,033$ ). Analizando únicamente el grupo de no consumidoras, observamos que casi la mitad tenía antecedentes de hijos retenidos (46%, por un 54% sin hijos retenidos) (Figura 62).



**Figura 62.** Comparativo de los antecedentes de hijos previos retenidos entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

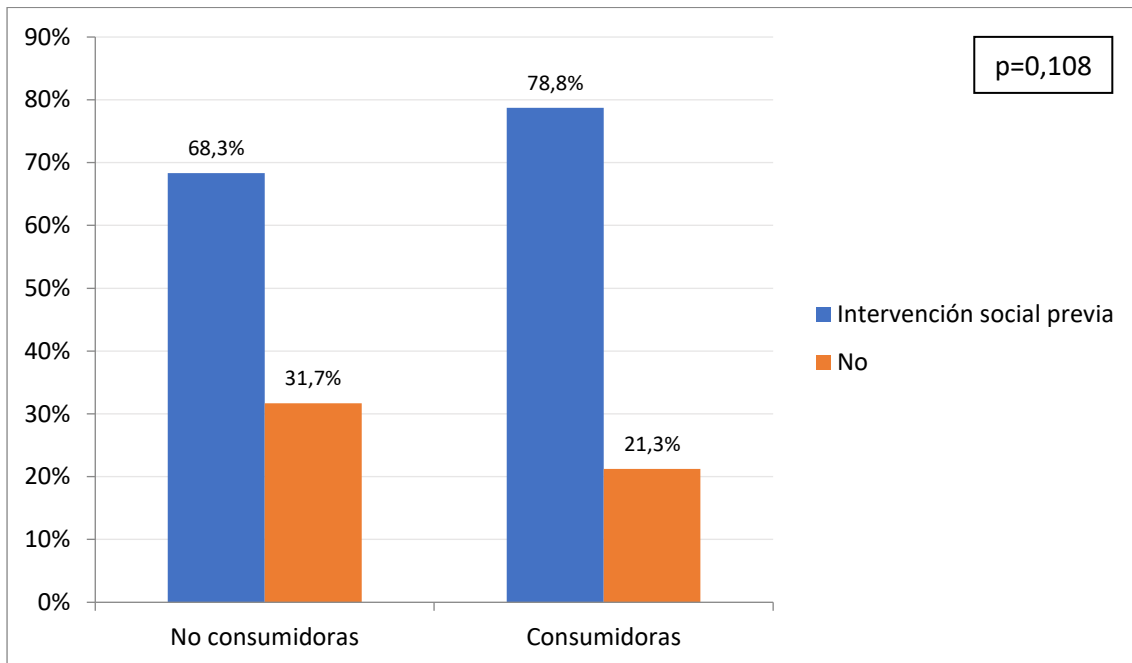
Al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, también hubo diferencias significativas ( $p=0,000$ ), observándose que el grupo de consumidoras de heroína tenía la mayor tasa de retención de hijos previos (60,9%), mientras que en las consumidoras de otros tóxicos tan sólo había este antecedente en el 15,7% de los casos (Figura 63).



**Figura 63.** Comparativo de los antecedentes de hijos previos retenidos entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

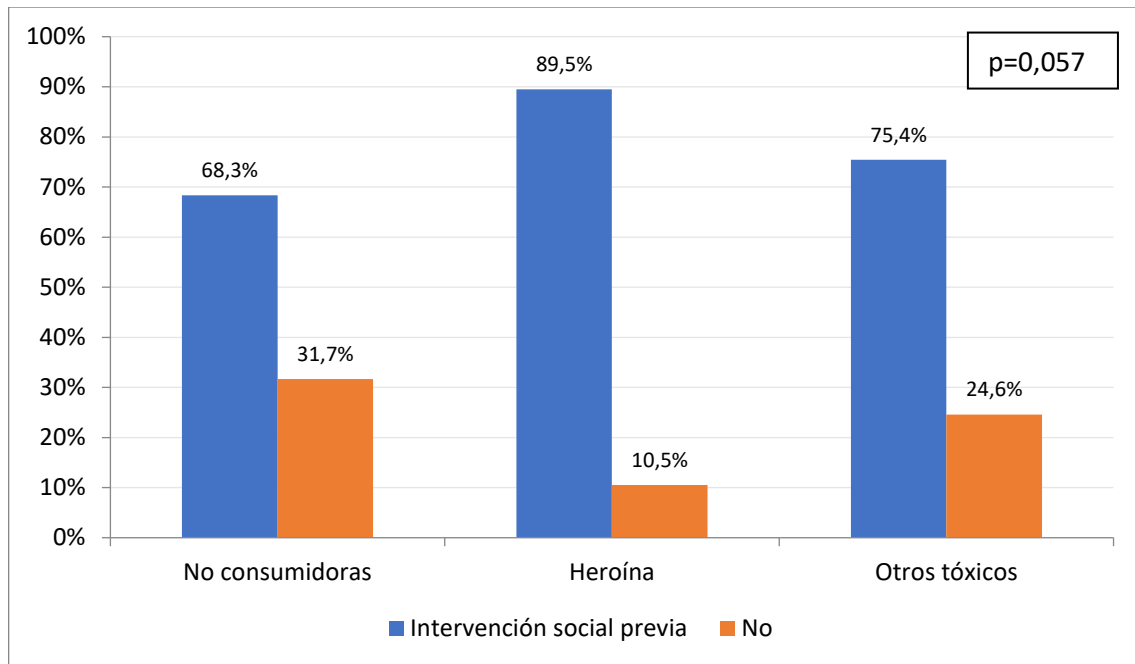
#### 4.2.1.17 Intervención social previa

No hubo diferencias significativas entre los 2 grupos, siendo el porcentaje similar (68,3% no consumidoras, 78,8% consumidoras;  $p=0,108$ ) (Figura 64).



**Figura 64.** Comparativo de los antecedentes de intervención social previa entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

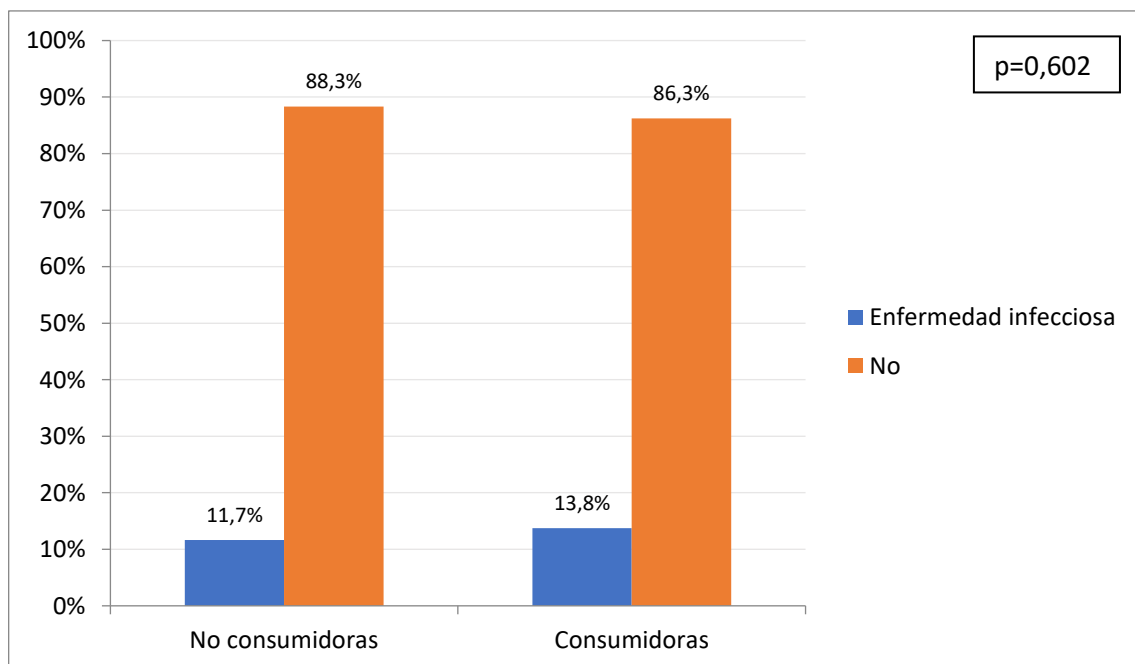
Al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, casi se alcanza significación estadística ( $p=0,057$ ), predominando la intervención social previa en las consumidoras de heroína (89,5%) (Figura 65).



**Figura 65.** Comparativo de los antecedentes de intervención social previa entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

#### 4.2.1.18 Enfermedades infecciosas

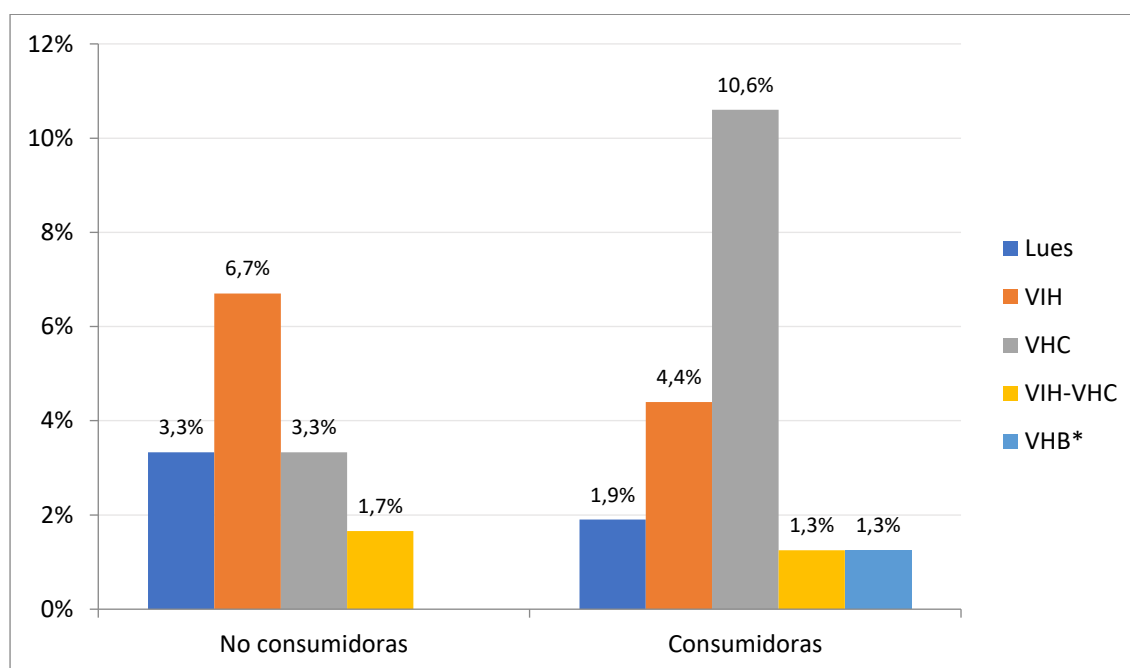
No hubo diferencias significativas entre los 2 grupos (11,7% en las no consumidoras, 13,8% en las consumidoras; p=0,602) (Figura 66).



**Figura 66.** Comparativo de las enfermedades infecciosas entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

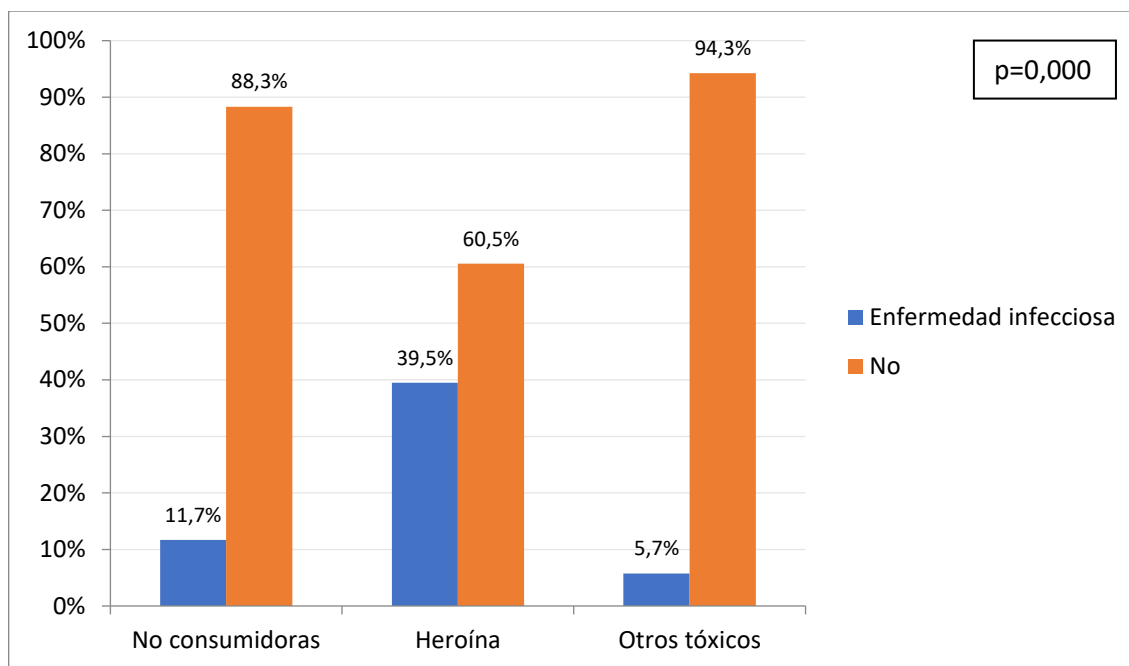
De los 7 casos del grupo de no consumidoras, se contabilizaron 2 casos de VHC (3,3%), 4 de VIH (6,7%) y 2 de sífilis (3,3%). Había coinfección en 1 caso: VIH-VHC (1,7%).

Entre los 22 casos del grupo de consumidoras, había 17 casos de VHC (10,6% de las 160 madres), 7 de VIH (4,4%), 3 de sífilis (1,9%) y 2 de VHB con Ac antiHBc positivo y HBs Ag negativo (1,3%). Había coinfección en 6 casos: 2 sífilis-VHC (1,3%), 2 VIH-VHC (1,3%), 1 VIH-VHC-VHB (0,6%) y 1 sífilis-VHB (0,6%) (Figura 67).



**Figura 67.** Enfermedades infecciosas en el grupo de no consumidoras y consumidoras.\*VHB: Ac antiHBc positivo y HBs Ag negativo.

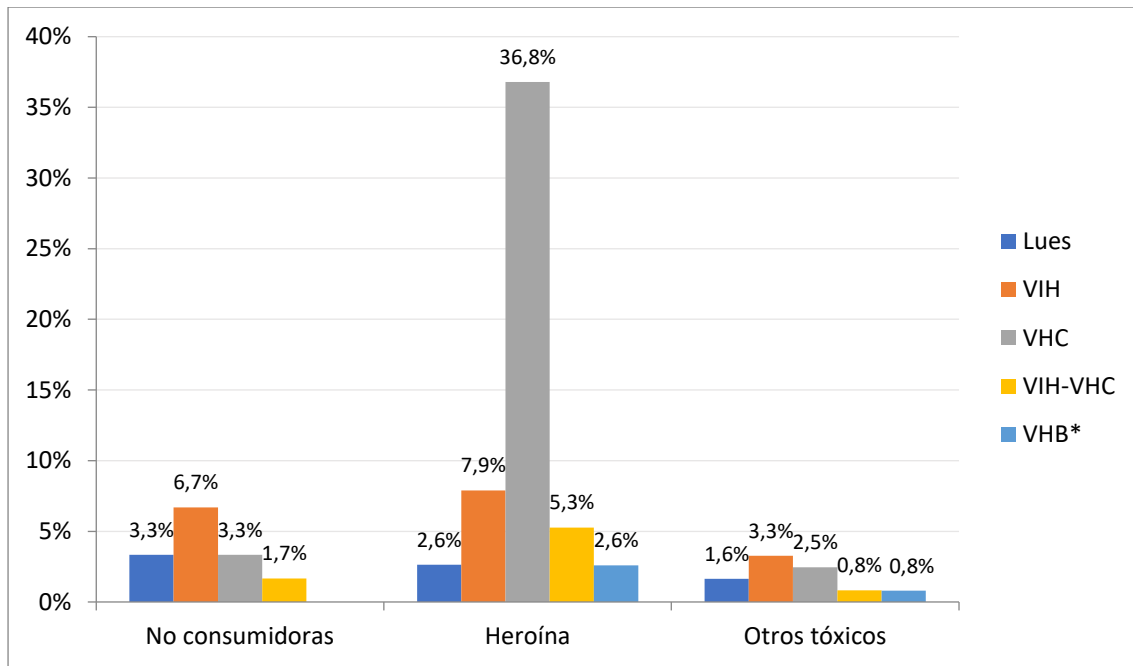
En cambio, al analizar por separado el grupo de las consumidoras de heroína comparado con el resto de consumidoras y las no consumidoras, sí hubo diferencias significativas ( $p=0,000$ ), con un porcentaje de enfermedades infecciosas muy superior en las consumidoras de heroína (39,5%) respecto al resto de consumidoras (5,7%) y no consumidoras (11,7%). Destaca que el porcentaje de enfermedades infecciosas es casi la mitad en las consumidoras de otros tóxicos (excluyendo heroína) respecto a las no consumidoras (Figura 68).



**Figura 68.** Comparativo de las enfermedades infecciosas entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

Si se analizan las enfermedades infecciosas por separado en el grupo de consumidoras (22 casos), según si consumen heroína (sola o con otros tóxicos, 15 casos) de las que consumen otras drogas excepto heroína (7 casos), se observa que entre las consumidoras de heroína (38 madres) hubo un mayor número de casos de VHC (14 casos, que representan el 36,8%) respecto a las consumidoras de otras drogas (3 casos entre las 122 madres, que representan el 2,5%), una mayor proporción de VIH (7,9% versus 3,3%), y una mayor coinfección VIH-VHC (5,3% versus 0,8%). Hubo 1 caso de infección natural por VHB en cada grupo (2,6% consumidoras de heroína; 0,8% consumidoras de otros tóxicos) (Figura 69; Tabla 5).





**Figura 69.** Enfermedades infecciosas en el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína de consumidoras de otros tóxicos. \*VHB: Ac antiHBc positivo y HBs Ag negativo.

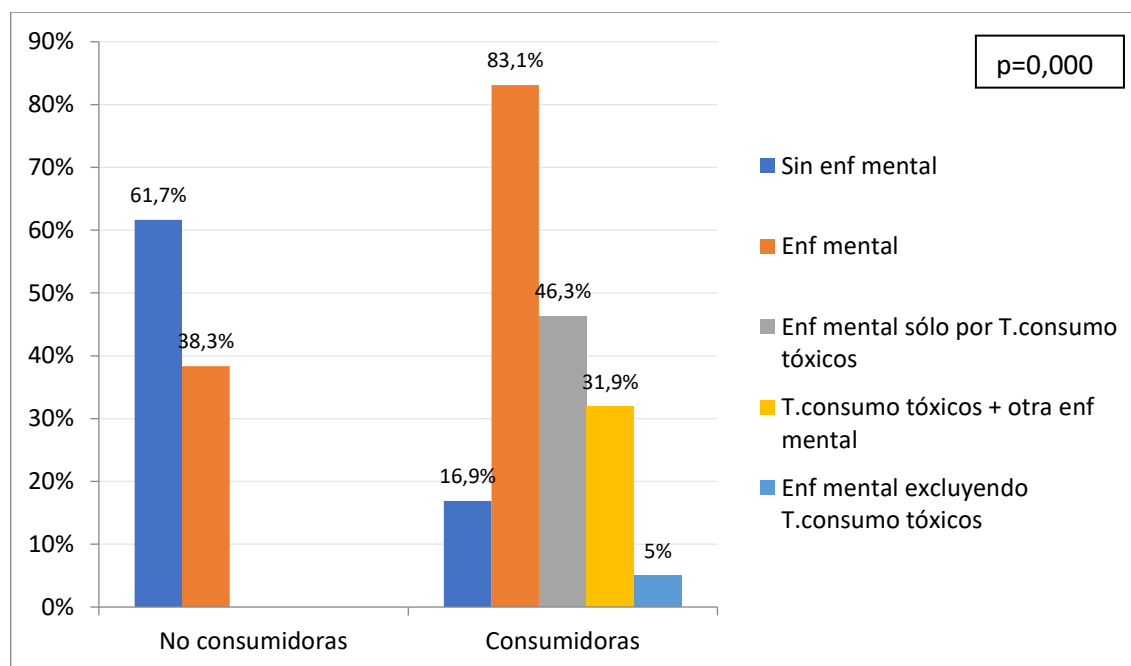
**Tabla 5.** Tabla resumen de las enfermedades infecciosas [% y (número de casos)] en cada grupo y en la totalidad de las madres.

	No consumidoras	Consumidoras	Heroína	Otros tóxicos	TOTAL
<b>VHB<sup>1</sup></b>	0	1,3% (2)	2,6% (1)	0,8% (1)	0,9% (2)
<b>VHC</b>	3,3% (2)	10,6% (17)	36,8% (14)	2,5% (3)	8,6% (19)
<b>VIH</b>	6,7% (4)	4,4% (7)	7,9% (3)	3,3% (4)	5% (11)
<b>VIH-VHC</b>	1,7% (1)	1,9% (3)	5,3% (2)	0,8% (1)	1,8% (4)
<b>Tasa coinfección VIH-VHC<sup>2</sup></b>	25%	42,9%	66,7%	25%	36,4%

<sup>1</sup>VHB: Ac antiHBc positivo y HBs Ag negativo; <sup>2</sup>Tasa coinfección VIH-VHC: VHC entre las madres VIH.

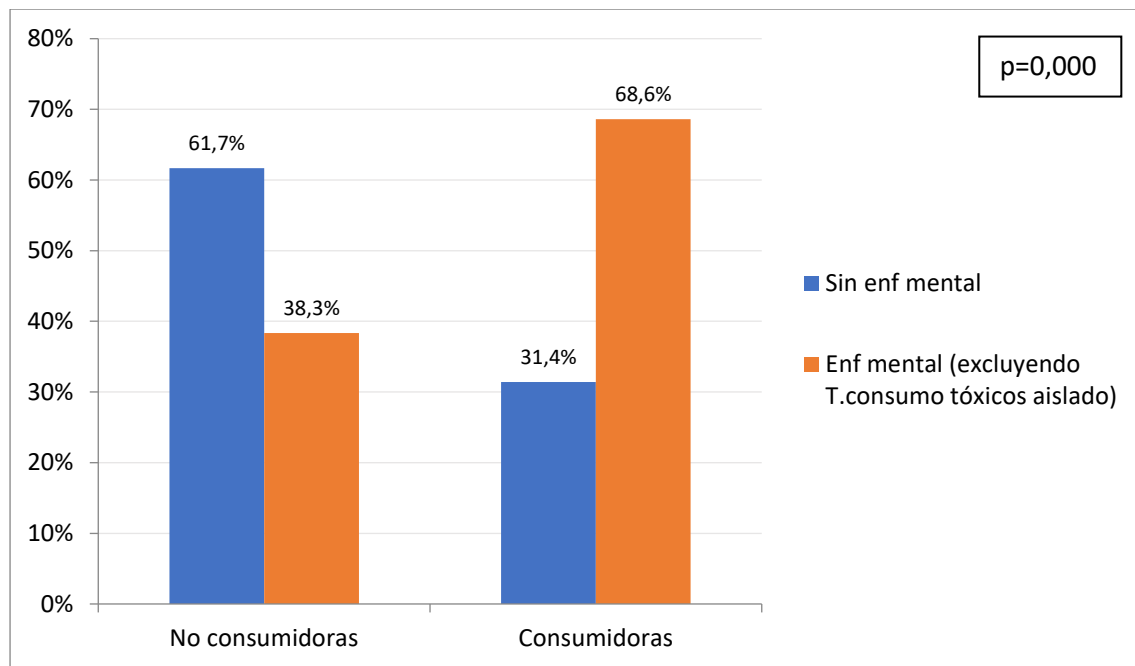
#### 4.2.1.19 Enfermedades mentales

Hubo diferencias significativas entre los 2 grupos, con un 83,1% de trastorno mental entre las consumidoras versus 38,3% entre las no consumidoras ( $p=0,000$ ), si bien en el grupo de consumidoras había 125 casos (de los 133 totales) con el diagnóstico de trastorno por consumo de tóxicos (51 de ellos asociado a otro trastorno psiquiátrico) (Figura 70).



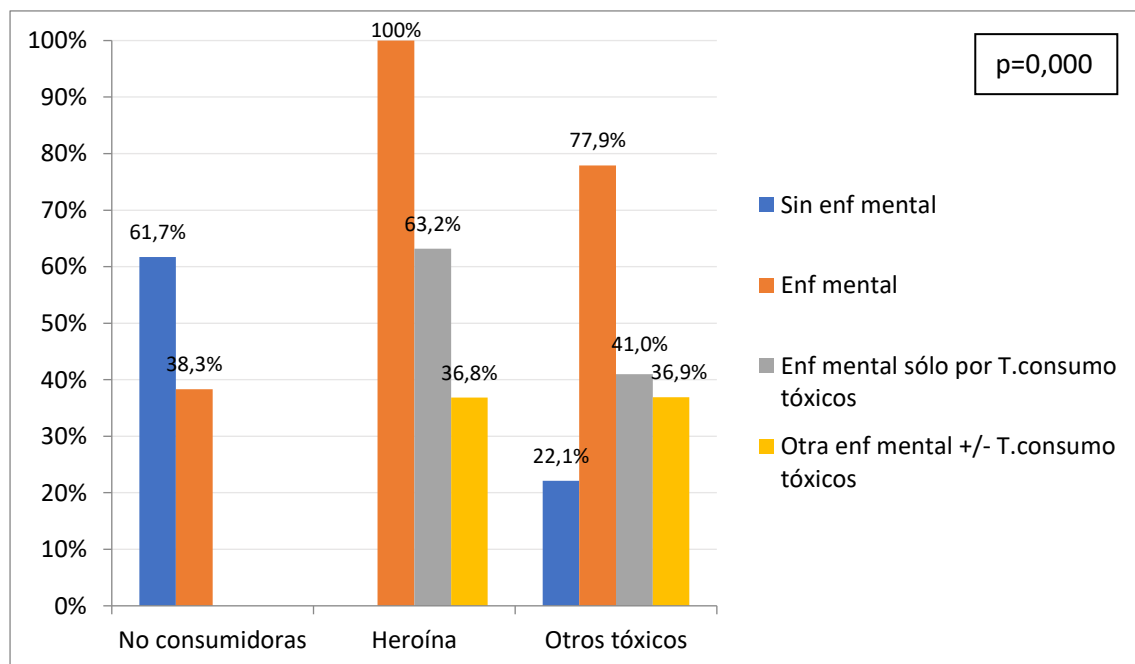
**Figura 70.** Comparativo de las enfermedades mentales entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

Si se excluyen del análisis las madres que sólo tienen el diagnóstico de trastorno por consumo de tóxicos (74 casos), sigue siendo significativo un mayor porcentaje de trastornos mentales entre las consumidoras ( $p=0,000$ ) (Figura 71).



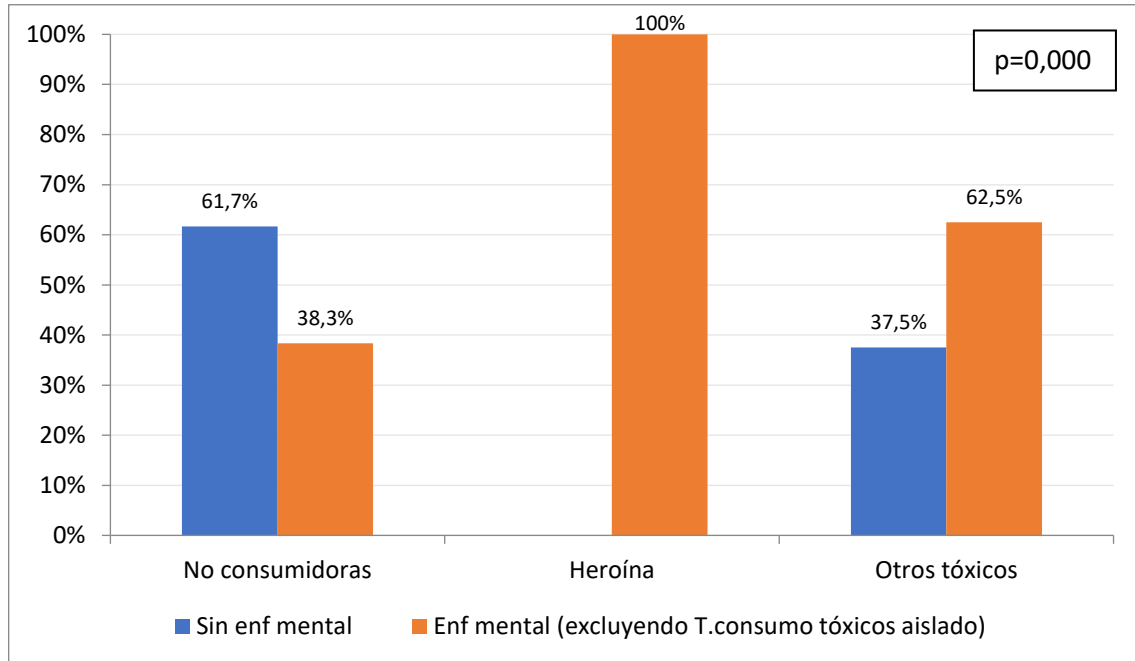
**Figura 71.** Comparativo de las enfermedades mentales (excluyendo el trastorno por consumo de tóxicos aislado) entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

También hubo diferencias significativas al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, observándose más enfermedad mental en las consumidoras de heroína (p=0,000) (Figura 72).



**Figura 72.** Comparativo de las enfermedades mentales entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

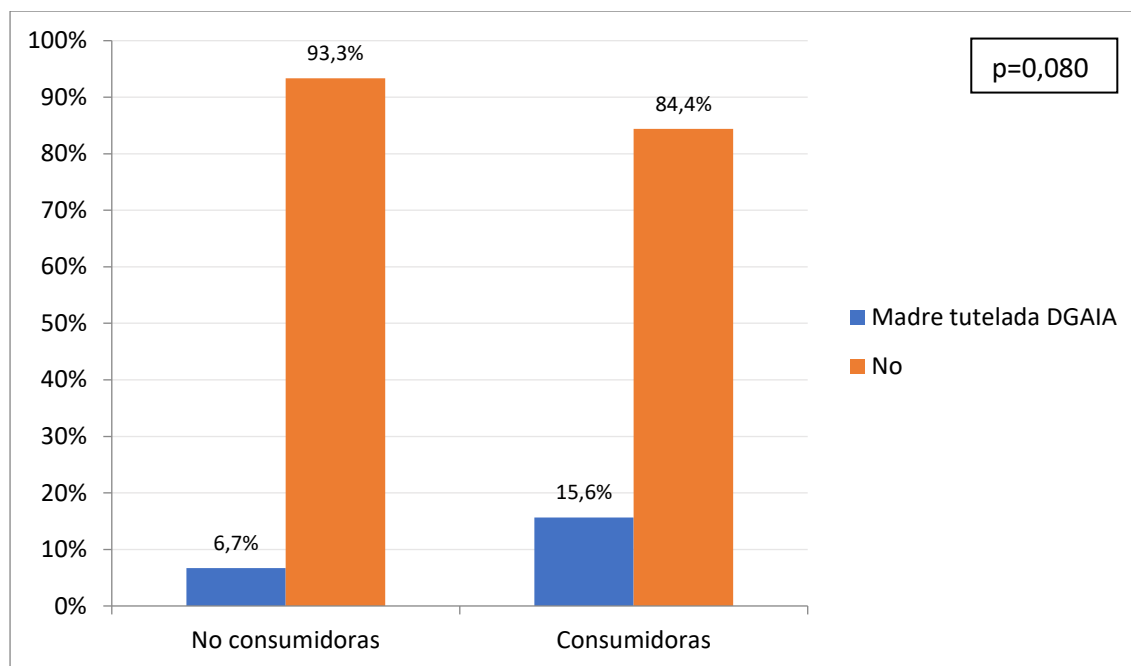
Estas diferencias se mantuvieron al excluir del análisis los casos con el diagnóstico de trastorno por consumo de tóxicos aislado ( $p=0,000$ ) (Figura 73).



**Figura 73.** Comparativo de las enfermedades mentales (excluyendo el trastorno por consumo de tóxicos aislado) entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

#### 4.2.1.20 Antecedentes de madre tutelada por la DGAIA

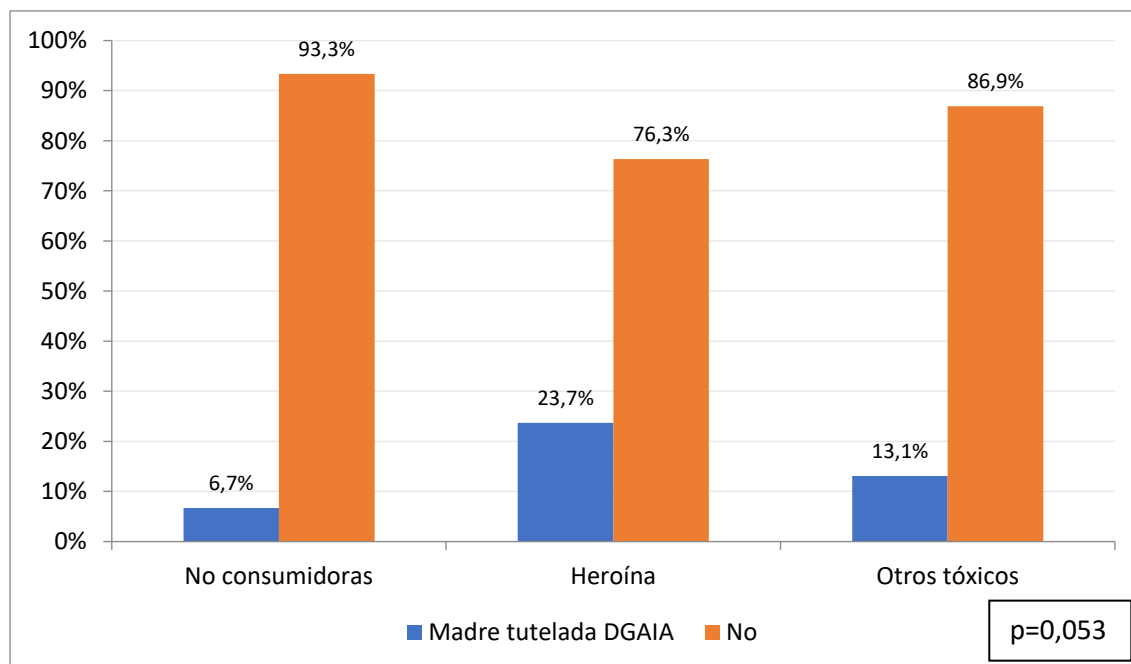
No hubo diferencias significativas entre los 2 grupos, si bien el porcentaje es más del doble en el grupo de consumidoras (15,6% por un 6,7% en las no consumidoras;  $p=0,080$ ) (Figura 74).



**Figura 74.** Comparativo de los antecedentes de madre tutelada por la DGAIA entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

Entre las madres tuteladas por la DGAIA destaca que el 86,2% consumían tóxicos.

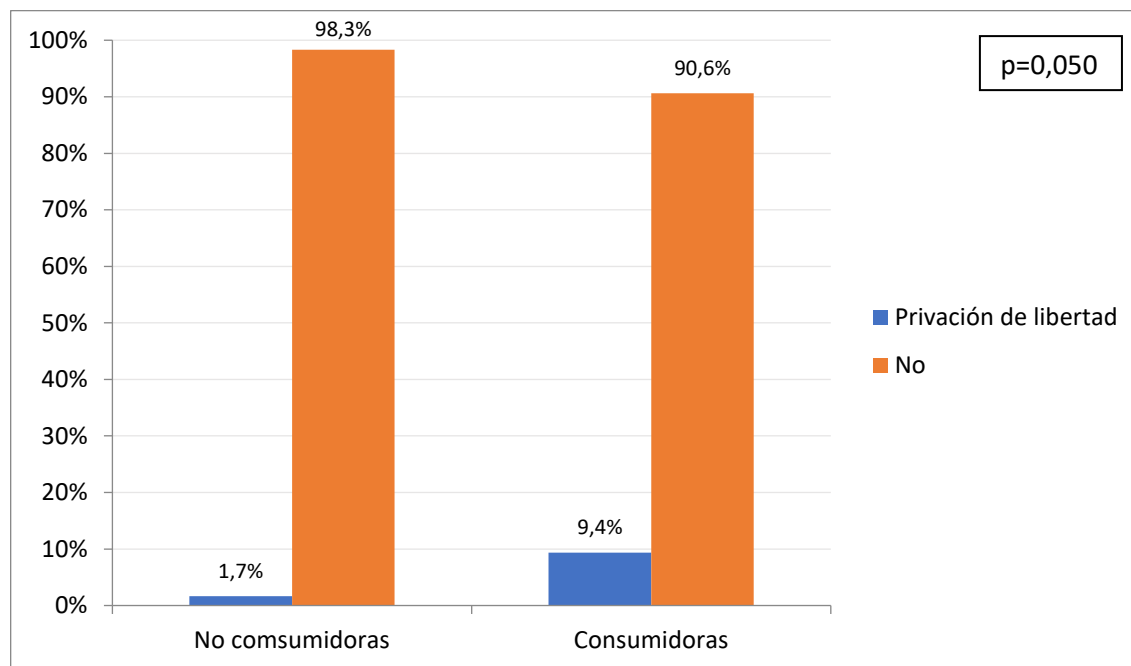
Al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, casi se alcanza significación estadística ( $p=0,053$ ), predominando el antecedente de tutela por la DGAIA en las consumidoras de heroína (23,7%) (Figura 75).



**Figura 75.** Comparativo de los antecedentes de madre tutelada por la DGAIA entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

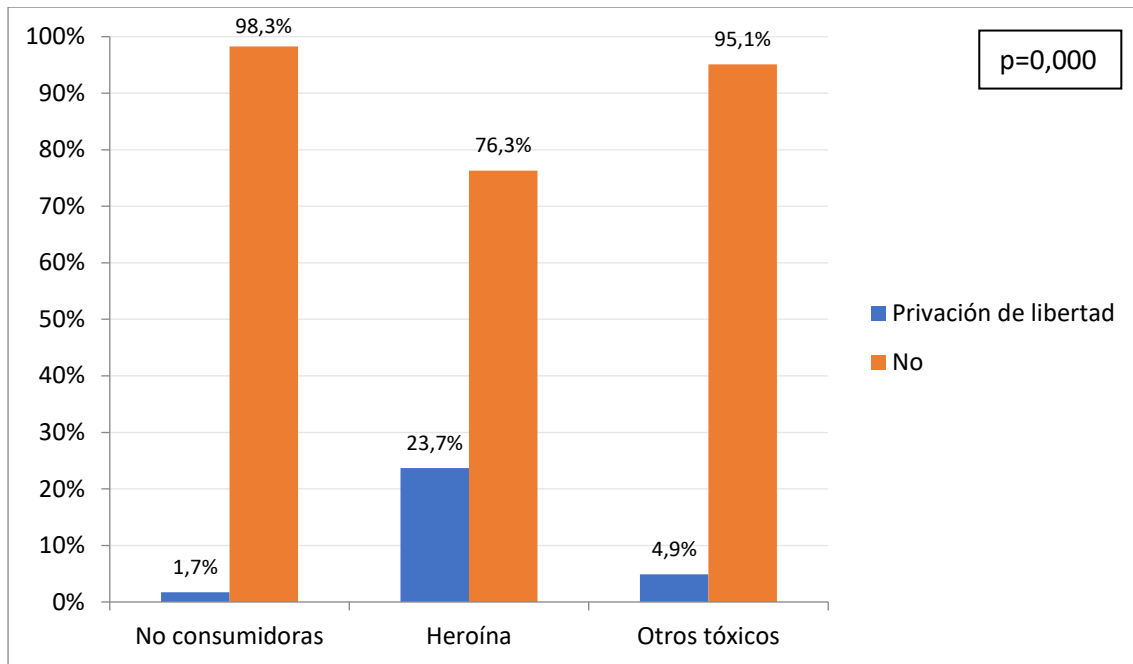
#### 4.2.1.21 Antecedentes de privación de libertad

Hubo diferencias casi estadísticamente significativas entre los 2 grupos ( $p=0,050$ ), con una privación de libertad mucho mayor entre las madres consumidoras (9,4% versus 1,7% en las no consumidoras) (Figura 76).



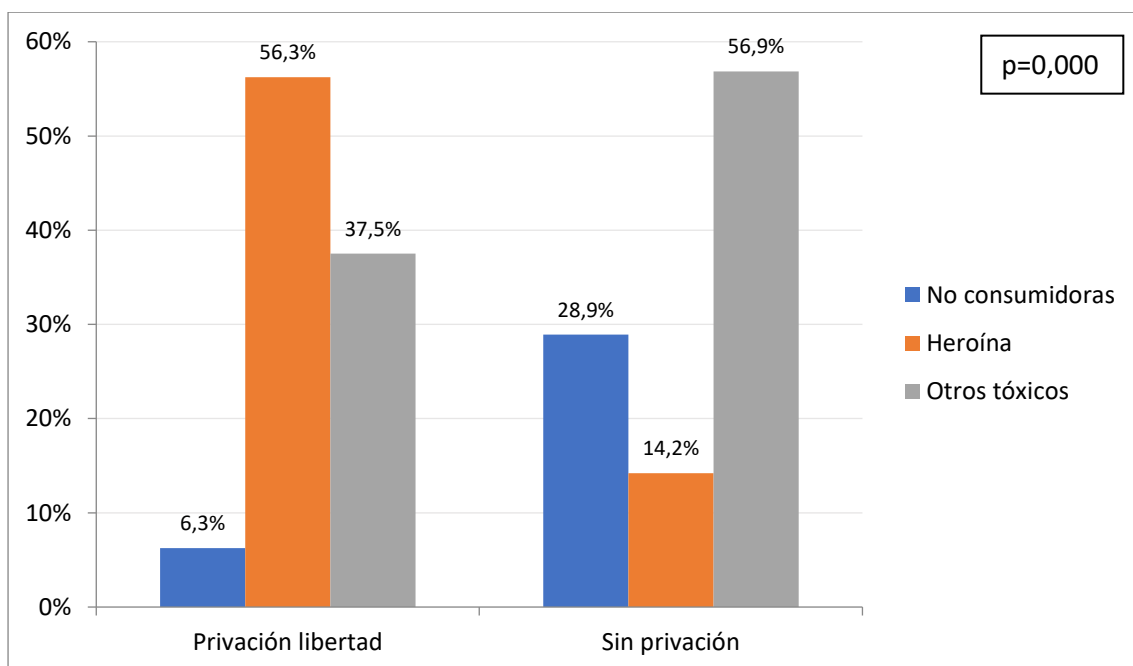
**Figura 76.** Comparativo de los antecedentes de privación de libertad entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

Al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, sí se alcanza significación estadística ( $p=0,000$ ), predominando el antecedente de privación de libertad en las segundas (23,7%) (Figura 77).



**Figura 77.** Comparativo de los antecedentes de privación de libertad entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

De las madres con antecedentes de privación de libertad, el 93,8% consumían tóxicos, representando las consumidoras de heroína el 56,3%. De las madres sin antecedentes de privación de libertad, el 71,1% consumían tóxicos, siendo las que consumían heroína el 14,2% ( $p=0,000$ ) (Figura 78).

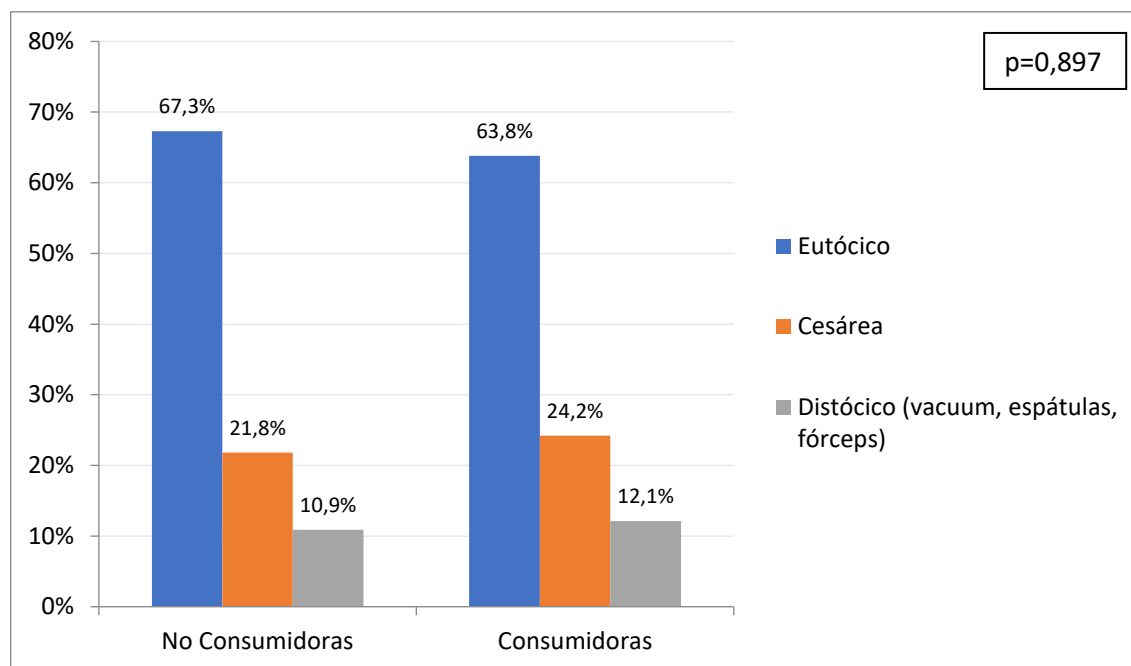


**Figura 78.** Consumo de tóxicos según el antecedente de privación de libertad.

## 4.2.2 Variables del bloque perinatal

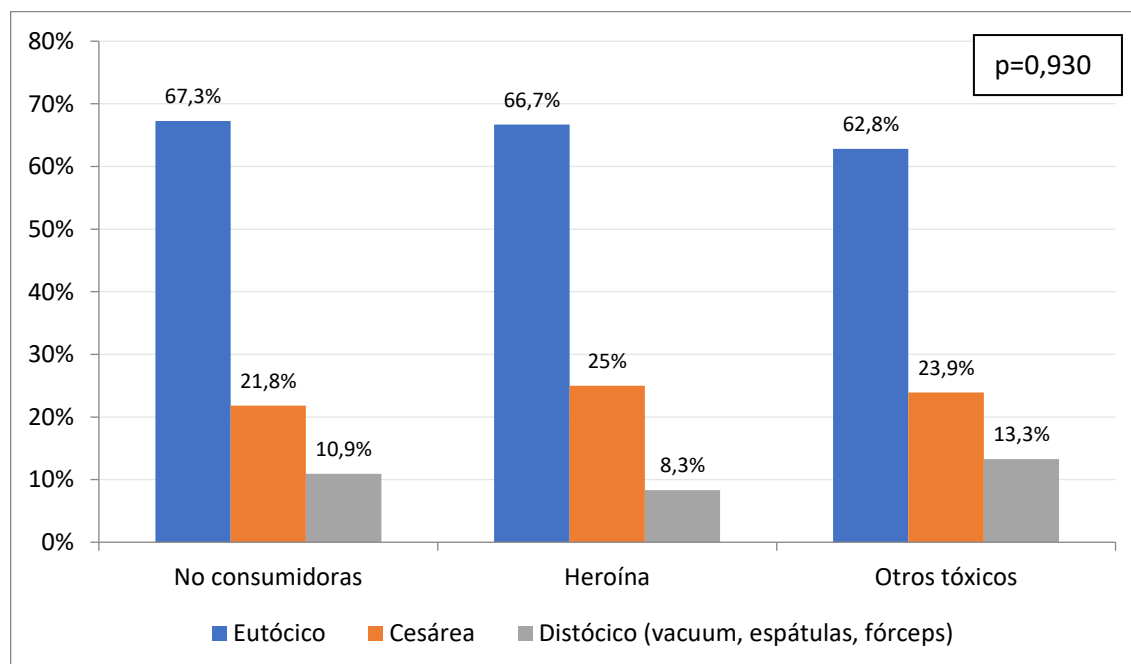
### 4.2.2.1 Tipo de parto

No hubo diferencias entre los 2 grupos ( $p=0,897$ ) (Figura 79).



**Figura 79.** Comparativo del tipo de parto entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

Tampoco hubo diferencias al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos ( $p=0,930$ ) (Figura 80).

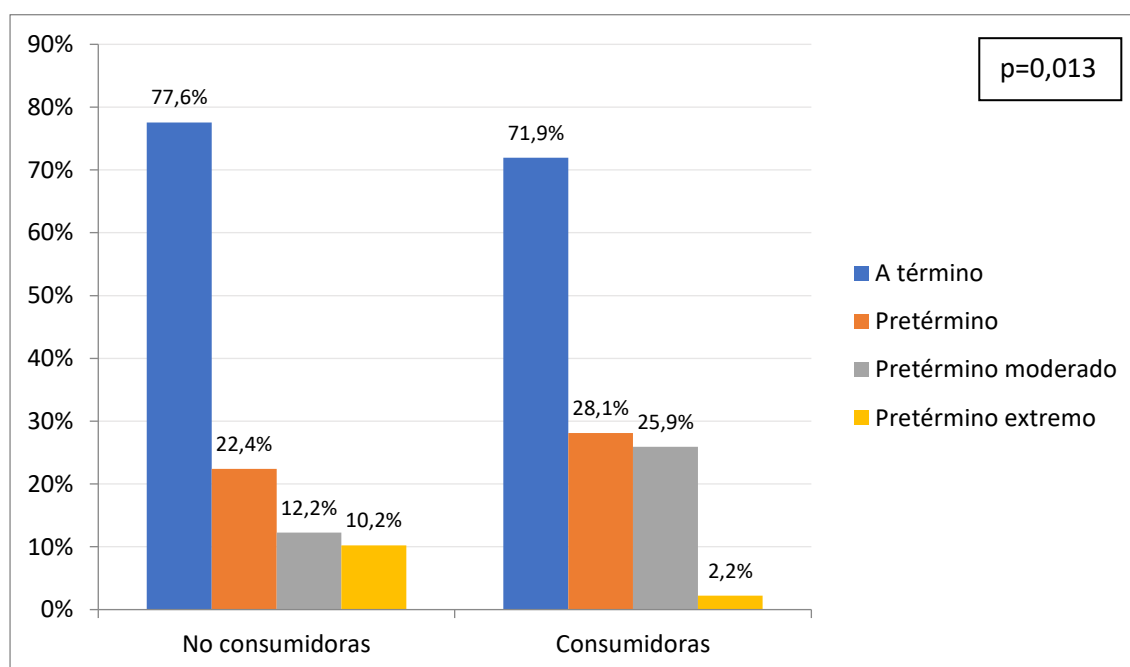


**Figura 80.** Comparativo del tipo de parto entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.



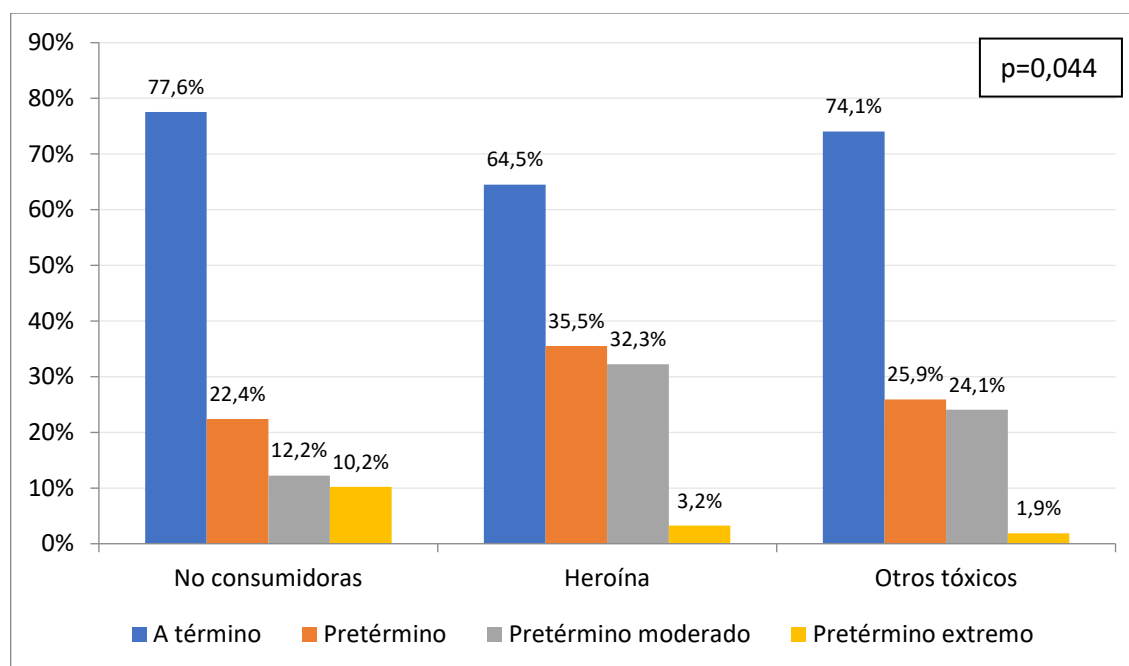
#### 4.2.2.2 Edad gestacional

En 32 casos no se pudieron obtener datos [11 no consumidoras, 21 consumidoras (7 heroína, 14 otros tóxicos)]. Hubo diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,013$ ), destacando una mayor proporción de recién nacidos a término en las no consumidoras (77,6% versus 71,9% en las consumidoras), y una mayor proporción de prematuros en las consumidoras (28,1% por un 22,4% en las no consumidoras). Analizando la prematuridad, las consumidoras tuvieron un mayor porcentaje de prematuros moderados (25,9% versus 12,2% en las no consumidoras) y una menor proporción de prematuros extremos (2,2% por un 10,2% en las no consumidoras) (Figura 81).



**Figura 81.** Comparativo de la edad gestacional entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

También hubo diferencias significativas ( $p=0,044$ ) al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, observándose que las consumidoras de heroína tuvieron la mayor tasa de prematuridad (35,5%), a expensas de la prematuridad moderada (32,3%). Les siguieron las consumidoras de otros tóxicos (25,9% de prematuridad; 24,1% de prematuros moderados), y por último las no consumidoras (22,4% de prematuridad) (Figura 82).



**Figura 82.** Comparativo de la edad gestacional entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

#### 4.2.2.3 Somatometría neonatal

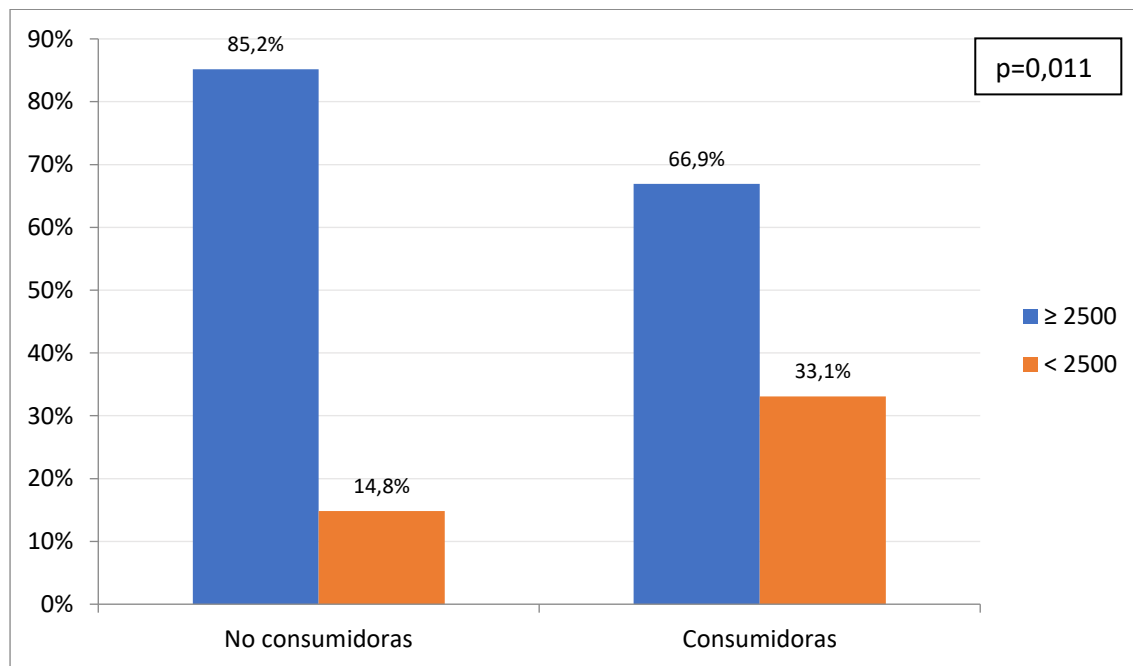
En 29 casos no se pudieron obtener datos [6 no consumidoras, 23 consumidoras (6 heroína, 17 otros tóxicos)]. Teniendo en cuenta que no había diferencias en la edad gestacional media entre los 2 grupos (37,9 semanas en no consumidoras, por 37,7 semanas en consumidoras;  $p=0,177$ ), sí había diferencias estadísticamente significativas, con unos valores mayores en las no consumidoras: peso medio de 2995,7 g (por 2692 g en consumidoras;  $p=0,001$ ), longitud media de 47,7 cm (por 46,4 cm en consumidoras;  $p=0,018$ ), y perímetro craneal medio de 33,4 cm (por 32,5 cm en consumidoras;  $p=0,001$ ).

Al analizar por separado los 3 grupos, hubo diferencias significativas en peso, longitud y perímetro craneal medios entre no consumidoras y consumidoras de otros tóxicos ( $p=0,001/p=0,044/p=0,002$  respectivamente), y entre no consumidoras y consumidoras de heroína ( $p=0,000$  en las 3 variables). En cambio, entre consumidoras de heroína y de otros tóxicos no hubo diferencias en peso y perímetro craneal medio ( $p=0,133/p=0,134$ ), y sí las hubo en longitud media ( $p=0,025$ ) (Tabla 6).

**Tabla 6.** Somatometría neonatal en no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

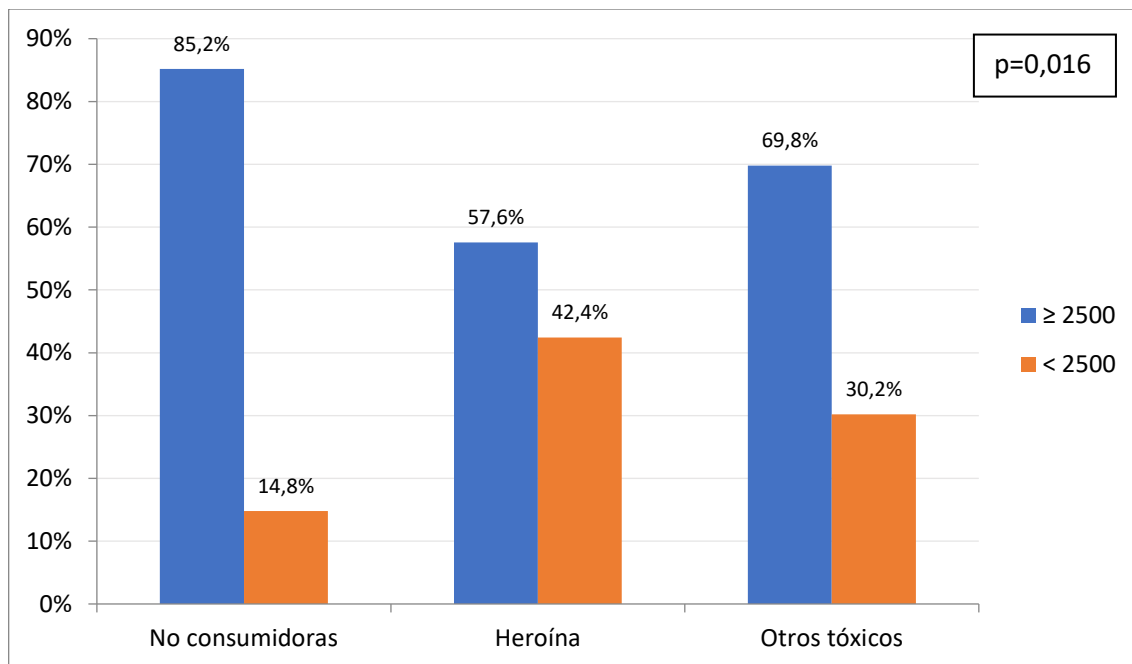
	<b>Peso medio (g)</b>	<b>Longitud media (cm)</b>	<b>PC medio (cm)</b>
<b>No consumidoras</b>	2995,4	47,7	33,4
<b>Otros tóxicos</b>	2723,8	46,7	32,7
<b>Heroína</b>	2589,9	45,5	32,2

En las no consumidoras el 14,8% de los recién nacidos su peso al nacimiento fue inferior a 2500 g (por el 33,1% en las consumidoras;  $p=0,011$ ) (Figura 83).



**Figura 83.** Comparativo del bajo peso al nacimiento (<2500 g) entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

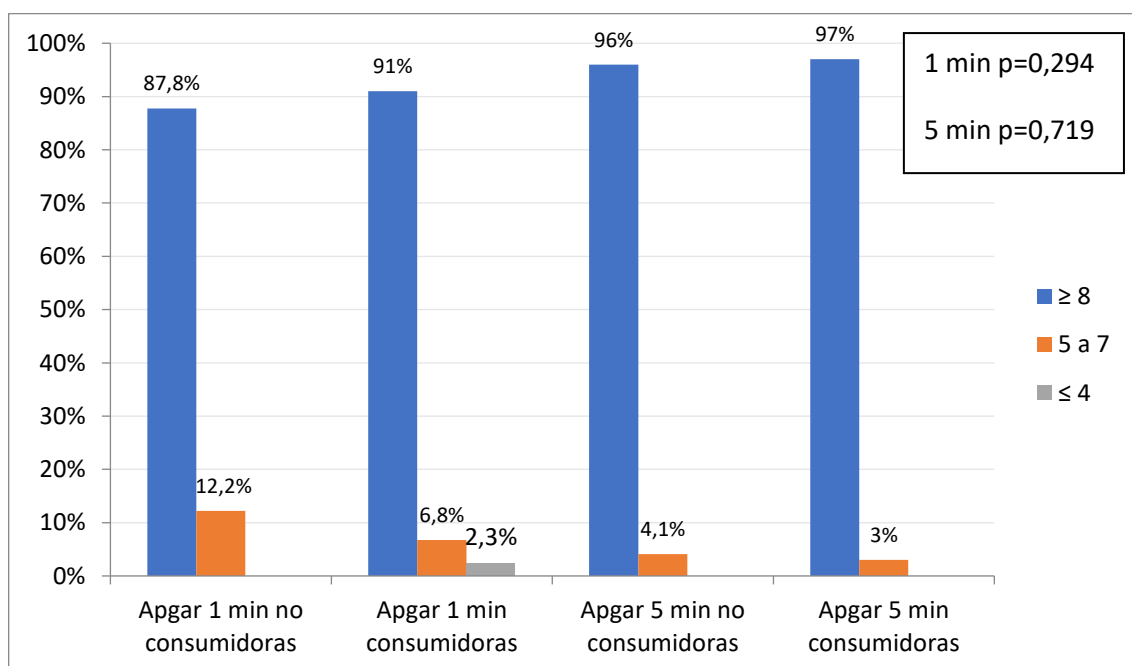
Al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, también hubo diferencias significativas ( $p=0,016$ ), observándose que las consumidoras de heroína tuvieron más hijos menores a 2500 g (el 42,4%) (Figura 84).



**Figura 84.** Comparativo del bajo peso al nacimiento (<2500 g) entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

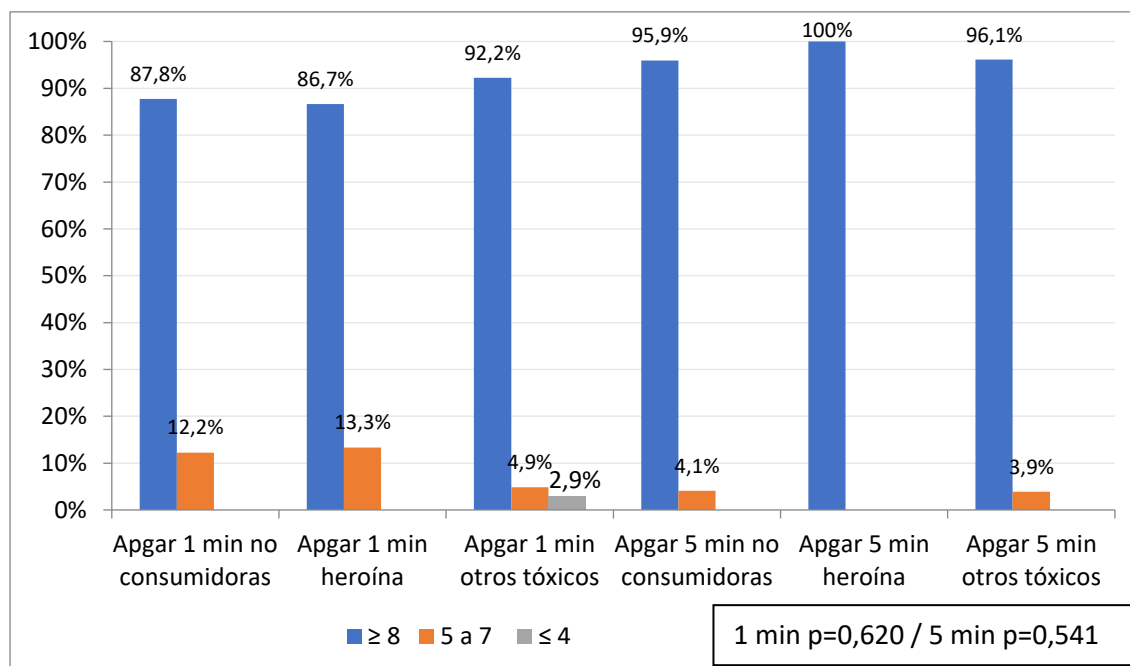
#### 4.2.2.4 Puntuación de Apgar

No hubo diferencias entre los 2 grupos (Figura 85).



**Figura 85.** Comparativo del Apgar al minuto y a los 5 minutos entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

Tampoco hubo diferencias significativas en la puntuación de Apgar al minuto ( $p=0,620$ ) y a los 5 minutos ( $p=0,541$ ), al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos (Figura 86). Los únicos 3 casos con puntuación al minuto  $\leq$  a 4 fueron en el grupo de otros tóxicos (2 casos cocaína+cannabis, 1 caso cocaína+alcohol+anfetaminas).

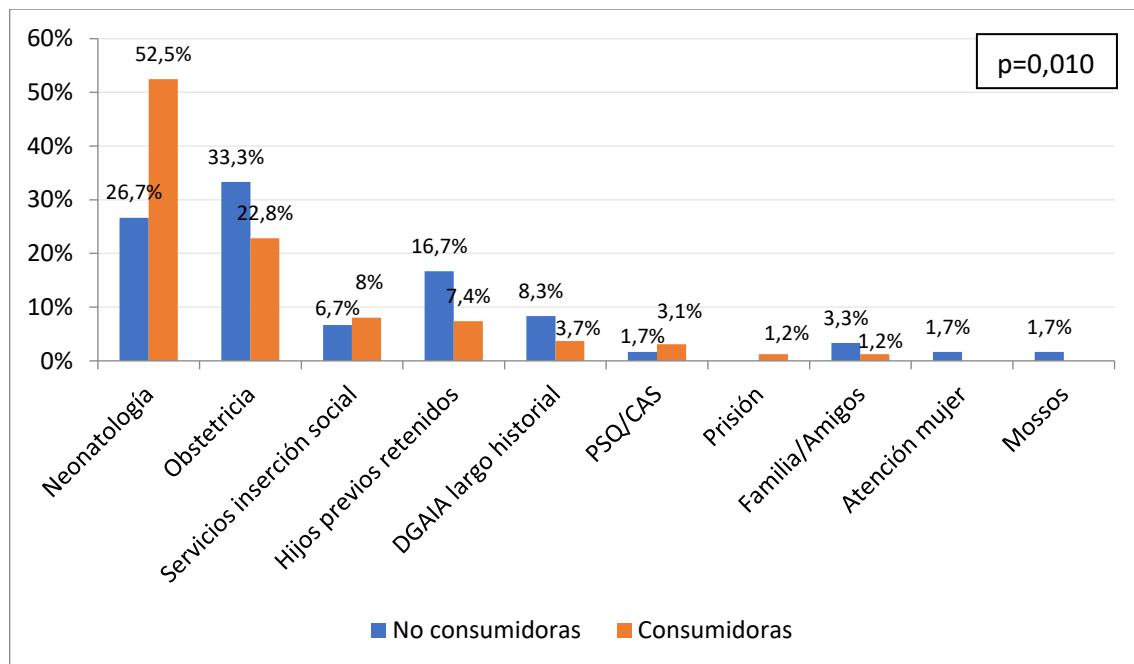


**Figura 86.** Comparativo del Apgar al minuto y a los 5 minutos entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

#### 4.2.3 Variables del bloque de intervención social

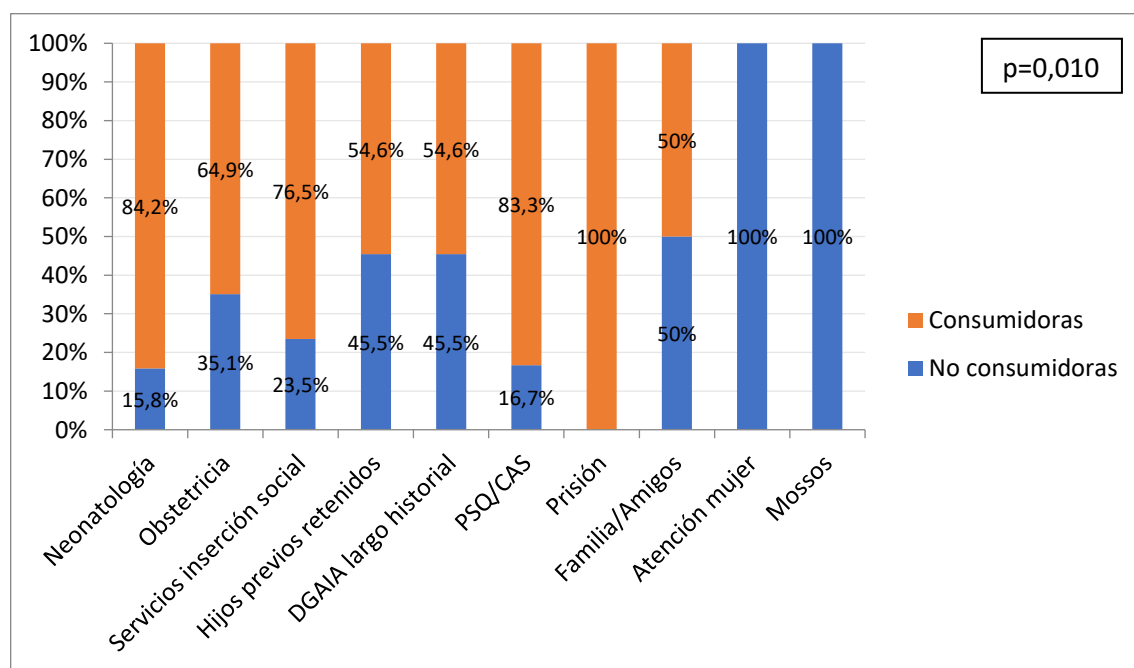
##### 4.2.3.1 Quién detecta el caso

Hubo diferencias significativas en quién detecta el caso ( $p=0,010$ ). En el grupo de no consumidoras, desde obstetricia detectaron el 33,3% del total de casos (por el 22,8% en consumidoras), desde neonatología el 26,7% (versus 52,5%), familiares/amigos el 3,3% (versus 1,2%), servicios de inserción social el 6,7% (versus 8%), por retención de hijos previos el 16,7% (7,4%), DGAIA por largo historial el 8,3% (versus 3,7%), prisión el 0% (versus 1,2%), psiquiatría/CAS el 1,7% (versus 3,1%), equipo de atención a la mujer el 1,7% (versus 0%), y Mossos d'Esquadra el 1,7% (versus 0%) (Figura 87).



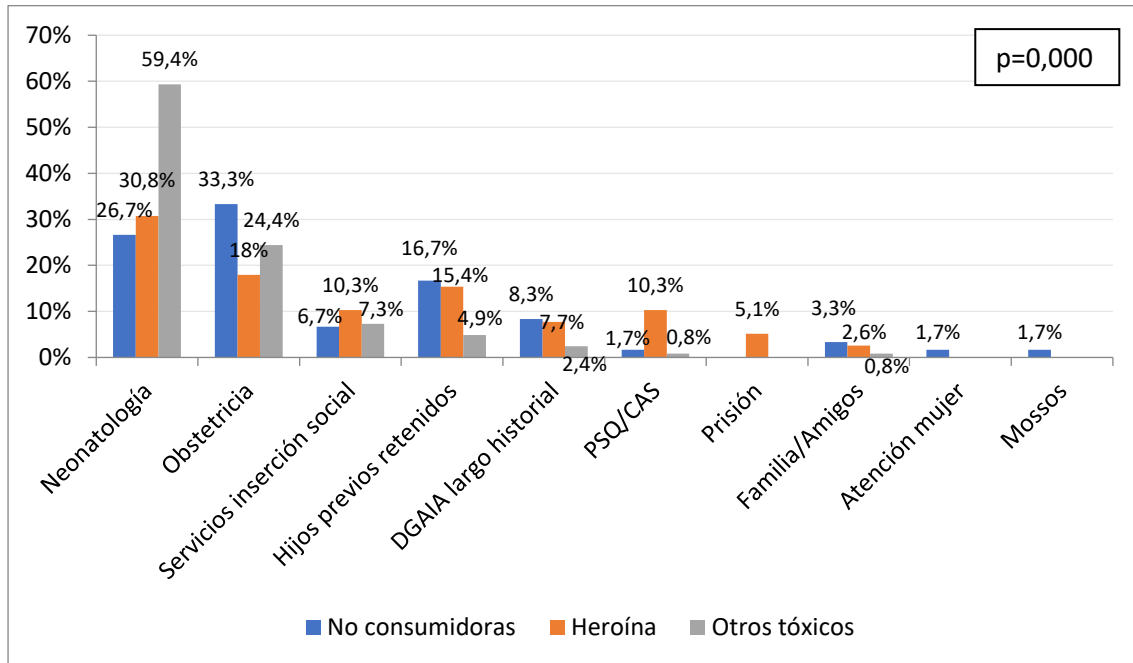
**Figura 87.** Comparativo de quién detecta el caso entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

De los casos de maltrato prenatal que se detectaron desde neonatología, el 84,2% eran en madres consumidoras, desde obstetricia lo eran el 64,9%, desde servicios de inserción social el 76,5%, por hijos previos retenidos el 54,6%, DGAIA por largo historial el 54,6%, desde psiquiatría/CAS el 83,3%, desde prisión el 100%, familia/amigos el 50%, y no hubo ningún caso desde equipo de atención a la mujer o Mossos d'Esquadra (p=0,010) (Figura 88).



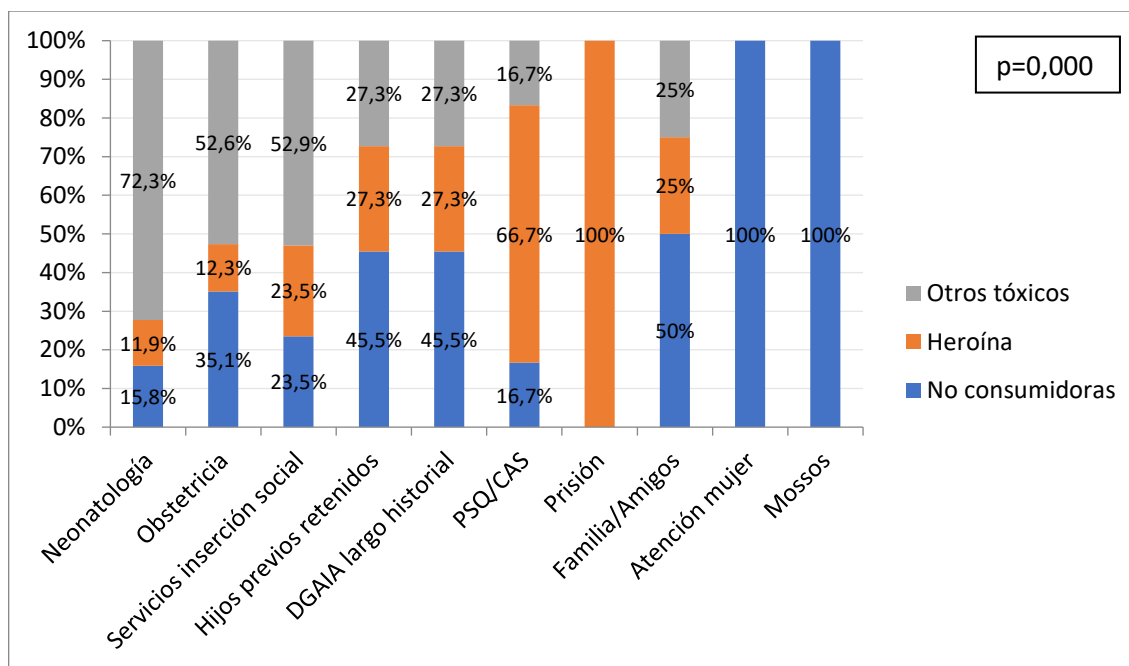
**Figura 88.** Consumo de tóxicos en las diferentes categorías según quién detecta el caso.

También hubo diferencias significativas ( $p=0,000$ ) al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, observándose que en consumidoras de heroína también se detectaron más desde neonatología y que tenían índices de detección desde servicios sociales similares a las no consumidoras (Figura 89).



**Figura 89.** Comparativo de quién detecta el caso entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

Desde cada uno de los ámbitos de detección, la distribución del tipo de gestantes que detectaron fue la que se muestra en el siguiente gráfico (Figura 90).

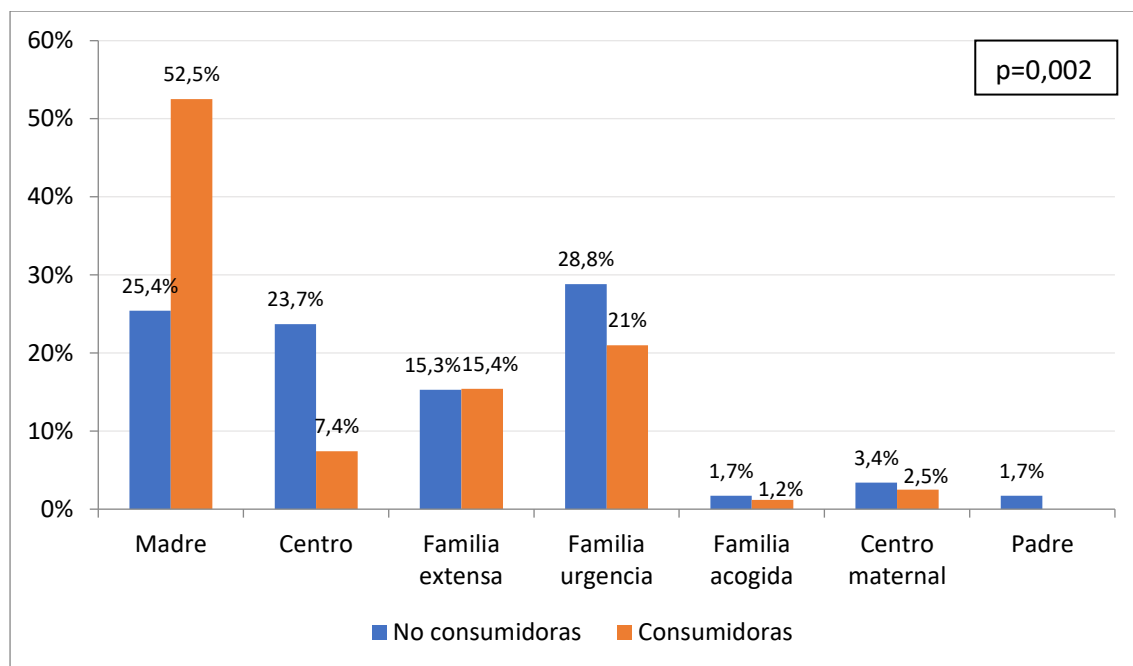


**Figura 90.** Consumo de tóxicos y tipo de consumo en las diferentes categorías según quién detecta el caso.

#### 4.2.3.2 Destino inicial

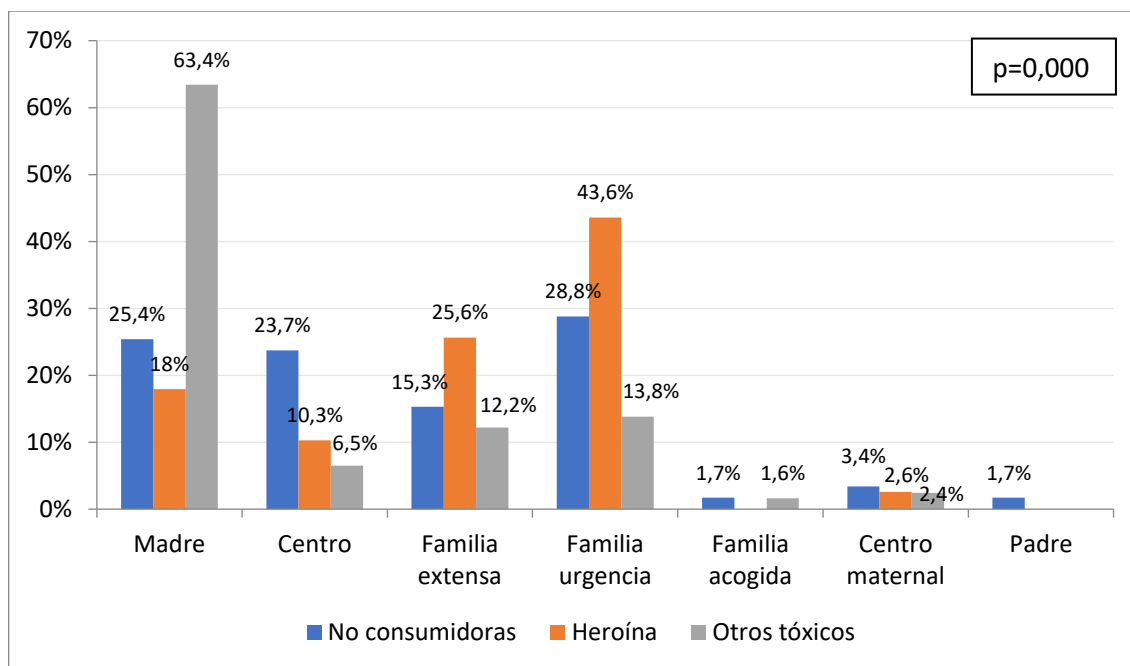
Hubo diferencias estadísticamente significativas en el destino inicial ( $p=0,002$ ). En el grupo de no consumidoras el destino inicial fue con la madre en la mitad de los casos de las consumidoras (25,4% por un 52,5%), fue 3 veces más frecuente el destino en centro (23,7% por un 7,4%), siendo el mismo porcentaje de destino con familia extensa (15,3% por un 15,4%). Hubo 1 caso en el grupo de no consumidoras que por fallecimiento de la madre su destino inicial fue con el padre (Figura 91).





**Figura 91.** Comparativo del destino inicial entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

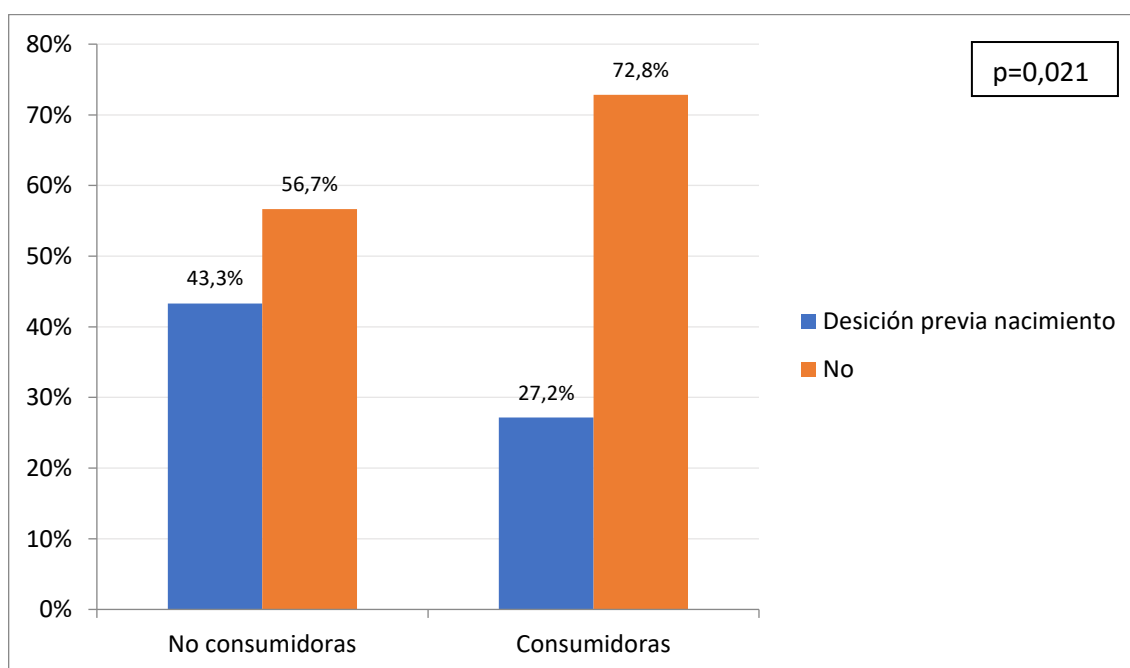
También hubo diferencias significativas ( $p=0,000$ ) al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, observándose que los hijos de las consumidoras de heroína fueron los que menos se destinaron inicialmente con su madre (18%), y los que más se destinaron a familia de urgencia (43,6%) y familia extensa (25,6%). Por otro lado, los hijos de madres no consumidoras son los que tuvieron el mayor destino inicial a centro (23,7%), y los de las madres consumidoras de otros tóxicos tuvieron el mayor destino inicial con la madre (63,4%) (Figura 92).



**Figura 92.** Comparativo del destino inicial entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

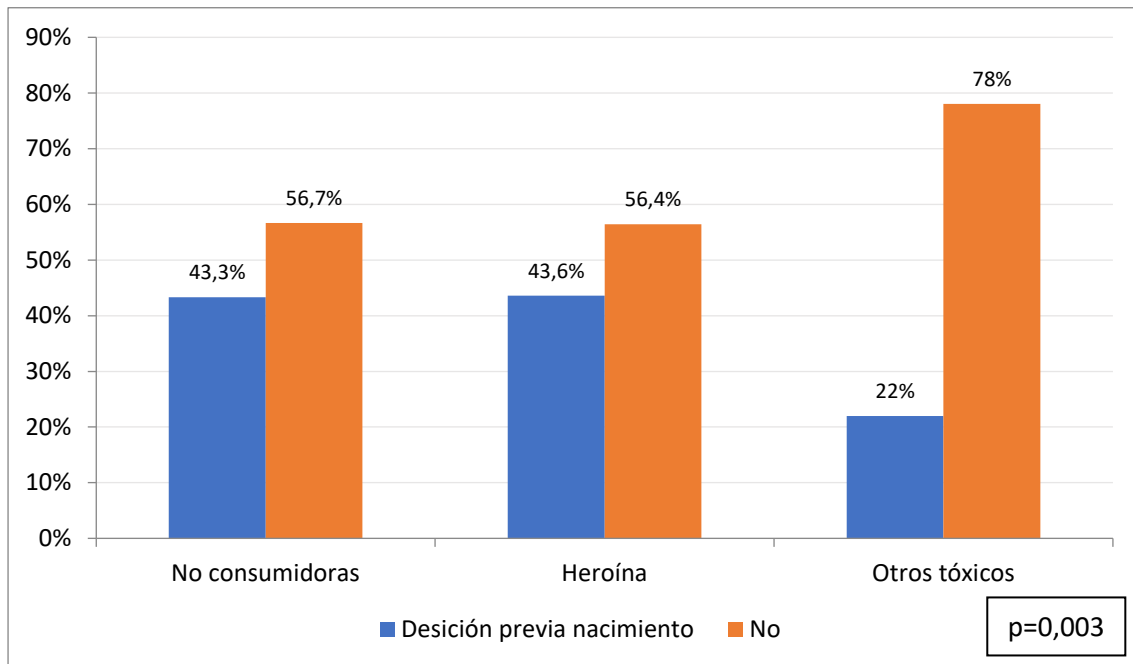
#### 4.2.3.3 Decisión previa al nacimiento

Hubo diferencias significativas. La decisión se había tomado antes del nacimiento en mayor proporción en las no consumidoras (43,3% por un 27,2% en las consumidoras;  $p=0,021$ ) (Figura 93).



**Figura 93.** Comparativo de la decisión previa al nacimiento entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

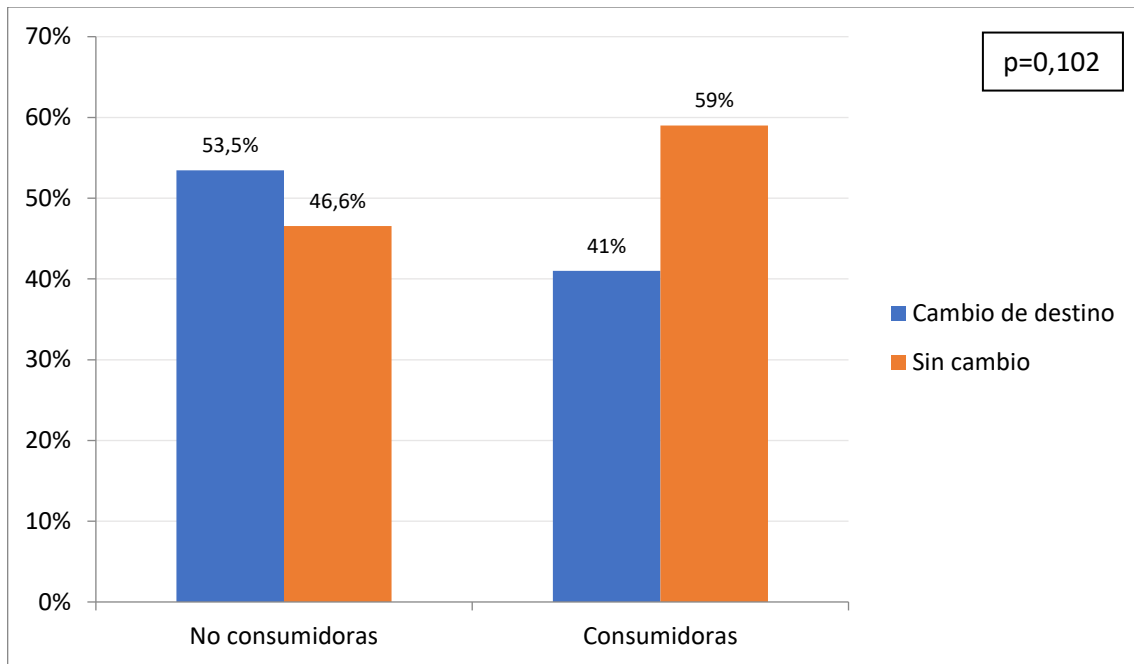
También hubo diferencias significativas ( $p=0,003$ ) al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, observándose que la decisión previa al nacimiento fue igual en el grupo de consumidoras de heroína que en las no consumidoras, siendo el doble que en las consumidoras de otros tóxicos (Figura 94).



**Figura 94.** Comparativo de la decisión previa al nacimiento entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

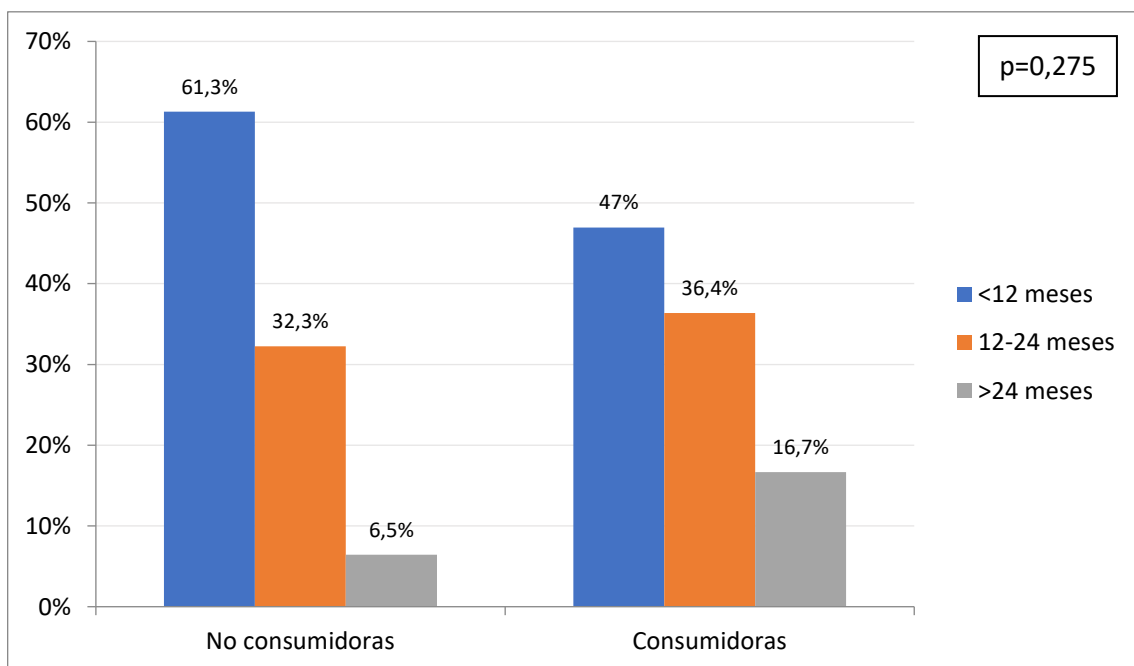
#### 4.2.3.4 Cambio de destino

No hubo diferencias estadísticamente significativas, si bien en las no consumidoras había una mayor proporción que sí cambiaron (53,5% por un 41% en las consumidoras;  $p=0,102$ ) (Figura 95).



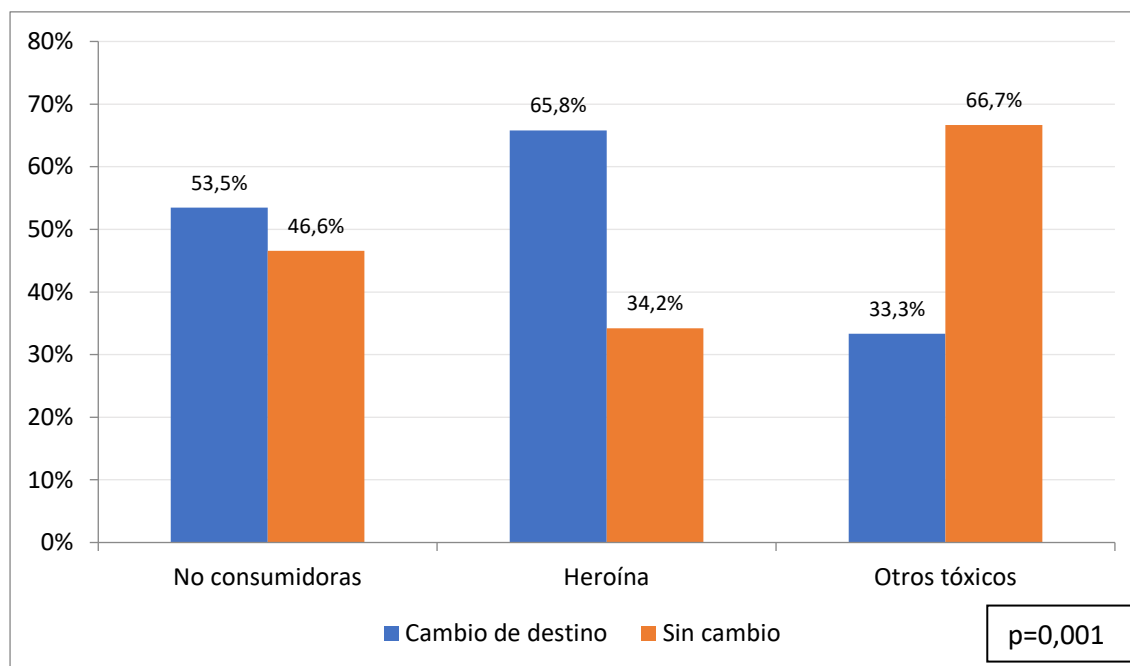
**Figura 95.** Comparativo del cambio de destino entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

Tampoco hubo diferencias en la edad del cambio de destino ( $p=0,275$ ), siendo más frecuente que se produjera antes de los 12 meses (el 61,3% en las no consumidoras, por el 47% en las consumidoras) (Figura 96).



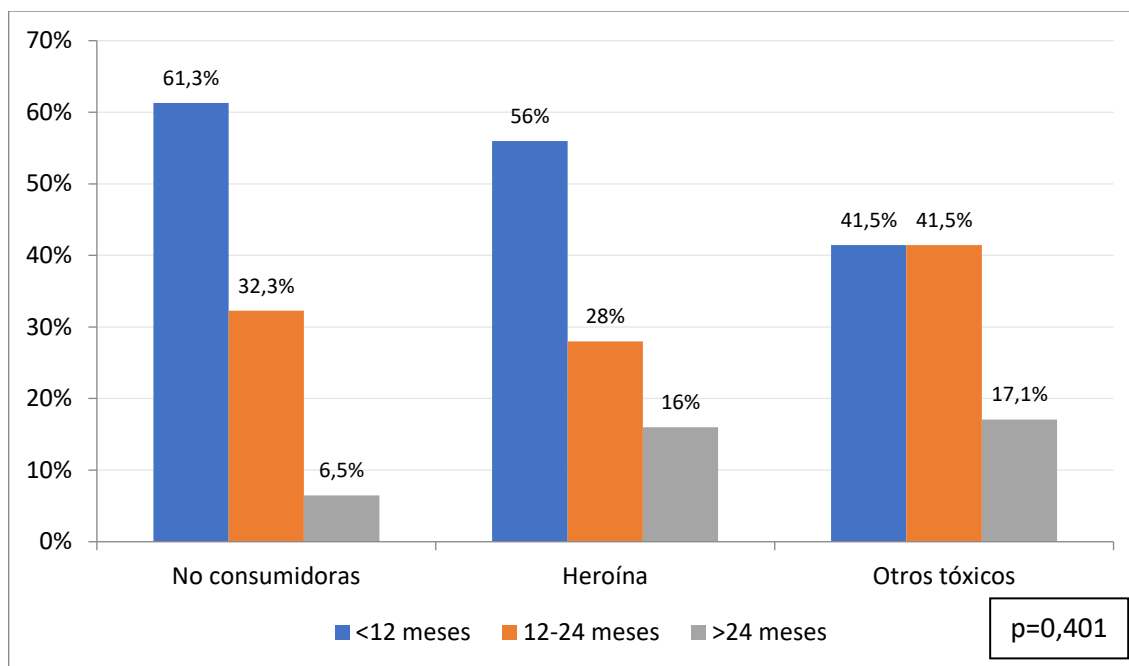
**Figura 96.** Comparativo de la edad del cambio de destino entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

En cambio, al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, sí hubo diferencias significativas ( $p=0,001$ ), observándose un mayor cambio de destino en las consumidoras de heroína (65,8%), seguidas de las no consumidoras (53,5%) y, por último, las consumidoras de otros tóxicos (33,3%) (Figura 97).



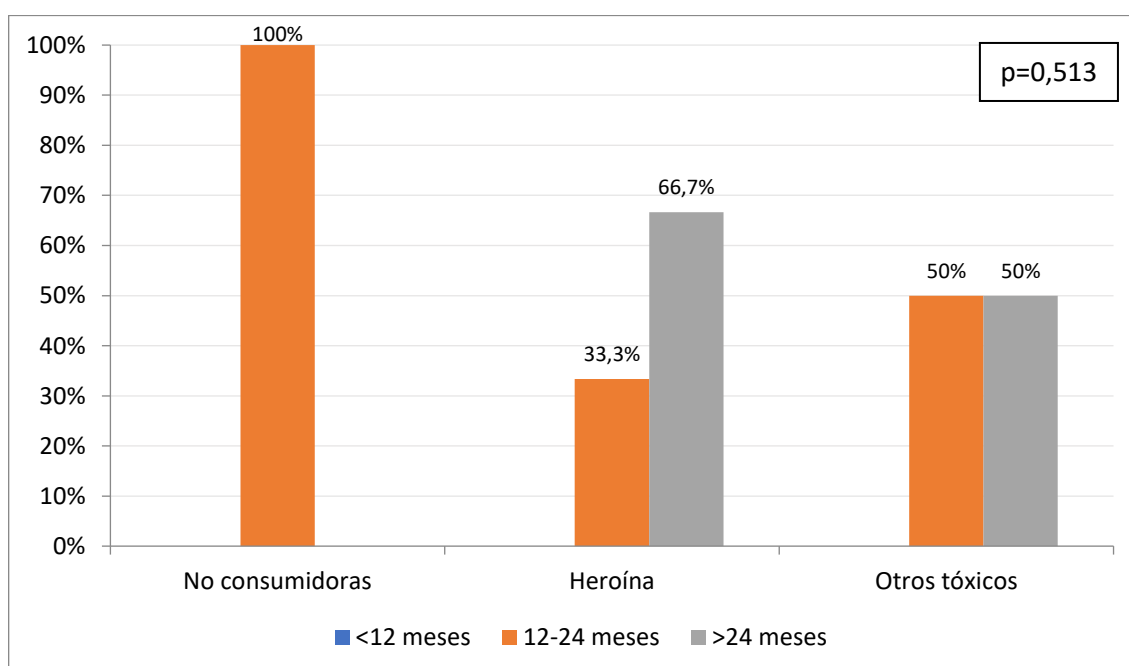
**Figura 97.** Comparativo del cambio de destino entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

En cambio, no hubo diferencias significativas en la edad del cambio de destino ( $p=0,401$ ) al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, si bien en las consumidoras de otros tóxicos hubo algo menos de cambio de destino antes de los 12 meses, y algo más entre los 12 y 24 meses (Figura 98).

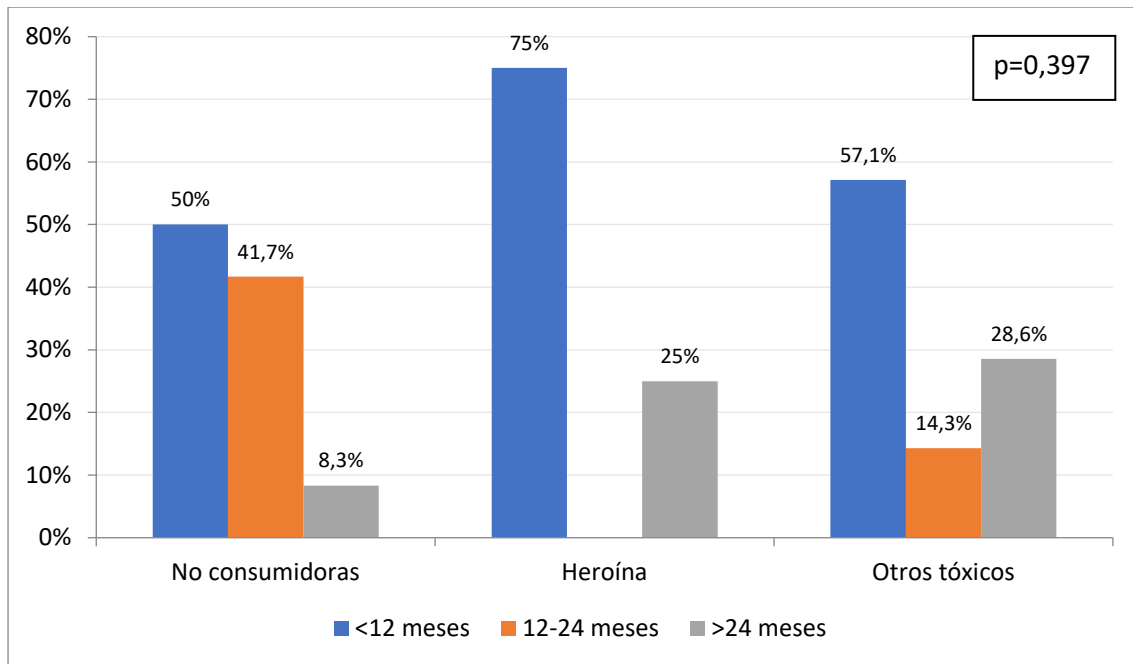


**Figura 98.** Comparativo de la edad del cambio de destino entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

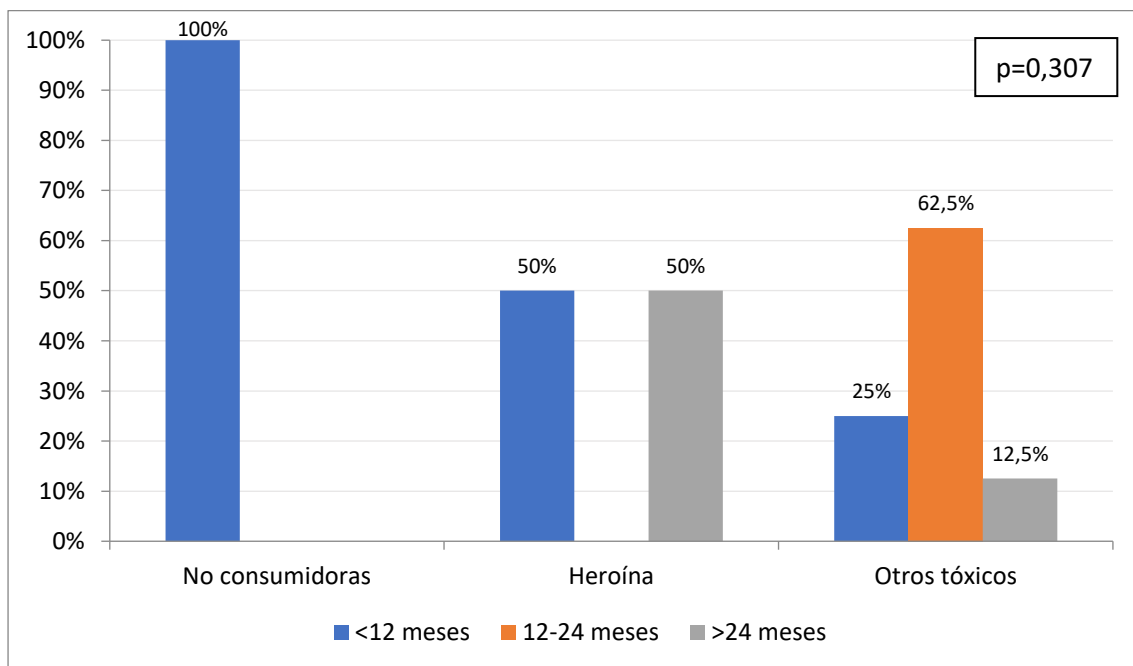
Tampoco hubo diferencias significativas en la edad del cambio de destino en función del destino inicial (madre, centro de acogida, familia extensa, familia de urgencia, familia de acogida o centro maternal), al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos. A continuación, se muestran los datos más significativos (Figuras 99-102).



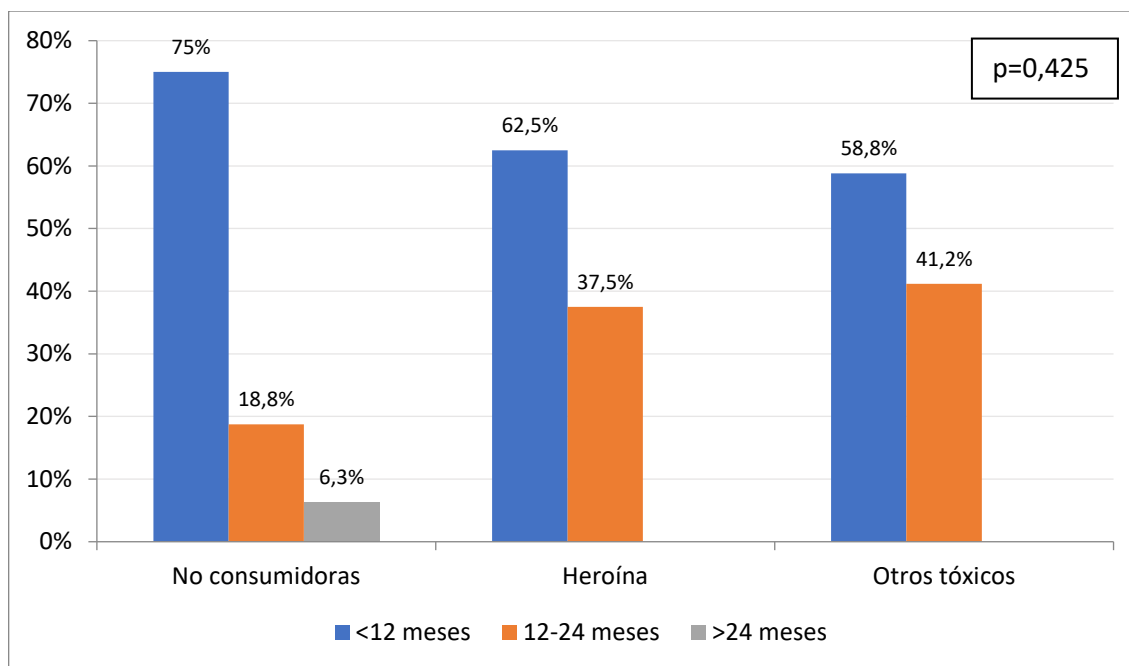
**Figura 99.** Comparativo de la edad del cambio de destino entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, si el destino inicial fue con la madre (n=10).



**Figura 100.** Comparativo de la edad del cambio de destino entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, si el destino inicial fue a centro de acogida (n=23).



**Figura 101.** Comparativo de la edad del cambio de destino entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, si el destino inicial fue con familia extensa (n=11).

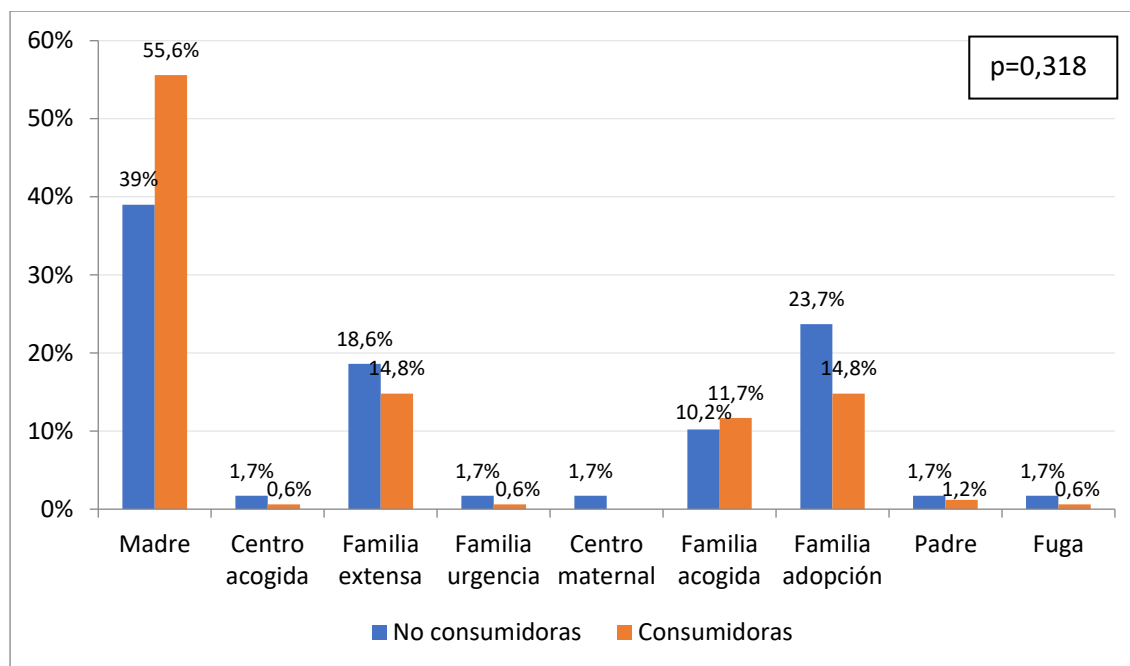


**Figura 102.** Comparativo de la edad del cambio de destino entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, si el destino inicial fue con familia de urgencia (n=49).

#### 4.2.3.5 Destino actual

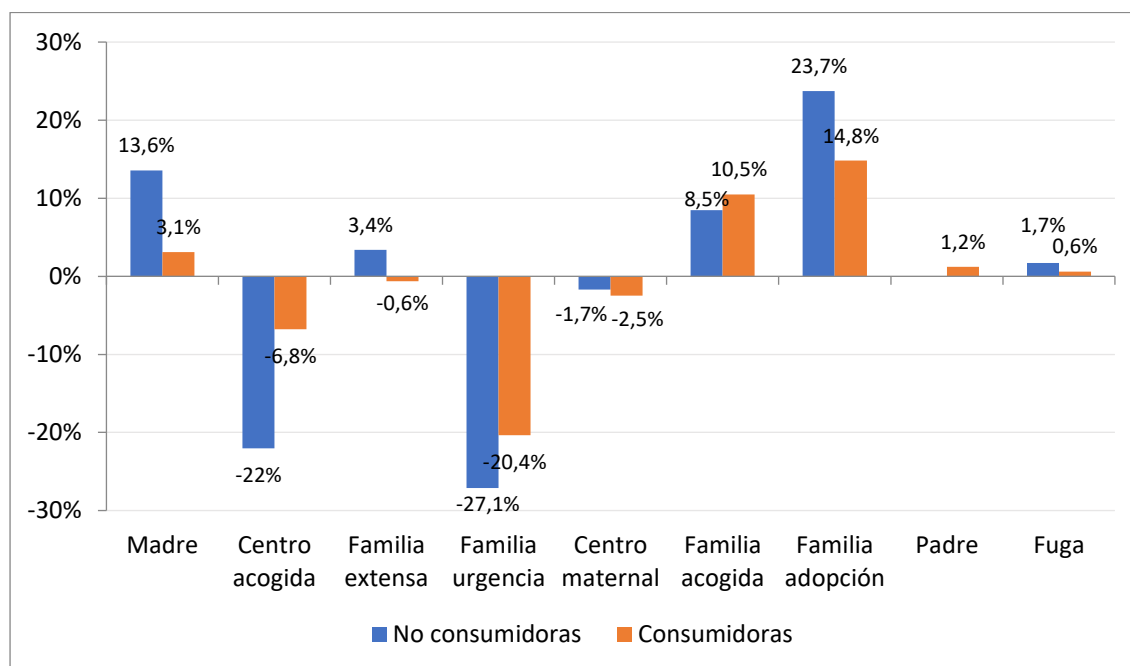
No hubo diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,318$ ). En el grupo de consumidoras había una mayor proporción que estaban con la madre (55,6% por un 39% en no consumidoras), una menor proporción que estaban en un centro de acogida (0,6% por un 1,7% en no consumidoras), un porcentaje superior que estaban en familia extensa (18,6% por un 14,8% en consumidoras), así como en familia de adopción (23,7% por un 14,8% en consumidoras) (Figura 103).





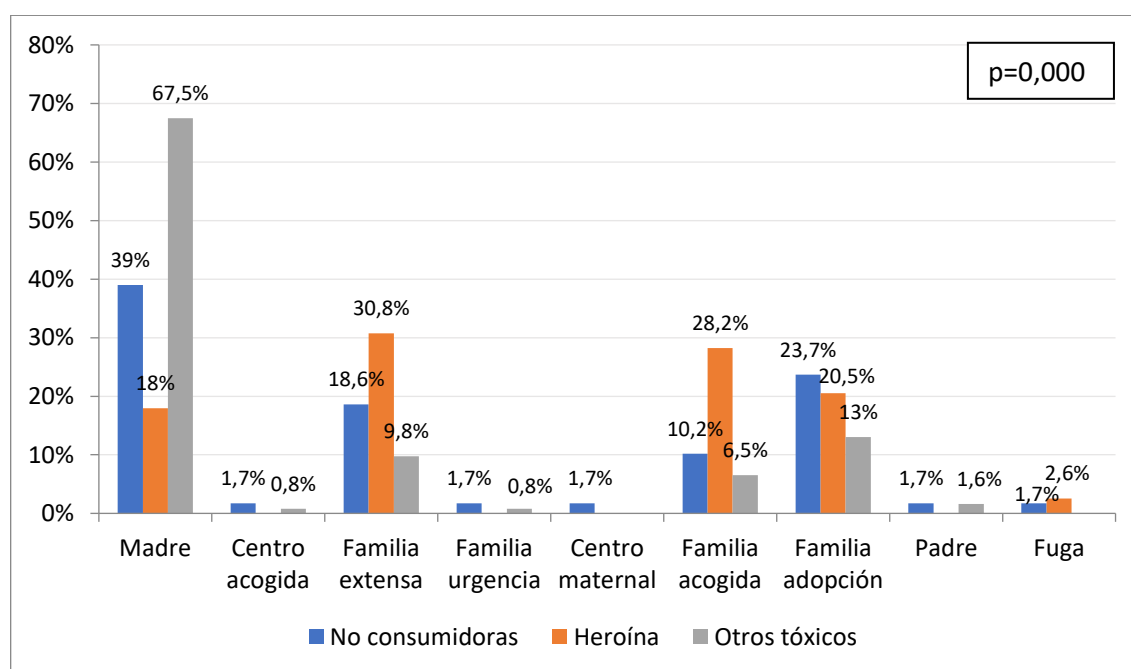
**Figura 103.** Comparativo del destino actual entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

Si se determina la evolución cuantitativa de cada una de las variables entre el destino inicial y el actual, aumenta el porcentaje de los que van con la madre, familia de adopción, familia de acogida, familia extensa (sólo en no consumidoras) y padre. Por el contrario, disminuye el porcentaje que van a centro de acogida, familia de urgencia y centro maternal (Figura 104).



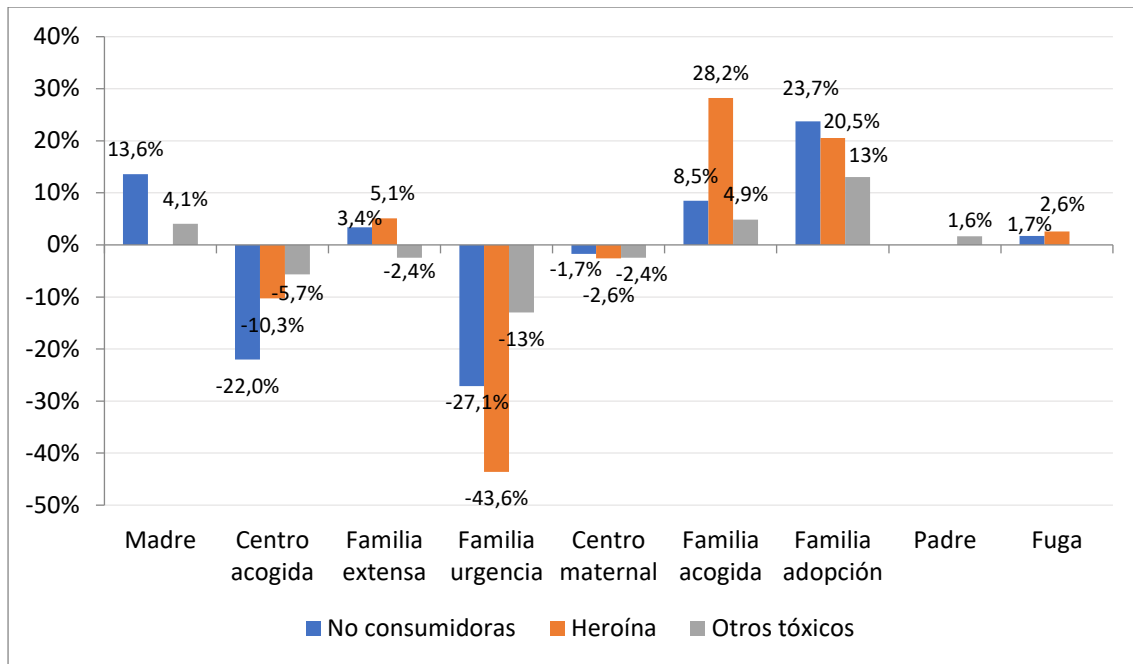
**Figura 104.** Evolución cuantitativa (en %) de cada una de las variables de destino entre el destino inicial y el actual, en las no consumidoras y en las consumidoras.

En cambio, al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, sí hubo diferencias significativas ( $p=0,000$ ), observándose que las segundas tenían la menor proporción con destino actual con la madre (18%) y en ellas predominó el destino en familia extensa (30,8%), familia de acogida (28,2%) y familia de adopción (20,5%). Por otro lado, en el grupo de consumidoras de otros tóxicos predominó el destino actual con la madre (67,5%), mientras que las no consumidoras tenían un perfil intermedio entre los dos grupos anteriores (Figura 105).



**Figura 105.** Comparativo del destino actual entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

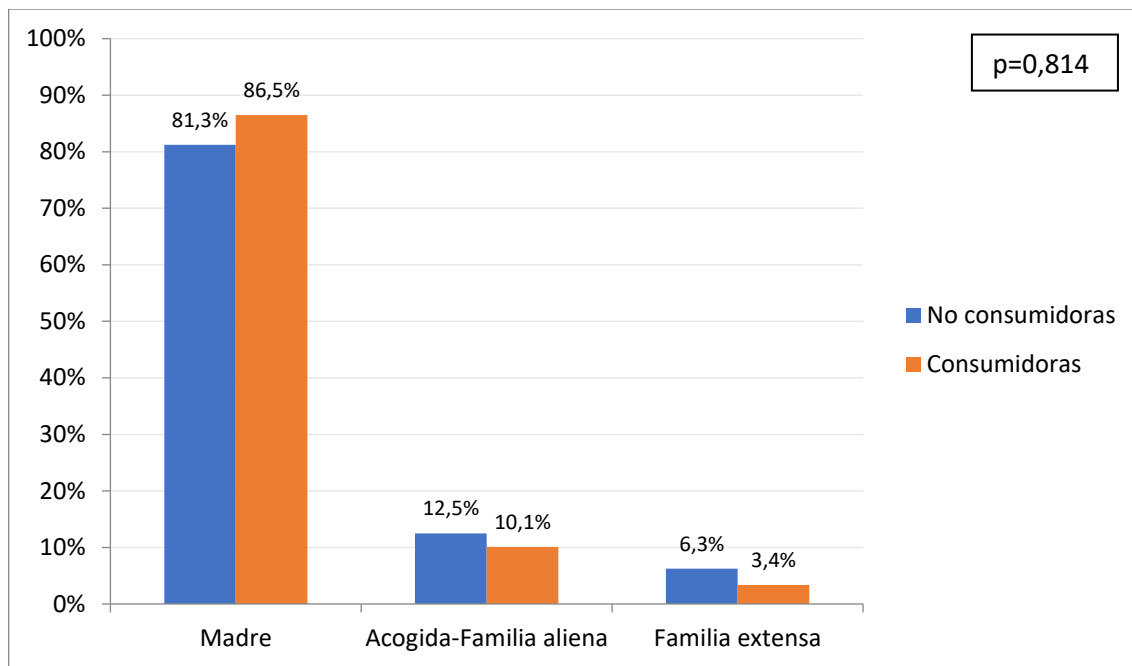
La evolución cuantitativa de cada una de las variables entre el destino inicial y el actual fue similar al descrito con anterioridad (Figura 106).



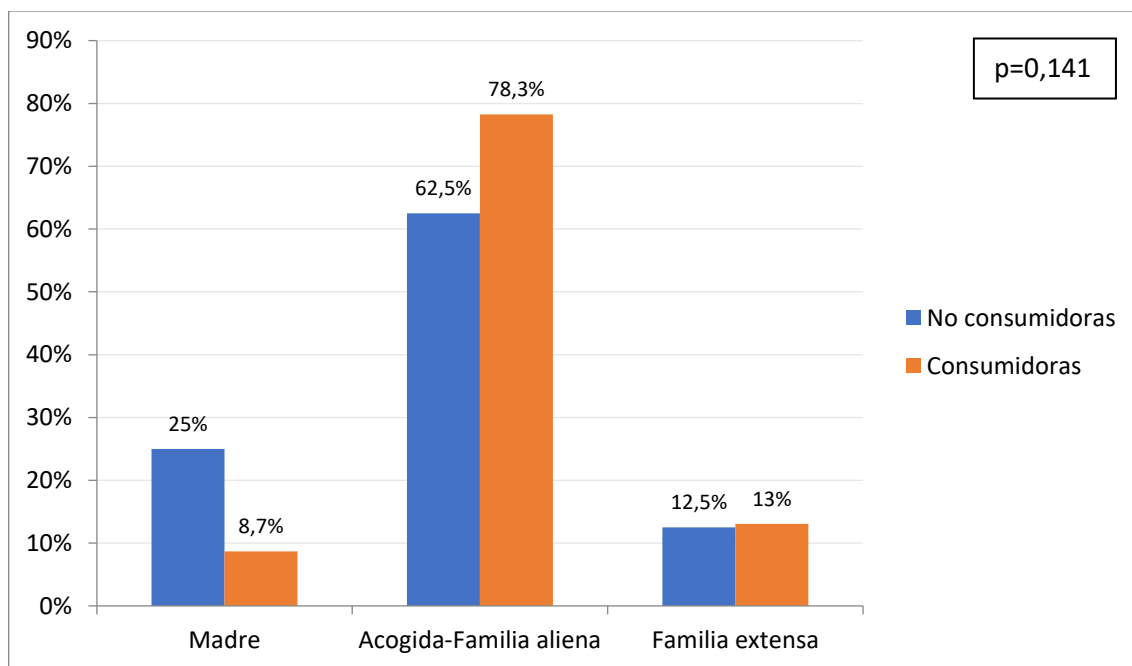
**Figura 106.** Evolución cuantitativa (en %) de cada una de las variables de destino entre el destino inicial y el actual, en las no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

#### 4.2.3.6 Destino actual en función del destino inicial

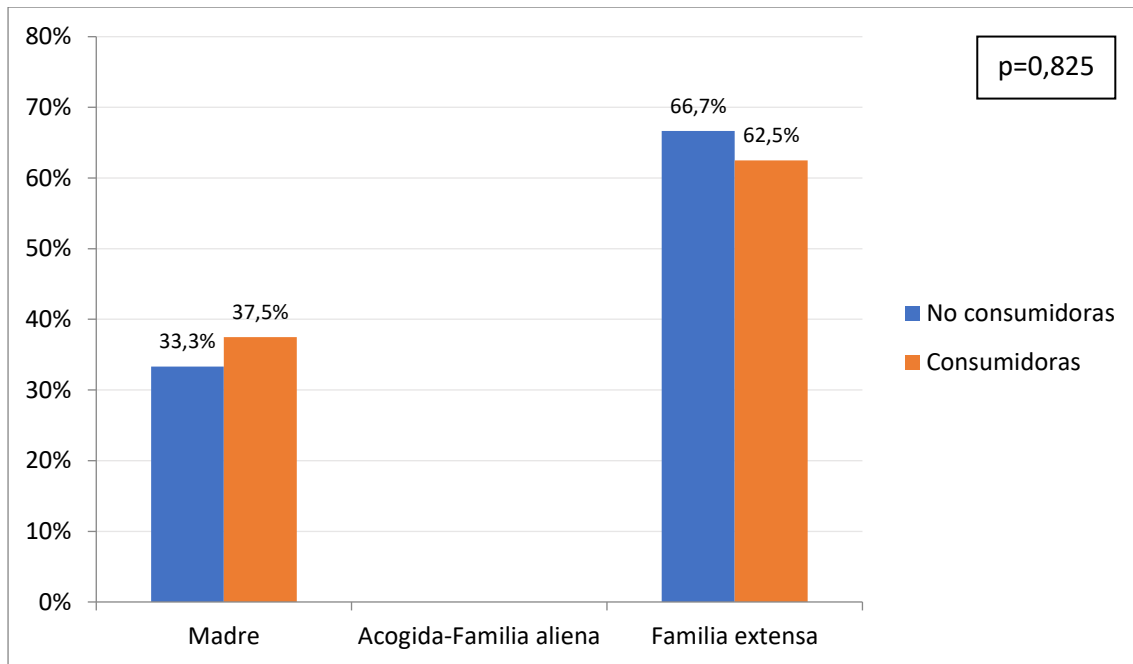
Si se agrupan las variables en madre (incluye a madre y centro maternal con la madre), acogida-familia ajena (incluye centro de acogida, familia de urgencia, familia acogedora y familia de adopción), y familia extensa, no hay diferencias significativas entre las consumidoras y no consumidoras en el destino actual respecto si el destino inicial fue con la madre ( $p=0,814$ ), acogida-familia aliena ( $p=0,141$ ) o familia extensa ( $p=0,825$ ). Estos resultados están representados en las figuras 107-109.



**Figura 107.** Comparativo del destino actual, según destino inicial con la madre, entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.



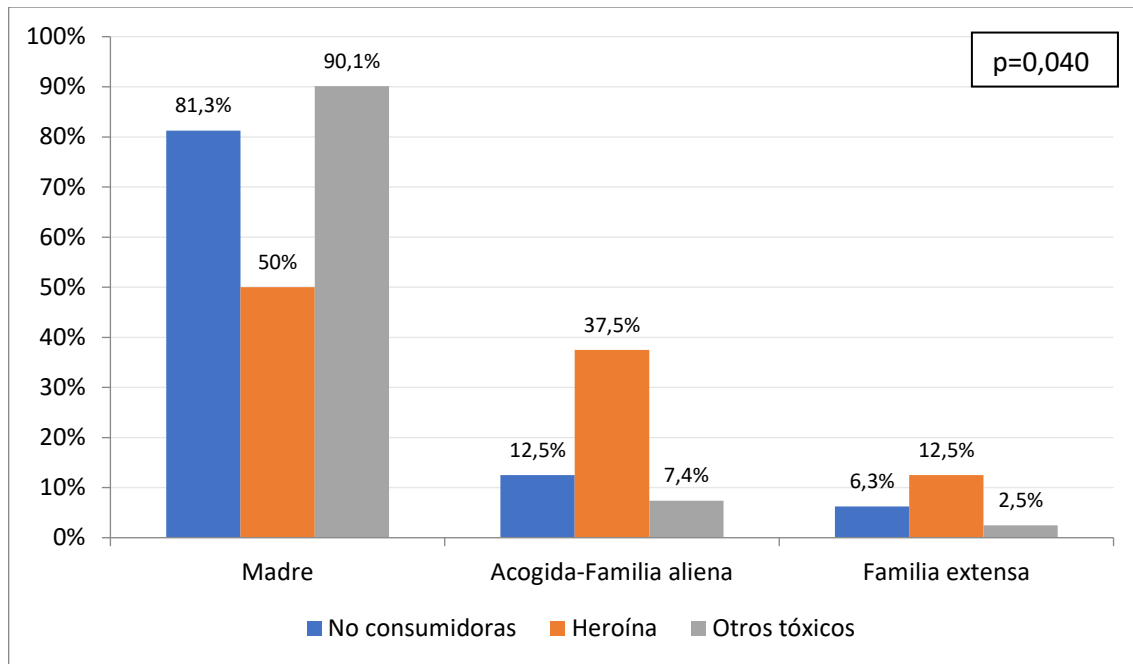
**Figura 108.** Comparativo del destino actual, según destino inicial en acogida-familia aliena, entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.



**Figura 109.** Comparativo del destino actual, según destino inicial en familia extensa, entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

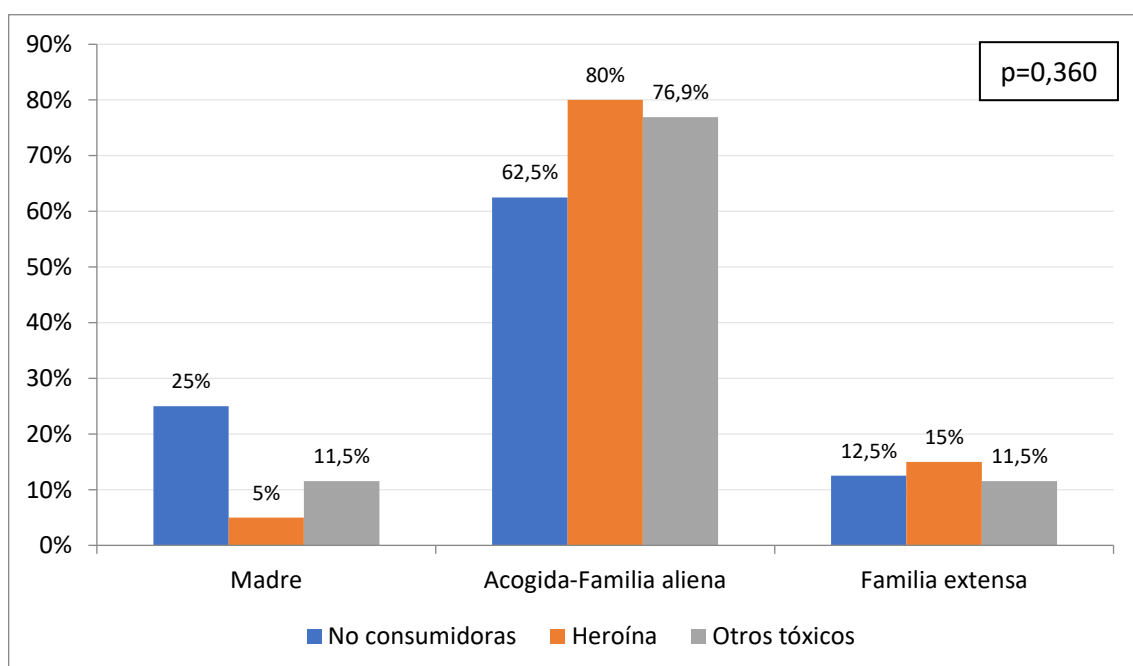
Al comparar el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, sí hubo diferencias significativas en el caso de destino inicial con la madre ( $p=0,040$ ), y no las hubo si el destino inicial fue en acogida-familia aliena ( $p=0,360$ ) o familia extensa ( $p=0,314$ ) (Figuras 110-112).

De los recién nacidos que fueron inicialmente con su madre, destaca que en las consumidoras de heroína tan sólo la mitad permanecían con ella en la actualidad (Figura 110).



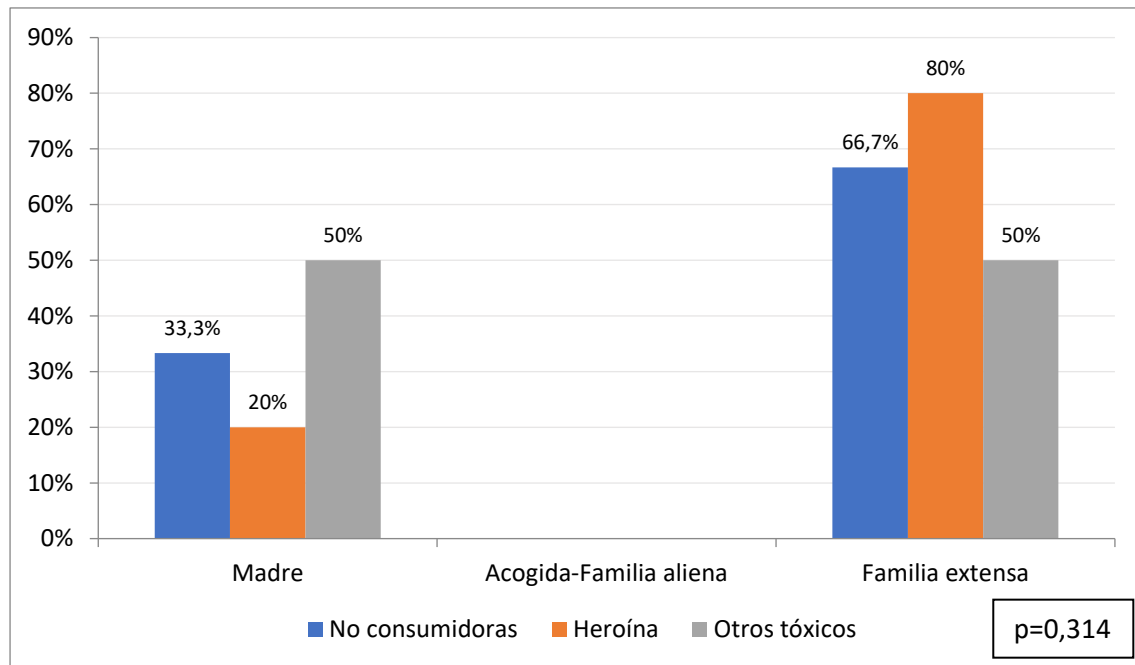
**Figura 110.** Comparativo del destino actual, según destino inicial con la madre, entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

A pesar de no ser significativo, de los que fueron inicialmente a acogida-familia aliena del grupo de no consumidoras, una cuarta parte estaban con la madre actualmente. Esta proporción fue bastante menor en las consumidoras de otros tóxicos, y todavía menor en las consumidoras de heroína (Figura 111).



**Figura 111.** Comparativo del destino actual, según destino inicial en acogida-familia aliena, entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

A pesar de no ser significativo, de los que fueron inicialmente a familia extensa del grupo de consumidoras de otros tóxicos, la mitad estaban con la madre actualmente, siendo la proporción bastante menor en el resto de grupos (Figura 112).



**Figura 112.** Comparativo del destino actual, según destino inicial en familia extensa, entre el grupo de no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos.

A continuación, se resumen los resultados comparativos entre no consumidoras y consumidoras (Tabla 7), así como el comparativo entre no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos (Tabla 8).

**Tabla 7.** Resumen de los resultados comparativos entre no consumidoras y consumidoras, con las características que predominan en cada grupo y las variables sin diferencias.

NO CONSUMIDORAS	CONSUMIDORAS	SIN DIFERENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nacionalidad extranjera</li> <li>- Embarazo no controlado</li> <li>- Violencia de género</li> <li>- Retención de hijos previos</li> <li>- <u>Detección</u>: obstetricia hijos previos retenidos DGAIA largo historial familia/amigos atención mujer Mossos</li> <li>- <u>Destino inicial</u>: centro familia urgencia</li> <li>- Decisión previa nacimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nacionalidad Española</li> <li>- Embarazo controlado</li> <li>- Interrupciones embarazo previas</li> <li>- Apoyo pareja</li> <li>- Apoyo familiar</li> <li>- Enfermedad mental</li> <li>- Antecedentes privación libertad</li> <li>- Prematuridad</li> <li>- Peso, longitud y PC menor</li> <li>- Bajo peso (&lt; 2500 g)</li> <li>- SAD</li> <li>- <u>Detección</u>: neonatología servicios sociales básicos psiquiatría/CAS prisión</li> <li>- <u>Destino inicial</u>: madre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Provincias</li> <li>- Ocupación</li> <li>- Nivel de estudios</li> <li>- Ingresos</li> <li>- Vivienda</li> <li>- Número hijos previos</li> <li>- Embarazo deseado</li> <li>- Deseo interrupción actual</li> <li>- Intervención social previa</li> <li>- Enfermedad infecciosa</li> <li>- Madre tutelada DGAIA</li> <li>- Tipo de parto</li> <li>- Apgar</li> <li>- Destino inicial: familia extensa</li> <li>- Cambio de destino</li> <li>- Edad cambio de destino</li> <li>- Destino actual</li> <li>- Destino actual en función del destino inicial</li> </ul>



**Tabla 8.** Resumen de los resultados comparativos entre no consumidoras, consumidoras de heroína y consumidoras de otros tóxicos, con las características que predominan en cada grupo, las características comunes entre grupos (en color verde y rojo) y las variables sin diferencias.

NO CONSUMIDORAS	HEROÍNA	OTROS TÓXICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nacionalidad extranjera</li> <li>- Embarazo no controlado</li> <li>- &lt; Embarazo deseado</li> <li>- &lt; Apoyo pareja</li> <li>- &lt; Apoyo familiar</li> <li>- Violencia de género</li> <li>- Retención de hijos previos</li> <li>- <u>Detección</u>: obstetricia</li> <li style="padding-left: 20px;">hijos previos retenidos</li> <li style="padding-left: 20px;">DGAIA largo historial familia/amigos</li> <li style="padding-left: 20px;">atención mujer Mossos</li> <li>- <u>Destino inicial</u>: &lt; madre</li> <li style="padding-left: 20px;">&gt; centro</li> <li style="padding-left: 20px;">familia urgencia</li> <li>- <u>Decisión previa nacimiento</u></li> <li>- <u>Cambio de destino</u></li> <li>- <u>Destino actual</u>: &lt; madre</li> <li style="padding-left: 20px;">familia aliena</li> <li style="padding-left: 20px;">familia extensa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nacionalidad Española</b></li> <li>- Edad mayor</li> <li>- Peor vivienda</li> <li>- Embarazo no controlado</li> <li>- &lt; Embarazo deseado</li> <li>- &gt; Interrupciones embarazo previas</li> <li>- &lt; Apoyo pareja</li> <li>- Retención de hijos previos</li> <li>- Enfermedad infecciosa</li> <li>- <b>Enfermedad mental</b></li> <li>- Antecedentes privación libertad</li> <li>- <b>Prematuridad</b></li> <li>- <b>Peso, longitud y PC menor</b></li> <li>- <b>Bajo peso (&lt; 2500 g)</b></li> <li>- SAD</li> <li>- <u>Detección</u>: neonatología</li> <li style="padding-left: 20px;">hijos previos retenidos</li> <li style="padding-left: 20px;">DGAIA largo historial psiquiatría/CAS</li> <li style="padding-left: 20px;">prisión</li> <li>- <u>Destino inicial</u>: &lt;&lt; madre</li> <li style="padding-left: 20px;">&gt; familia urgencia</li> <li style="padding-left: 20px;">familia extensa</li> <li>- <u>Decisión previa nacimiento</u></li> <li>- <u>Cambio de destino</u></li> <li>- <u>Destino actual</u>: &lt;&lt; madre</li> <li style="padding-left: 20px;">familia aliena</li> <li style="padding-left: 20px;">familia extensa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nacionalidad Española</b></li> <li>- Embarazo controlado</li> <li>- &gt; Apoyo pareja</li> <li>- &gt; Apoyo familiar</li> <li>- <b>Enfermedad mental</b></li> <li>- <b>Prematuridad</b></li> <li>- <b>Peso, longitud y PC menor</b></li> <li>- <b>Bajo peso (&lt; 2500 g)</b></li> <li>- <u>Detección</u>: &gt; neonatología obstetricia</li> <li>- <u>Destino inicial</u>: madre</li> <li>- <u>Destino actual</u>: madre</li> </ul>
		SIN DIFERENCIAS
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Provincias</li> <li>- Ocupación</li> <li>- Nivel de estudios</li> <li>- Ingresos</li> <li>- Número hijos previos</li> <li>- Deseo interrupción actual</li> <li>- Intervención social previa</li> <li>- Madre tutelada DGAIA</li> <li>- Tipo de parto</li> <li>- Apgar</li> <li>- Edad cambio de destino</li> </ul>

### 4.3 Análisis bivariante

Se han analizado los datos de las 220 madres y no de los 222 recién nacidos, por lo que en algunas variables las cifras presentadas no coinciden con los datos expuestos con anterioridad. Los resultados, separados por las tres variables seleccionadas han sido:

#### 4.3.1 Control gestacional

Si se agrupan las madres según el control del embarazo (no controlado, poco controlado y controlado), y se compara el tipo de control en función de diferentes variables, las que alcanzan significación estadística son: la nacionalidad, el número de hijos previos, el deseo de embarazo, el soporte paterno, el soporte familiar, la retención de hijos previos, el consumo de tóxicos y el tipo de tóxico (que incluya heroína o no). También tiene significación estadística el tipo de control gestacional en función del destino inicial de los hijos (Tabla 9).

**Tabla 9.** Control gestacional en función de distintas variables y con significación estadística (datos en %).

	p	No control	Poco control	Controlado
<b>NACIONALIDAD</b>	0,000			
Española		28,8	22,6	48,6
Extranjera		61,8	14,5	23,7
<b>NÚMERO HIJOS PREVIOS</b>	0,004			
0		37,4	13,2	49,5
1		33,9	17,7	48,4
2		45,2	35,5	19,4
≥3		52,6	26,3	21,1
<b>EMBARAZO DESEADO</b>	0,000			
No		48,2	21,7	30,1
Sí		16,1	14,3	69,6
<b>SOPORTE PATERNO</b>	0,003			
No		51,4	17,4	31,2
Sí		29,2	22,1	48,7
<b>SOPORTE FAMILIAR</b>	0,000			
No		60,4	19,8	19,8
Sí		26	19,9	54,2
<b>RETENCIÓN PREVIA</b>	0,001			
No		38,3	16,1	45,6
Sí		47,6	35,7	16,7
<b>CONSUMO TÓXICOS</b>	0,000			
No		58,3	21,7	20
Sí		33,3	19,1	47,5
<b>TIPO TÓXICO</b>	0,000			
No heroína		30,1	17,1	52,9
Heroína		43,6	25,6	30,8
<b>DESTINO INICIAL</b>	0,000			
Madre		27,4	19,8	52,8
Acogida-Familia ajena		62,5	21,3	16,3
Familia extensa		26,5	17,7	55,9

En cambio, no tienen significación estadística: la ocupación, el intento de aborto en gestaciones previas o en la actual, los antecedentes de violencia de género, el antecedente de intervención social previa, la enfermedad mental o infecciosa, la madre tutelada por la DGAIA, el antecedente de privación de libertad y la presencia de síndrome de abstinencia neonatal.

Tampoco tiene significación estadística el tipo de control gestacional según quién detecta el caso, ni si la decisión se tomó antes del nacimiento (Tabla 10).

**Tabla 10.** Control gestacional en función de distintas variables y sin significación estadística (datos en %).

	<b>p</b>	<b>No control</b>	<b>Poco control</b>	<b>Controlado</b>
<b>OCUPACIÓN</b>	0,202			
No		39,1	22,5	38,5
Sí		43,4	11,3	45,3
<b>ABORTOS PREVIOS</b>	0,827			
No		40,8	18,9	40,2
Sí		37,7	22,6	39,6
<b>INTENTO ABORTO ACTUAL</b>	0,389			
No		38,7	19,6	41,8
Sí		50	21,4	28,6
<b>VIOLENCIA GÉNERO</b>	0,999			
No		40,1	19,8	40,1
Sí		40	20	40
<b>INTERVENCIÓN SOCIAL</b>	0,140			
No		49,1	11,3	39,6
Sí		37,3	22,5	40,2
<b>ENFERMEDAD MENTAL</b>	0,200			
No		48,4	14,1	37,5
Sí		36,7	22,2	41,1
<b>ENFERMEDAD INFECCIOSA</b>	0,059			
No		37,2	19,9	42,9
Sí		58,1	19,4	22,6
<b>MADRE TUTELA DGAIA</b>	0,666			
No		39,9	20,7	39,4
Sí		41,4	13,8	44,8
<b>PRIVACIÓN LIBERTAD</b>	0,748			
No		39,1	20,4	39,8
Sí		43,8	12,5	43,8
<b>SAD</b>	0,434			
No		41,1	18,4	40,5
Sí		34,4	28,1	37,5
<b>QUIÉN DETECTA</b>	0,137			
Obstetricia		45,6	19,3	35,1
Neonatología		34,6	16,8	48,5
Servicios sociales		48	28	24
Psiquiatría/CAS		33,3	16,7	50
<b>DECISIÓN PREVIA</b>	0,062			
No		38,8	16,5	44,7
Sí		42,9	27,1	30

Si se compara el tipo de control gestacional en función de variables perinatales encontramos que la edad gestacional si alcanza significación estadística (Tabla 11).

**Tabla 11.** Control gestacional en función de la edad gestacional (datos en %).

	<b>p</b>	<b>No control</b>	<b>Poco control</b>	<b>Controlado</b>
<b>EDAD GESTACIONAL</b>	0,000			
<37 semanas		64	14	22
≥37 semanas		31,7	23,7	44,6

#### 4.3.2 Quién detecta el caso

Si se compara quién detecta en función de diferentes variables, alcanzan significación estadística: la nacionalidad, el deseo de embarazo, el soporte paterno, el soporte familiar, el antecedente de violencia de género, retención de hijos previos, intervención social previa, la presencia de enfermedad mental materna, enfermedad infecciosa materna, el consumo materno de tóxicos y el tipo de droga consumida (que incluya heroína o no), el antecedente de madre tutelada por la DGAIA, la decisión previa al nacimiento y el destino inicial (Tabla 12).

**Tabla12.** Quién detecta en función de distintas variables y con significación estadística (datos en %).

	p	Obstetricia	NN	Servicios Sociales	PSQ CAS
<b>NACIONALIDAD</b>	0,006				
Española		19,3	54,3	23,6	2,8
Extranjera		40,5	33,8	22,9	2,7
<b>EMBARAZO DESEADO</b>	0,007				
No		25,8	42,1	28,9	3,1
Sí		29,1	61,8	7,3	1,8
<b>SOPORTE PATERNO</b>	0,000				
No		28,2	30,1	36,9	4,9
Sí		25,1	63,1	10,8	0,9
<b>SOPORTE FAMILIAR</b>	0,000				
No		29,1	26,7	40,7	3,5
Sí		25	60,9	11,7	2,3
<b>VIOLENCIA GÉNERO</b>	0,001				
No		26,3	52,1	18,1	3,5
Sí		27,9	27,9	44,2	0
<b>RETENCIÓN HIJOS</b>	0,000				
No		30,1	53,8	13,3	2,9
Sí		12,2	19,5	65,9	2,4
<b>INTERVENCIÓN SOCIAL</b>	0,000				
No		37,3	58,8	2	2
Sí		23,3	43,6	30,1	3,1
<b>ENFERMEDAD MENTAL</b>	0,026				
No		33,3	54	12,7	0
Sí		23,8	44,4	27,8	4
<b>ENFERMEDAD INFECCIOSA</b>	0,029				
No		26,8	49,7	21,9	1,6
Sí		25,8	32,6	32,3	9,7
<b>CONSUMO TÓXICOS</b>	0,008				
No		35,7	28,6	33,9	1,8
Sí		23,4	53,8	19,6	3,2
<b>TIPO TÓXICO</b>	0,000				
No heroína		24,6	59,8	14,8	0,8
Heroína		19,4	33,3	36,1	11,1
<b>MADRE TUTELA DGAIA</b>	0,036				
No		27,3	49,7	20,9	2,1
Sí		22,2	29,6	40,7	7,4
<b>DECISIÓN PREVIA</b>	0,000				
No		28,2	67,1	3,4	1,3
Sí		23,1	1,5	69,2	6,2
<b>DESTINO INICIAL</b>	0,000				
Madre		28,3	58,5	13,2	0
Acogida-Familia ajena		27,4	28,8	39,7	4,1
Familia extensa		18,2	54,6	21,2	6,1

En cambio, no tienen significación estadística: la ocupación, el número de hijos previos, el control gestacional, el intento de aborto en gestaciones previas o en la actual, la aparición de síndrome de abstinencia neonatal y tampoco el antecedente de privación de libertad (Tabla 13).

**Tabla 13.** Quién detecta en función de distintas variables y sin significación estadística (datos en %).

	<b>p</b>	<b>Obstetricia</b>	<b>NN</b>	<b>Servicios Sociales</b>	<b>PSQ CAS</b>
<b>OCUPACIÓN</b>	0,094				
No		24,7	45,1	26,5	3,7
Sí		32,7	53,9	13,5	0
<b>NÚMERO HIJOS PREVIOS</b>	0,121				
0		32,2	46	17,2	4,6
1		23,7	55,9	20,3	0
2		16,1	41,9	35,5	6,5
≥3		27	40,5	32,4	0
<b>CONTROL GESTACIÓN</b>	0,137				
No		29,9	40,2	27,6	2,3
Poco		25,6	39,5	32,6	2,3
Controlada		23,8	58,3	14,3	3,6
<b>ABORTOS PREVIOS</b>	0,115				
No		28,2	49,7	19,6	2,5
Sí		21,6	39,2	35,3	3,9
<b>INTENTO ABORTO ACTUAL</b>	0,162				
No		26,9	49,5	21	2,7
Sí		25	32,1	39,3	3,6
<b>SAD</b>	0,095				
No		29,1	47,3	21,4	2,2
Sí		12,5	46,9	34,4	6,6
<b>PRIVACIÓN LIBERTAD</b>	0,051				
No		27	47	24	2
Sí		21,4	50	14,3	14,3

#### 4.3.3 Destino inicial

Al comparar el destino inicial en función de diferentes variables, resultan significativas: la nacionalidad, el control gestacional, el deseo de embarazo, el soporte paterno y familiar, la retención de hijos previos, la presencia de enfermedad mental materna, enfermedad infecciosa materna, el consumo materno de tóxicos, el tipo de droga consumida (que incluya heroína o no), quién detecta y si la decisión se tomó antes del nacimiento. El antecedente de privación de libertad casi alcanza significación estadística (Tabla 14).

**Tabla 14.** Destino inicial en función de distintas variables y con significación estadística (datos en %).

	p	Madre	Acogida Familia ajena	Familia extensa
<b>NACIONALIDAD</b>	0,000			
Española		56,2	26	17,8
Extranjera		32,4	56,8	10,8
<b>CONTROL GESTACIÓN</b>	0,000			
No		33	56,8	10,2
Poco		47,7	38,6	13,6
Controlada		63,6	14,8	21,6
<b>EMBARAZO DESEADO</b>	0,000			
No		37,6	47,3	15,2
Sí		80	3,6	16,4
<b>SOPORTE PATERNO</b>	0,000			
No		26,9	54,6	18,5
Sí		68,8	18,8	12,5
<b>SOPORTE FAMILIAR</b>	0,000			
No		23,1	75,8	1,1
Sí		65,9	8,5	25,6
<b>RETENCIÓN HIJOS</b>	0,001			
No		53,9	30,9	15,2
Sí		23,8	59,5	16,7
<b>ENFERMEDAD MENTAL</b>	0,040			
No		60,3	31,8	7,9
Sí		43,3	38,2	18,5
<b>ENFERMEDAD INFECCIOSA</b>	0,027			
No		51,9	33,9	14,3
Sí		25,8	51,6	22,6
<b>CONSUMO TÓXICOS</b>	0,001			
No		29,3	55,2	15,5
Sí		54,9	29,6	15,4
<b>TIPO TÓXICO</b>	0,000			
No heroína		65,9	22	12,2
Heroína		20,5	53,9	25,6
<b>QUIÉN DETECTA</b>	0,000			
Obstetricia		53,6	35,7	10,7
Neonatología		61,4	20,8	17,8
Servicios sociales		28	58	14
Psiquiatría/CAS		0	60	40
<b>DECISIÓN PREVIA</b>	0,000			
No		59,3	25,3	15,3
Sí		24,3	60	15,7
<b>PRIVACIÓN LIBERTAD</b>	0,050			
No		50,5	34,8	14,7
Sí		18,8	56,3	25

En cambio, no tienen significación estadística: la ocupación, el número de hijos previos, el intento de aborto en gestaciones previas o en la actual, el antecedente de violencia de género, de intervención social previa, de madre tutelada por la DGAIA y la aparición de síndrome de abstinencia neonatal (Tabla 15).

**Tabla 15.** Destino inicial en función de distintas variables y sin significación estadística (datos en %).

	<b>p</b>	<b>Madre</b>	<b>Acogida Familia ajena</b>	<b>Familia extensa</b>
<b>OCUPACIÓN</b>	0,370			
No		45,5	38,3	16,2
Sí		56,6	30,2	13,2
<b>NÚMERO HIJOS PREVIOS</b>	0,630			
0		48,3	34,8	16,9
1		54,8	29	16,1
2		38,7	45,2	16,1
≥3		44,7	44,7	10,5
<b>ABORTOS PREVIOS</b>	0,351			
No		50,9	34,7	14,4
Sí		39,6	41,5	18,9
<b>INTENTO ABORTO ACTUAL</b>	0,393			
No		49,7	35,8	14,5
Sí		37	40,7	22,2
<b>VIOLENCIA GÉNERO</b>	0,406			
No		51	34,3	15,4
Sí		40	44,4	15,6
<b>INTERVENCIÓN SOCIAL</b>	0,184			
No		58,8	31,4	9,8
Sí		45	37,9	17,2
<b>MADRE TUTELA DGAIA</b>	0,263			
No		50,3	34,6	15,2
Sí		34,5	48,3	17,2
<b>SAD</b>	0,144			
No		50,5	35,6	13,8
Sí		34,4	40,6	25





## **5. Discusión**



## 5. DISCUSIÓN

Antes de comenzar con la discusión, merece la pena puntualizar alguna de las limitaciones del estudio que pueden influenciar en la interpretación de los datos. Para empezar, la propia naturaleza del diseño del estudio (descriptivo retrospectivo), y la fuente de recogida de los datos (documentos electrónicos basados en informes médicos y sociales de diferentes entidades y no estandarizados), ha dificultado la obtención de datos y la interpretación de las variables. Por otro lado, el diagnóstico y el sistema de registro del maltrato prenatal se basan en unos factores de riesgo (por ejemplo consumo de drogas, sustancias psicotrópicas “sin receta médica”, violencia de género, falta de cuidado del propio cuerpo, entre otros), por lo que en el estudio comparativo entre los dos grupos (consumidoras y no consumidoras), se puede incurrir en un sesgo de selección ya que el valor de alguna de las variables estudiadas puede estar influenciado por el tipo de factor de riesgo seleccionado. Por último, mencionar que los comentarios relacionados con el análisis bivariante están incluidos dentro de la discusión de las diferentes variables.

### 5.1 Variables maternas

#### 5.1.1 Edad

La edad media de las madres (28,1 años) fue inferior a la edad media de las madres en Cataluña en el 2014 (31,7 años) (103). Destacan los 36 casos menores de 21 años, que representan el 16,2% de la muestra, por un 2,5% en Cataluña 2014 (104). Por rangos de edad, las menores de 16 años son 25 veces superiores comparado con las madres de la misma edad en Cataluña 2014, de 16 a 20 años lo son 6 veces, y de 21 a 25 años 2,5 veces, de 26 a 30 son iguales en porcentaje, y a partir de los 30 años son de media 1,6 veces menores.

La baja edad materna constituye un factor de riesgo para el maltrato fetal, ya sea por falta de conciencia de salud, un consumo más elevado de drogas, un embarazo no deseado/planificado o unos recursos económicos limitados (105,106).

El consumo de tóxicos, en general, es más frecuente en población más joven. En la muestra analizada no se encontraron diferencias respecto a la edad entre consumidoras y no consumidoras, seguramente porque la totalidad del grupo era más joven. En cambio, al

analizar por separado según el tipo de droga consumida, las madres consumidoras de heroína tenían una edad media superior, siendo muy poco probable su consumo antes de los 20 años. Estos datos reflejan los obtenidos en el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones del 2017 (con datos del año 2015) (107), en los que la edad media de inicio del consumo de heroína (22,2 años) era superior a la del resto de drogas (menos los hipnosedantes sin receta, 32,5 años): alcohol 16,6 años, cannabis 18,8 años, anfetaminas 20,2 años y cocaína 20,8 años. También traducen el escalado habitual en el consumo de drogas.

### 5.1.2 Nacionalidad

La mayoría de las madres eran de nacionalidad española (66,4%), con un porcentaje algo inferior respecto a los registrados en Cataluña 2014 (74,2%) (108).

Respecto al país de las madres de nacionalidad extranjera, coinciden en los dos más frecuentes con los de Cataluña 2014 (Marruecos y Rumanía), y difieren en los siguientes: en el grupo de maltrato prenatal les siguen Brasil, República Dominicana, Filipinas y Perú; en Cataluña 2014 los siguientes en frecuencia son China, Pakistán, Bolivia, Ecuador e Italia (103).

Respecto al consumo de drogas, éste predominó en las madres de nacionalidad española (consumían el 84,3%, frente al 50% de las madres extranjeras). Esta diferencia fue más marcada en caso de consumir heroína (el 84,2% eran de nacionalidad española, por el 15,8% extranjera). El maltrato prenatal asociado al consumo de tóxicos fue más frecuente en madres de nacionalidad española.

### 5.1.3 Provincia donde se detectó el caso

La distribución por provincias de los casos de maltrato prenatal fue muy similar a la distribución de nacimientos registrados en Cataluña 2014 (109). En primer lugar destaca la provincia de Barcelona (69% de casos, por 73,2% de nacimientos), en segundo y tercer lugar muy parecidos Gerona (13,2% de casos, por tercera en orden de nacimientos con un 10,3%) y Tarragona (11,4% de casos, por segunda en orden de nacimientos con un 10,7%), y por último Lérida (6,4% de casos, por un 5,8% de nacimientos).

Aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas, el perfil de la madre fue diferente según la provincia. En Lérida hubo menos casos de madres consumidoras que en el resto. Entre Barcelona y Tarragona se concentraron la mayoría de casos de consumidoras de heroína. En Tarragona destacó un consumo similar de heroína y otros tóxicos, mientras en Gerona predominó el consumo de otros tóxicos (siendo el consumo de heroína testimonial), y en Barcelona hubo un mayor consumo de otros tóxicos que de heroína. El hecho de que el perfil sea distinto según el territorio podría hacernos pensar en adaptar las necesidades de cada provincia para atender los casos de manera diferente.

#### 5.1.4 Determinantes sociales de la salud: ocupación, ingresos, nivel de estudios, vivienda

Al intentar analizar los determinantes sociales de la salud en el grupo, han surgido algunas de las limitaciones que se mencionan para su análisis, como son: la ausencia de información en los registros, la falta de unanimidad de criterio en las variables registradas, la dificultad en obtener la información necesaria de un indicador para categorizarlo tal como aparece en estudios poblacionales y poder comparar los resultados (95).

Dentro del marco teórico de los determinantes sociales de la salud, la ocupación es una variable que se ha utilizado para categorizar a la población en una clase social. La tasa de empleo en Cataluña en mujeres de 16-64 años, entre los años 2011-2014, osciló entre el 54,7% y el 59,7% (110), en mujeres de 16 a 44 años, en 2014, fue del 60,1% (111), mientras que en nuestra muestra la cifra de desempleo fue superior (75,9%), sin haber diferencias entre madres consumidoras y no consumidoras. Pese a que tampoco hubo diferencias significativas al dividir las entre consumidoras de heroína y de otros tóxicos, en las primeras se observó la tasa de desempleo más elevada (84,2%).

No se ha podido categorizar al grupo en las diferentes clases sociales, entre otros motivos porque el nivel de ocupación es bajo, y en las que trabajan es difícil asignar su clase social según la clasificación del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología (112), utilizada en encuestas poblacionales como la de Cataluña 2014 (111), ya que resulta complejo asignar el trabajo realizado a un grupo concreto sin una herramienta objetiva, incluso utilizando la clasificación nacional de ocupaciones (CON-11) (113).

Entre las otras variables utilizadas para analizar los determinantes sociales de la salud (nivel de estudios e ingresos), tampoco hubo diferencias entre consumidoras y no consumidoras. A pesar de los pocos datos disponibles referente al nivel de estudios y a los ingresos mensuales, destaca el bajo nivel de estudios respecto a la población femenina de 15 a 44 años de Cataluña 2014 (111), ya que en el grupo analizado el 45,5% tenía estudios de secundaria (la mitad de ellos sin finalizar porque los estaba cursando o por abandono) versus un 62,8% a nivel poblacional, y el 4,6% tenía estudios universitarios por el 29,6% poblacional. También resaltar que de las que tenían ingresos, en el 68,2% provenían de subsidios y en el 72,7% eran menores a 500 euros mensuales.

Referente a la vivienda, casi la mitad vivían en casa de alguien sin pagar nada a cambio, y del resto el 36,3% alquilaban un piso o una habitación, y en ocasiones no podían hacer frente a los gastos. En este caso sí se observaron diferencias, siendo las madres consumidoras de otros tóxicos las que vivían en mejores condiciones respecto al resto. El grupo más desfavorecido fueron las madres consumidoras de heroína (el 86,3% no pagaba por la vivienda, y el 22,7% se incluía dentro de la ocupación de vivienda deshabitada, vivir en la calle o en una barraca), seguido por el grupo de las no consumidoras (el 63,6% no pagaba por la vivienda, y el 15,9% se incluía en las categorías descritas anteriormente).

Con los datos disponibles, se puede observar las dificultades socioeconómicas del conjunto del grupo, que pueden haber influenciado en los resultados obtenidos comparados con el resto de la población general. En Cataluña 2014 la población femenina de 15-44 años de clase social baja era del 22% mientras que la clase media era un 54,6% (111); nuestro grupo parece más desfavorecido. Una distribución desigual de los determinantes sociales de la salud en la población, ya sea por factores políticos o socio-económicos, puede generar desigualdades en salud injustas y evitables.

#### 5.1.5 Número de hijos previos

Teniendo en cuenta que el 41,4% del grupo no tenía hijos previos, el número de hijos medio por mujer calculado de todo el grupo era de 1,06, discretamente inferior al 1,37 registrado en Cataluña 2014 (103). Este valor puede estar influenciado por los elevados índices de interrupciones del embarazo previas, así como el hecho de no encontrar diferencias en el número de hijos previos según el consumo de tóxicos. Las madres consumidoras tenían significativamente más interrupciones de embarazo previas (casi el doble respecto a las no

consumidoras), siendo las consumidoras de heroína las que tenían mayores tasas (el doble respecto a las consumidoras de otros tóxicos y un poco más del triple respecto a las no consumidoras).

#### 5.1.6 Control gestacional

A pesar de que hay poco consenso en la literatura respecto a lo que se puede considerar un correcto control gestacional, en este estudio se ha seguido el protocolo de visitas del embarazo de la Generalitat de Cataluña (100). Destaca que el 60% de las gestaciones fueron poco o nada controladas, sobre todo si se compara con un estudio realizado en Barcelona en el año 2013 donde el 98,6% de las gestantes realizaron al menos 6 visitas al especialista de obstetricia y se pueden catalogar de bien controladas (114).

La ausencia de control es, en sí mismo, un indicador de riesgo y motivo de denuncia de maltrato prenatal. Estaría incluido en el concepto de “falta de cuidado del propio cuerpo”, que puede poner en peligro el bienestar fetal, así como puede impedir la detección de alteraciones maternas y/o fetales que requieren un manejo específico. Tuvo una fuerte asociación con el destino inicial de los recién nacidos tras el nacimiento, siendo casi el doble la permanencia con la madre si hubo un control adecuado respecto si no hubo control (52,8% vs 27,4%). Además, en el análisis bivariante se objetiva que un control gestacional correcto predomina significativamente en las madres de nacionalidad española, sin hijos previos o con 1 hijo previo, con un embarazo deseado y con soporte de la pareja y la familia. El control gestacional en madres de nacionalidad extranjera puede verse dificultado por desconocimiento del sistema sanitario, diferentes prácticas sanitarias en el país de origen que se mantienen en el país de acogida y barrera idiomática, entre otros (115). Destaca en este grupo de maltrato prenatal, que las madres que consumen tóxicos tienen más control gestacional que las no consumidoras, incluso las consumidoras de heroína se controlan más que las no consumidoras (pero menos que las consumidoras de otros tóxicos). Esto último se puede deber a un sesgo de selección, ya que en el grupo de no consumidoras prevalecen los indicadores de riesgo de índole más social. En cambio, entre las variables en las que el control gestacional no influyó significativamente destaca quién detecta el caso (se comenta más adelante en el apartado “quién detecta”).



### 5.1.7 Embarazo deseado e interrupciones del embarazo previas

En el 74,5% el embarazo era no deseado, factor que puede haber influenciado en la falta de control y cuidados adecuados del embarazo. Destacan unos porcentajes mayores y similares en las no consumidoras y en las consumidoras de heroína (alrededor del 85%). Estas cifras son bastante más superiores comparado con un estudio realizado en Barcelona en 2013 (116), donde la prevalencia global de embarazos no planificados fue del 48%, que engloba el 32% de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en mujeres en edad fértil y el 16% de nacimientos cuyas madres declaran que era no deseado.

La tasa global de IVE por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años residentes en Cataluña 2014 fue de 12,5, teniendo en cuenta que en el 88,7% la causa fue a petición de la mujer (sin riesgo para la salud de madre o feto) (116). Los antecedentes de IVE parecen muy superiores a los índices poblacionales, estimando una tasa de IVE de 241 por cada 1000, a pesar de que no todos se produjeron en el mismo año. Las madres consumidoras tenían más antecedentes de IVE (especialmente si consumían heroína), ya sea porque generalmente se asocia el consumo de drogas con embarazos no planificados (117) o por ser consecuencia de una complicación derivada del consumo.

Una adecuada educación poblacional en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, así como en la planificación familiar, podría mejorar estas cifras. Esta educación debería tener lugar en edades relativamente tempranas para ser eficaz como medida preventiva y, a poder ser, en el ámbito educativo obligatorio para poder abarcar la máxima población posible, teniendo en cuenta que la mayoría de embarazos en menores de 20 años (73%) son no planificados y acaban en interrupción legal (114).

### 5.1.8 Deseo de interrupción de la gestación actual

A pesar de los elevados índices de embarazo no deseado y de antecedentes de IVE previas, tan sólo un 12% había manifestado haber deseado interrumpir la gestación actual. Esto hace que la situación de riesgo de maltrato prenatal siga ejerciendo su efecto y pueda perjudicar el desarrollo del futuro recién nacido, en especial cuando el maltrato es por consumo de tóxicos. Aunque no fue significativo, las madres no consumidoras y las consumidoras de heroína manifestaron un mayor deseo de interrupción del embarazo, siendo el doble respecto a las consumidoras de otros tóxicos.

### 5.1.9 Apoyo de la pareja y apoyo familiar

Llama la atención los altos porcentajes de falta de apoyo de la pareja y familia en todo el grupo. Las madres consumidoras de otros tóxicos contaron con más apoyo, tanto de su pareja como familiar. En cambio, las madres que consumían heroína tenían cifras de apoyo de la pareja/familia parecidas al grupo de no consumidoras, lo que puede traducir una mayor repercusión negativa en la esfera social. Por otro lado, esta diferencia puede deberse a un sesgo de selección ya que, por ejemplo, en las madres no consumidoras había mayores índices de violencia de género y por ese motivo podían contar con menos apoyo de su pareja, así como predominaban las madres extranjeras que podían estar lejos de su familia. El hecho de contar con un entorno social próximo favorable puede facilitar el control gestacional, el cuidado adecuado de la embarazada y, en su caso, la detección precoz de factores de riesgo que puedan afectar negativamente a la madre y/o a su hijo.

### 5.1.10 Violencia de género

La violencia de género hacia la gestante fue diez veces superior que la manifestada en los últimos 12 meses en mujeres residentes en España en una macroencuesta realizada entre septiembre y noviembre del 2014 (118) (20,5% versus 1,9%), y se considera *per se* un motivo de maltrato prenatal y de desamparo según la ley 14/2010 del 27 de mayo (6). Puede haber un sesgo de selección ya que la violencia de género es uno de los factores de riesgo definitorios de maltrato prenatal. Las cifras son muy elevadas en todos los grupos analizados, pero sobresalen en las no consumidoras (casi un tercio del grupo), siendo el doble respecto a las consumidoras, éstas últimas con valores similares según si consumen heroína u otros tóxicos.

### 5.1.11 Retención de hijos previos

El antecedente de tener hijos previos retenidos es un indicador de riesgo y hay que asegurar que, en el momento actual, no hay factores de riesgo de maltrato prenatal o de incapacidad de las funciones parentales. Un tercio de los casos tenía hijos previos retenidos, por lo que no ha sido posible actuar sobre la problemática familiar de manera eficaz. Cuando hay una retención de un hijo se realiza un estudio de la situación y se plantea un plan de trabajo con la familia, todo ello con la finalidad de resolver los factores de riesgo y normalizar la situación. Las consumidoras de otros tóxicos fueron las que tuvieron menos antecedentes

de hijos previos retenidos (15,7%). En cambio, en el grupo de no consumidoras, casi la mitad tenía hijos previos retenidos, siendo la proporción todavía mayor (60,9%) en las consumidoras de heroína. Esto puede deberse a que en estos dos grupos exista una mayor desestructuración social y familiar, o mayor incapacidad parental.

#### 5.1.12 Intervención social previa

En el 76% de los casos había antecedentes de intervención social previa, sin haber diferencias significativas entre consumidoras y no consumidoras, aunque se observaron mayores tasas en consumidoras de heroína, seguidas por las consumidoras de otros tóxicos y por último las no consumidoras. En global predominan las familias desfavorecidas con problemática económica y que acuden a los servicios sociales para solicitar ayudas. Además, hay que añadir los casos ya conocidos por antecedentes de retenciones previas, los casos de madre tutelada por la DGAIA, o los casos de discapacidad intelectual que solicitan subsidios. Según cada caso y el grado de colaboración, los servicios sociales pueden trabajar con la familia para intentar mejorar su situación. A pesar de los elevados porcentajes de contacto con los servicios sociales, sólo una cuarta parte de los casos fueron detectados por servicios sociales en su conjunto. Esto se puede explicar porque, o bien la intervención social se produjo antes del embarazo, o porque la familia no esté localizable en el seguimiento social. Es muy importante el trabajo de proximidad para hacer seguimiento de los casos, intentar realizar medidas de mejora y detectar-notificar precozmente situaciones de riesgo de maltrato prenatal para evitar daños mayores.

#### 5.1.13 Enfermedades infecciosas

La prevalencia de VIH en madres de recién nacidos vivos en España según un estudio en el 2008 se estima del 1,41‰ (119), mientras que en nuestro grupo fue del 50‰ (11 casos en 220 mujeres). También fue muy superior la prevalencia de VHC (8,6%) respecto a las embarazadas de la población general (en torno al 1% según las fuentes consultadas) (120)(121). La tasa de coinfección VIH-VHC (% de VHC entre las madres infectadas por VIH) fue del 36,4%, mientras que a nivel poblacional se estima en torno al 20-25% (122,123). No hubo diferencias significativas entre no consumidoras y consumidoras, pero sí las hubo entre consumidoras de heroína y el resto.

No hubo ningún caso con infección crónica por VHB (entendida como HBs Ag positivo y Ac anti-HBc positivo). Se detectaron 2 casos de infección natural por VHB (HBs Ag negativo y Ac anti-HBc positivo), que representaron el 0,9% del grupo, ambos en el grupo de consumidoras (1 consumidora de heroína, 1 de otros tóxicos). La prevalencia del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBs Ag) en mujeres embarazadas en Cataluña bajó del 1,2% en la era prevacunación (se empezó la vacunación en los años 90 del pasado siglo), al 0,1% actual (124). La prevalencia del anticuerpo antiHBc en mujeres embarazadas se sitúa en el 5%. En el grupo analizado la prevalencia de infección por VHB fue menor a la esperada, a pesar de tener alguno de los factores asociados a los grupos de riesgo como son: usuarios de drogas parenterales e inmigración (mayor prevalencia mundial en Asia oriental y África subsahariana) (125,126).

Las tasas elevadas de infección por VIH se dieron tanto en no consumidoras como en consumidoras, pero fueron más altas en las consumidoras de heroína (79‰), seguidas por las no consumidoras (67‰) y por último las consumidoras de otros tóxicos (33‰).

En referencia a la infección por VHC, aunque en las no consumidoras también se detectaron tasas más elevadas respecto a los índices poblacionales (3,3%) y similares a las consumidoras de otros tóxicos (2,5%), las cifras se dispararon en las consumidoras de heroína (36,8%), como era de esperar.

En las no consumidoras y en las consumidoras de otros tóxicos, la tasa de coinfección VIH-VHC fue similar a la poblacional (25% ambas), mientras en las consumidoras de heroína ascendió al 66,7%.

Las tasas elevadas de estas infecciones fueron mayores en las gestantes que consumían heroína (sola o con otras drogas). Comparado con datos de un estudio realizado en gestantes consumidoras entre 2002-2008 (Ortigosa *et al*, 2011) (127), en nuestro grupo de consumidoras hay cifras menores de infección por VIH y VHC (encontraron un 9,7% con VIH y un 19,4% con VHC, por el 4,4% y 10,6% de nuestro grupo, respectivamente; mientras que en consumidoras de opiáceos, encontraron un 25% con VIH y un 50% con VHC, respecto al 7,9% y 36,8% del grupo de maltrato prenatal), y una mayor coinfección VIH-VHC (22,5% versus 42,9% de nuestro grupo). La asociación entre consumo de drogas e infecciones transmisibles, en particular si se consume por vía parenteral, pone en mayor peligro la salud del feto en desarrollo. Destaca en el grupo analizado unas tasas de infección por VIH y VHC superiores en no consumidoras respecto a las consumidoras de drogas

diferentes a heroína. Otros factores a tener en cuenta son las conductas sexuales de riesgo o la convivencia con una pareja infectada.

#### 5.1.14 Enfermedades mentales

Un alto porcentaje del grupo tenía enfermedades mentales, siendo el trastorno por consumo de tóxicos el más observado. En el grupo de consumidoras, algo más de la mitad de los trastornos mentales son debidos al trastorno por consumo de tóxicos aislado (este diagnóstico supone dos terceras partes en las consumidoras de heroína con trastorno mental, y casi la mitad en el caso de consumidoras de otros tóxicos). Aun excluyéndolos del análisis, las madres consumidoras tenían casi el doble de patología mental que las no consumidoras. Destacar que todas las consumidoras de heroína tenían trastorno mental.

Los datos encontrados concuerdan con la asociación entre trastorno mental y consumo de tóxicos, incluida en el término de patología dual, que además lleva asociado otros fenómenos que acaban en la exclusión social, como un alto nivel de impulsividad, agresividad y violencia, no respeto de normas, marginalidad, desorden en las rutinas de convivencia y hábitat. Esta comorbilidad afecta de forma particular a los grupos más vulnerables, como son la población más joven, minorías étnicas, población con dificultades económicas y de vivienda, encarcelados, trabajadoras sexuales, entre otros (128). En el grupo analizado se dan muchas de estas circunstancias.

Esta asociación entre trastorno mental y consumo de tóxicos puede ocurrir de forma concomitante o sucesiva en el tiempo, y puede o no tener una relación de causalidad. Los efectos del consumo de tóxicos, o su abstinencia, pueden precipitar o exacerbar una patología psiquiátrica subyacente. También a la inversa, una patología mental puede propiciar el consumo de drogas (por ejemplo, en busca de alivio sintomático de la patología de base). Incluso ambos trastornos pueden ser causados por factores comunes, como déficits cerebrales, susceptibilidad genética o exposición temprana a un evento traumático o de estrés. El tipo de comorbilidad mental varía según el tipo de droga, el patrón de consumo y las características individuales pero, de forma generalizada, entre los consumidores de drogas predominan los trastornos del eje I y II del DSM-IV, como son ansiedad, depresión, trastornos de personalidad (incluido el trastorno antisocial), de comportamiento (incluido el trastorno por déficit de atención e hiperactividad), y psicosis (esquizofrenia y trastornos delirantes) (129). En el grupo de maltrato prenatal un 23% de

los casos presentaba trastorno mental y trastorno por consumo de drogas. Si bien existen estadísticas al respecto, los estudios difieren en la población estudiada (población general, grupo específico como usuarios de drogas, enfermos mentales o población penitenciaria), y en los instrumentos diagnósticos utilizados, por lo que los resultados no son comparables, pero las cifras de prevalencia oscilan entre el 4% de la población adulta en Estados Unidos (estudio del 2012), 43-120 individuos por cada 100.000 en un estudio de varios países europeos (2009), o del 14-54% en un estudio europeo de consumidores de drogas que entran en programa de tratamiento (2011) (129).

#### 5.1.15 Consumo de tóxicos durante la gestación

El consumo de tóxicos en mujeres embarazadas suele ser muy inferior al de la población general. A pesar de la escasez de datos en la literatura, en un estudio realizado en Estados Unidos (130) se objetivó que el 5,4% de las gestantes consumían drogas ilícitas, mientras que mujeres del mismo grupo de edad no embarazadas lo hacían en el 11,4%. En un estudio en nuestro medio realizado entre 2002-2008 (Ortigosa *et al*, 2011) (127), el 1,5% de los recién nacidos eran hijos de madre consumidora. En nuestro grupo esta cifra se dispara, el 72,7% de las gestantes consumió algún tipo de droga, siendo las más frecuentes: cannabis (44,5% del grupo), cocaína (39,1%) y heroína (17,2%). En España, en el estudio EDADES del 2013 (131) se detectó un consumo poblacional en mujeres en los últimos 12 meses del 5,4% para cannabis, 1% para cocaína y 0% para heroína. El perfil de drogas consumidas difiere respecto al consumido en mujeres de la población general, en las que predomina el alcohol (73,4%), los hipnosedantes (17,3%) y el cannabis (5,4%) (131). El 15% de consumo de alcohol encontrado en el grupo se puede deber a un mayor conocimiento y difusión de los posibles efectos adversos de su consumo durante la gestación, o puede ser menor al consumo real debido al no reporte y a que no se suele solicitar su detección en una muestra biológica fuera de una intoxicación aguda.

Las cifras tan elevadas de consumo de tóxicos en el grupo analizado, a pesar del sesgo de selección por ser un factor de riesgo de maltrato prenatal, denotan la importancia de la detección del consumo entre las gestantes y evitar o minimizar sus repercusiones en el feto.

Las características que destacaron significativamente en el grupo de consumidoras respecto a las no consumidoras fueron: la mayoría eran de nacionalidad española, tuvieron cifras más altas de embarazo controlado, apoyo de la pareja y familiar (excepto en las

consumidoras de opiáceos, con cifras parecidas al grupo de no consumidoras con menor apoyo), antecedentes de IVE, enfermedades infecciosas de transmisión vertical y privación de libertad en las consumidoras de heroína, enfermedad mental, prematuridad y menor peso al nacimiento, SAD, detección por neonatología, servicios sociales básicos, psiquiatría/CAS y prisión, y destino inicial con la madre.

Por último, resaltar que en las no consumidoras y en las consumidoras de heroína se observaron unas características comunes, y diferentes a las consumidoras de otros tóxicos, que traducen unas peores condiciones sociales y mayor desestructuración familiar: embarazo no deseado, no control gestacional, deseo de interrupción de la gestación actual, menor soporte de la pareja, mayor retención de hijos previos, mayor detección por servicios sociales (en especial, por hijos previos retenidos o DGAIA por largo historial), mayor decisión del destino del recién nacido previa al nacimiento, y un mayor porcentaje de niños cuya custodia final no fue a cargo de su madre natural.

#### 5.1.16 Antecedentes de madre tutelada por la DGAIA

El antecedente de madre tutelada por la DGAIA fue más frecuente en madres consumidoras, y de ellas, en las consumidoras de heroína respecto al grupo de no consumidoras. Destacar que entre las madres tuteladas había un alto índice de consumo de tóxicos (86%), superior incluso al del grupo en general, siendo el perfil de drogas consumidas similar: predominó el consumo de cannabis (65,5%), seguido de cocaína (51,7%), heroína (31%) y metadona (24,1%), mientras en la totalidad del grupo fue cannabis (44,5%), cocaína (39,1%) y heroína (17,2%). También predominó el policonsumo (67,3% de las consumidoras, por un 55,6% en la totalidad del grupo).

Puede que el perfil de población tutelada por la DGAIA (con problemas delictivos, procedentes de familias desestructuradas con falta de capacidades parentales, con antecedentes de malos tratos o institucionalizados largos periodos), tenga unas características de vulnerabilidad que haga proclive el consumo de tóxicos. En una encuesta realizada en tutores de adolescentes de 15 a 17 años tutelados por la DGAIA (728 adolescentes, 50% mujeres), referente al consumo de drogas (tabaco, alcohol y cannabis), el 46,1% de las mujeres habían consumido cannabis: el 19,7% habitualmente y el 26,4% de forma ocasional (132). En las mujeres de nuestro grupo con antecedentes de tutela por la DGAIA, el 65,5% consumían cannabis.

El hecho de que madres que han sido tuteladas por la administración, o todavía lo están, cometan maltrato prenatal, sugiere que se pueden realizar actuaciones para mejorar esta situación.

#### 5.1.17 Antecedentes de privación de libertad

En el grupo analizado se ha encontrado una asociación entre privación de libertad y consumo de tóxicos (el 93,8% consumían tóxicos), predominando el consumo de heroína (56,3%). Al tratarse de un grupo muy seleccionado (madres que comenten maltrato prenatal y con privación de libertad), las cifras de consumo son superiores a las encontradas en una encuesta realizada en el Centro Penitenciario de Can Brians 1 (participaron 178 reclusos, 68 mujeres y 110 hombres), con un consumo de drogas en los últimos 6 meses en el 75% del total (71% en mujeres), siendo la sustancia predominante en la adicción la heroína (48%) (133).

## 5.2 Variables perinatales

### 5.2.1 Tipo de parto

La vía de finalización del parto fue similar a la de los hospitales públicos de Catalunya en 2014, sin haber diferencias entre consumidoras y no consumidoras. Hubo un 23,5% de cesáreas y un 64,7% de partos eutócicos, mientras que en el global de los hospitales públicos fueron un 24,9% y 62,7%, respectivamente (134).

### 5.2.2 Edad gestacional

El porcentaje de prematuridad (26,6%) fue muy superior al registrado en Catalunya en el 2014 (6,3%) (135), siendo esta diferencia mayor en el grupo de madres consumidoras de tóxicos (28% versus 22,4%) y a expensas de la prematuridad moderada. Estas diferencias fueron todavía mayores en las consumidoras de heroína, con una prematuridad del 35,5%, seguidas del 25,9% de las consumidoras de otros tóxicos. En el grupo de no consumidoras la prematuridad se repartió por igual entre prematuros extremos y moderados.



Esta cifra tan elevada de prematuridad puede atribuirse, entre otros, a los efectos perjudiciales del consumo materno de drogas durante la gestación, o a la falta de cuidados propios del embarazo. Hay estudios que han relacionado el nivel socio-económico bajo (como es el caso de la totalidad del grupo analizado, independientemente del consumo de tóxicos), con un aumento del riesgo de prematuridad y bajo peso para la edad gestacional. En una publicación donde figuran datos del proyecto estatal INMA (infancia y medio ambiente) (99), de un total de 2466 nacimientos en los cuales el 43,3% se clasificó el nivel de estudios materno como bajo y el 34,7% como medio (equiparable en general a los pocos datos disponibles del grupo de maltrato prenatal, donde la mayoría deja los estudios en secundaria), la tasa de prematuridad fue del 6,3% y 4,3%, respectivamente, por un 3,3% entre los de nivel de estudios elevado ( $p=0,005$ ). Llama la atención la diferencia en la tasa de prematuridad entre el grupo de menos nivel educativo respecto al grupo de maltrato, que se cuadruplica en este último. Sin embargo, en la misma publicación figuran muestras de otros países (Italia, Grecia) y no encuentran relación significativa entre prematuridad y nivel de estudios.

Otro factor que puede haber influenciado en las altas tasas de prematuridad es el estrés durante de la gestación. Los mecanismos neuroendocrinos de respuesta al estrés pueden verse alterados en estas gestantes, sobre todo si han estado expuestas a factores estresantes de forma crónica (97). El estrés puede haber actuado por el efecto en el organismo del consumo de tóxicos, o por los factores psicosociales que rodean a la gestante (dificultades económicas, falta de apoyo de la pareja/familia, violencia de género, entre otros).

### 5.2.3 Somatometría neonatal

En consonancia con lo anterior, y reflejo de la prematuridad, el porcentaje de peso al nacimiento menor a 2500 g también fue mayor al de los nacidos en Catalunya 2014 (27,9% por un 7,4%) (136), presentando los hijos de madres consumidoras un peso, longitud y perímetro craneal significativamente inferior al de las no consumidoras, siendo más acentuado en las consumidoras de heroína. Los determinantes sociales de la salud materna también pueden haber influido en el resultado de esta variable, ya que como se ha comentado anteriormente, se ha encontrado una asociación entre factores socioeconómicos maternos desfavorables y un riesgo aumentado de prematuridad y de bajo peso para la edad gestacional (97,98). En los 2 grupos que se comparan (consumidoras y no consumidoras),

no hay diferencias en las variables utilizadas para determinar los factores socioeconómicos, por lo que las diferencias encontradas con un menor peso en las consumidoras se pueden atribuir al efecto de las drogas.

#### 5.2.4 Puntuación de Apgar

La gran mayoría de recién nacidos se adaptaron correctamente a la vida extrauterina, con unas puntuaciones de Apgar al minuto  $\geq 8$  en el 90,1% y de 5-7 en el 8,2%. No hubo diferencias entre los 2 grupos (ni según si consumían heroína o no), si bien en las consumidoras hubo 3 casos de depresión neonatal importante al minuto de vida (Apgar  $\leq 4$ ), curiosamente todos ellos en el grupo de consumidoras de otros tóxicos diferentes a la heroína.

#### 5.2.5 Incidencias perinatales

Sólo en 1 caso se obtuvieron tóxicos positivos en orina entre las no consumidoras (benzodiazepinas en orina del recién nacido, en un caso de síndrome ansioso-depresivo que cursó con suicidio por defenestración en el postparto). La mayoría de positivos se produjeron en orina del recién nacido (un 78% en total, por un 40% en orina materna, siendo positivos en ambos en el 18%). A pesar de las dificultades en la recogida de datos, parece que es más frecuente que se soliciten tóxicos en orina del recién nacido, seguramente en consonancia con una mayor detección desde neonatología.

La detección del consumo de tóxicos puede verse dificultada por la necesidad de consentimiento informado para la obtención de muestras biológicas, método con una eficacia muy superior a la detección por cuestionario (137,138).

También, hay que tener presente las limitaciones en función de la muestra biológica y el método utilizado para el análisis de tóxicos. La determinación en orina suele hacerse con métodos automatizados-semicuantitativos (enzima-inmunoensayo), en los que se detecta un metabolito asociado al consumo de un determinado tóxico si éste alcanza una concentración umbral. Tienen la ventaja de su rapidez y disponibilidad, pero se pueden producir falsos positivos por ser el metabolito producto del metabolismo de un fármaco u otra sustancia, o falsos negativos si no llega a la concentración umbral o el consumo se produjo con la anterioridad suficiente por lo que ya no se elimina en orina. La utilización

de otras matrices biológicas no tan modificables en función del momento del consumo durante el embarazo, como el meconio del recién nacido o cabello de la madre, junto a otros métodos analíticos más precisos y específicos de cada tóxico, como la cromatografía líquida o de gases con espectrometría de masas, podrían aumentar el umbral de detección, pero sus costes y disponibilidad limitan su uso (138).

En el grupo analizado, hubo una concordancia entre el resultado de los tóxicos en orina (materna o neonatal) y los tóxicos reportados entre el 51-67%, habiendo menos tóxicos en orina que los reportados entre el 32-46%. Además, la concordancia fue muy superior en caso de consumo materno de 1 tóxico, y muy inferior si hubo policonsumo. Debido a estas limitaciones una vez se ha producido el nacimiento, para mejorar la detección del consumo de tóxicos durante la gestación se podría plantear el análisis sistemático de los tóxicos en orina a todas las embarazadas, pero esto comportaría una discusión en términos ético-legales y, como se ha mencionado, no está exento de falsos resultados que comportan una interpretación errónea. Por lo tanto, habría que insistir en la educación sanitaria de la población y en la anamnesis dirigida al consumo de tóxicos en mujeres embarazadas (o que se planteen el embarazo), para prevenir o detectar a tiempo conductas de riesgo y conseguir el cese del consumo.

La presencia de síndrome de abstinencia neonatal, como era de esperar, estuvo muy relacionada con el consumo materno de heroína y/o metadona (72% de los casos de SAD, 53,5% de las madres consumidoras de heroína/metadona), y en madres policonsumidoras (81%). No hubo ningún caso sólo atribuible a metanfetaminas o benzodiazepinas.

## 5.3 Variables sociales

### 5.3.1 Quién detecta

Llama la atención que casi la mitad de los casos (el 45,5%) se detectaron a nivel postnatal desde neonatología, por lo que no se pudo realizar ninguna actuación previa destinada a resolver o paliar la situación de riesgo de maltrato prenatal. A pesar del alto índice de control gestacional nulo (40%), al analizar quién detecta en función del control gestacional, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por lo que no fue determinante en este apartado. Las madres con un control correcto del embarazo también

fueron detectadas mayoritariamente desde neonatología (un 58,3%), por un 23,8% desde obstetricia. En cambio, si hubo un nulo control, desde obstetricia detectaron un 29,9% de los casos, la mayoría al ingresar la madre en un centro hospitalario por trabajo de parto o alguna complicación obstétrica. En este sentido, puede existir un sesgo de los casos prenatales detectados por servicios sociales en detrimento de obstetricia por tener factores de riesgo de predominio social y con más desestructuración familiar. En función de quién detecta, las variables que son más frecuentes desde servicios sociales respecto al resto son la ausencia de apoyo de la pareja (36,9%), ausencia de apoyo familiar (40,7%), violencia de género (44,2%), retención de hijos previos (65,9%) y madre tutelada por la DGAIA (40,7%). Curiosamente, no es el caso de si ha habido intervención social previa, en la que predomina la detección desde neonatología (43,6%) y luego desde servicios sociales (30%). Esto puede deberse a que la intervención social sea por otro motivo (por ejemplo, solicitud de ayudas) y se haya producido alejada del momento del embarazo, o a que no haya sido posible su detección antes del nacimiento por localización materna desconocida.

Referente al grupo de consumidoras, llama la atención que desde neonatología detectaron más del doble de casos que desde obstetricia (un 52,5% por un 22,8%), no habiendo diferencias significativas de quién detecta en función de si el recién nacido desarrolla síndrome de abstinencia o no, posiblemente por estar asociado al consumo materno de heroína y ser la detección materna más evidente (aunque en este caso todavía detectaron mucho más desde neonatología). Todo esto podría explicarse por la alta sensibilización que hay en las Unidades Neonatales en la detección del consumo materno de tóxicos por sus repercusiones neonatales.

También destaca que si la droga consumida era heroína se detectaron más desde servicios sociales (36,1%) que desde neonatología (33,3%) y, lógicamente, aumentó la detección desde los CAS (11,1% respecto al 0,8% si consumían otros tóxicos). Además, la cifra de detección desde servicios sociales fue similar al grupo de no consumidoras (33,9%) y muy superior respecto a las consumidoras de otros tóxicos (14,8%). Esto puede deberse a la problemática derivada de esta drogadicción que motiva la intervención de los servicios sociales: distocia social y familiar, ambiente marginal, carencia de recursos económicos, entre otros.

En las madres consumidoras de otros tóxicos predominó la detección desde neonatología (casi un 60% de los casos), seguido de obstetricia (24,6%) y servicios sociales. En cambio,

en las no consumidoras hubo una cifra de detección similar entre obstetricia (35,7%), servicios sociales (33,9%) y neonatología (28,6%).

Por último, comentar que la mayoría de casos que fueron con su madre o con familia extensa fueron detectados por neonatología (58,5% y 54,6%, respectivamente), que es el grupo profesional que más casos detectan, pero en cambio, los que fueron a acogida/familia ajena fueron detectados más frecuentemente desde servicios sociales (39,7%), seguramente por ser casos con mayor riesgo para el recién nacido y con mayor desestructuración familiar.

### 5.3.2 Destino inicial

En casi la mitad de los casos (48%) la valoración de los factores de riesgo y la situación familiar hizo posible que el destino del recién nacido fuera con su madre.

Referente al consumo de tóxicos, el destino inicial con su madre fue mucho menor en las no consumidoras (casi la mitad, el 25,4% por un 52,5%) respecto a las consumidoras. En el grupo de no consumidoras predominan algunas circunstancias sociales que pueden haber influido en esta decisión (mayor retención de hijos previos, mayor violencia de género, menor embarazo deseado, menor apoyo de la pareja y familiar, mayor embarazo no controlado). Esta afirmación puede estar en relación con que la decisión inicial se tomara antes del nacimiento en muchos más casos en este grupo respecto a las consumidoras (43,3% por un 27,2%).

Por otro lado, en el grupo de consumidoras el destino inicial con su madre fue mucho menor si el consumo incluyó heroína, e incluso fueron menos con su madre que las no consumidoras (20,5%). Ya hemos mencionado la problemática global que se asocia al consumo de heroína. Esto hace que junto a las no consumidoras, el grupo de consumidoras de heroína tuvieron como destino más frecuente la acogida/familia ajena (53,9% grupo heroína, 54,2% grupo no consumidoras, por un 22% resto de consumidoras). Curiosamente, a pesar de tener un patrón de detección y un índice de decisión previa al nacimiento similares, en los hijos de madre consumidora de heroína con destino fuera del núcleo familiar predominó el destino a familia de urgencia (43,6%), respecto al destino a centro de acogida (10,3%), mientras que en las no consumidoras se repartieron entre familia de urgencia (28,8%) y centro (23,7%). Esto puede deberse a la necesidad de unos cuidados

más individualizados en los hijos de madres consumidoras de heroína, dado que pueden presentar manifestaciones neuroconductuales persistentes.

### 5.3.3 Decisión previa al nacimiento

En global, casi en un tercio de los casos la decisión del destino inicial se tomó antes del nacimiento, siendo más frecuente en no consumidoras y consumidoras de heroína, seguramente por ser casos con una mayor desestructuración social. Por ello, son casos en los que predominó la detección por servicios sociales (casi en un 70% de los que la decisión se tomó antes, y en un 90% de los detectados por servicios sociales la decisión fue previa al nacimiento), y fue más frecuente el destino inicial alejado de la madre.

### 5.3.4 Cambio de destino

En casi la mitad del grupo (44,3%) se produjo un cambio de destino del recién nacido, sin encontrar diferencias significativas en global entre las consumidoras y no consumidoras, como tampoco hubo diferencias en la edad que se produjo el cambio, pero sí se observaron diferencias al separar el grupo de consumidoras, ya que las consumidoras de heroína, así como las no consumidoras, tuvieron un mayor cambio de destino. Esto puede explicarse porque en estos dos grupos fue más frecuente el destino inicial a centro o a familia de urgencia, que son medidas concebidas para ser temporales.

La edad del menor en la que se toma la última medida tutelar tiene un gran impacto sobre los niños, estando directamente relacionado con problemas sociales y neuro-conductuales, así como dificulta el establecimiento del vínculo con la familia (61). En nuestro grupo, en casi la mitad de los casos (48,4%) en los que hubo un cambio de destino, este se produjo pasados los 12 meses de vida del menor. Además, hubo diferencias significativas en la edad del cambio en función del destino inicial. Ninguno de los que fueron con la madre cambió de destino antes de los 12 meses. De los que fueron a centro de acogida, casi la mitad cambió de destino antes de los 12 meses, y el resto más tarde. Incluso, de los que fueron con familia de urgencia, en principio una medida temporal en espera de aclarar la situación del caso, una tercera parte cambió de destino más allá del año de vida. Si bien no hubo diferencias significativas en la edad del cambio de destino según el tipo de droga consumida, en las consumidoras de otros tóxicos se produjo menos cambio antes de los 12

meses. Como se ha comentado, las no consumidoras y las consumidoras de heroína tuvieron mayor destino inicial a centro o a familia de urgencia, pero a pesar de ser medidas concebidas para ser temporales, sólo se cambiaron de destino antes de los 12 meses el 61,3% de las no consumidoras y el 56% de las consumidoras de heroína.

Por diferentes motivos, hay un porcentaje elevado de casos en los que no se les puede ofrecer un cambio de destino más precoz, antes de los 12 meses de vida e idealmente antes de los 6, con lo que pueden verse afectados por las repercusiones negativas derivadas de la permanencia en instituciones o por el cambio tardío del cuidador referente.

### 5.3.5 Destino actual

El destino actual más frecuente seguía siendo con la madre (51,6%). Como en el caso del destino inicial, hubo una mayor proporción que estaba con la madre en el grupo de consumidoras (55,6%) respecto a las no consumidoras (39%), siendo estas diferencias a expensas de las consumidoras de otros tóxicos (67,5%), que tenían unas tasas más de tres veces superiores de destino con la madre respecto a las consumidoras de heroína, las cuales se mantenían en la cola con la misma tasa respecto al destino inicial.

Tras la decisión del destino inicial se hace un seguimiento del caso desde la autoridad competente (DGAIA), y si es posible se establece un plan de trabajo para mejorar la situación que ha ocasionado el desamparo. Según la evolución de cada caso se produce un cambio en la tutela del menor.

En las no consumidoras y en las consumidoras de heroína, con mayor destino inicial a centro y familia de urgencia (medidas más temporales), se produce un aumento del destino actual a familia de acogida/adopción, así como un aumento de casos a familia extensa y, en las no consumidoras, un aumento de casos con la madre.

El hecho de que en las no consumidoras y en las consumidoras de heroína hubiera menos casos en los que el destino actual era con la madre, también puede estar en relación a tener un entorno social y capacidades parentales más desfavorables.

### 5.3.6 Destino actual en función del destino inicial

Tras la valoración del caso (gravedad de los factores de riesgo, capacidades parentales, posibilidad de actuación y seguimiento, existencia de familia extensa disponible, etc.) y la resolución de un destino inicial, con el seguimiento se puede producir un cambio de destino.

La mayoría que inicialmente fueron con la madre seguían con ella (85,7%), de los que fueron a acogida/familia ajena pocos pasaron a estar con su madre (sólo el 15,4%), y casi dos tercios de los que fueron con familia extensa seguían en ella y el resto pasaron a estar con su madre. No existieron diferencias significativas entre el grupo de no consumidoras y consumidoras.

Los casos que cambiaron menos de destino son los que inicialmente fueron con su madre, a excepción de las consumidoras de heroína, en las que tan sólo el 50% permanecían con ella, seguidos por los que fueron a acogida/familia ajena (se entiende que seguían fuera del núcleo familiar, ya que los que fueron a un centro de acogida como medida temporal pasaron en su mayoría a familias de acogida-adopción y sólo permanecían en centro el 7,7%).

Estos datos traducen que en general hubo una buena valoración inicial del caso. Si la situación era favorable a un destino inicial con la madre, la mayoría permanecía con ella. En casos desfavorables y ante la imposibilidad de destino con familia extensa, fueron destinados a centro/familia ajena, y la mayoría permanecían alejados del núcleo familiar. En cambio, en los casos que tras la valoración se decidió un destino inicial con familia extensa, en ninguno de ellos se produjo un cambio de destino alejado de su familia, y en una tercera parte la situación de riesgo mejoró y pudieron pasar a estar con su madre.





## **6. Conclusiones**



## 6. CONCLUSIONES

1. Según los resultados obtenidos, el perfil de madre que comete maltrato prenatal en nuestro ámbito de influencia es el de una mujer de unos 28 años, de nacionalidad española, sin trabajo, sin un correcto control gestacional, con un embarazo no deseado, a menudo manifiesta ser maltratada por su pareja, presenta tasas elevadas de infección VIH/VHC, consume tóxicos (cannabis, cocaína, heroína), y con antecedentes de intervención social previa.

2. Entre las repercusiones neonatales destaca el alto porcentaje de prematuridad a nivel global, con unas cifras mayores en el grupo de madres consumidoras de tóxicos y a expensas de la prematuridad moderada. Además, los hijos de las madres consumidoras presentaron un peso, longitud y perímetro craneal medio significativamente inferior respecto a los hijos de las madres no consumidoras. Todo ello hace que se trate de unos recién nacidos de riesgo que requieran de un seguimiento estrecho de su salud y desarrollo.

3. El grupo de madres consumidoras de heroína y el grupo de madres no consumidoras comparten unas características que traducen una situación social más desfavorable: embarazo no deseado y no controlado, menor apoyo de la pareja, retención de hijos previos, detección por servicios sociales (por hijos previos retenidos o por DGAIA por largo historial), mayor decisión del destino inicial previa al nacimiento y menor destino inicial y actual con la madre.

4. El grupo de madres consumidoras de heroína y el grupo de madres consumidoras de otros tóxicos tienen en común ser preferentemente de nacionalidad española, tener más enfermedad mental, y tener mayor repercusión neonatal en forma de prematuridad moderada y menor peso, longitud y perímetro craneal medios al nacimiento.

5. Como características diferenciales, las madres consumidoras de heroína son de mayor edad, tienen más antecedentes de interrupciones de embarazo, más enfermedades infecciosas de transmisión vertical, más antecedentes de privación de libertad y más casos de síndrome de abstinencia neonatal. Las madres no consumidoras son preferentemente de nacionalidad extranjera, tienen menos apoyo de la familia y más antecedentes de violencia de género. Las madres consumidoras de otros tóxicos tienen más apoyo de la pareja y familia, embarazo controlado, detección por neonatología y destino inicial y actual con la madre.

## **7. Referencias bibliográficas**



## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organizaci3n Mundial de la Salud: Maltrato Infantil [Internet]. [consultado 17 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Direcci3n General d'Atenci3n a la Infància i l'Adolescència. Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya. Juliol 2017. [Internet]. 2017 [consultado 28 Sep 2017]. Disponible en: [http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits\\_tematic/07infanciaiadolescencia/DEST\\_columna\\_dreta/documents/Protocol-Marc-Maltractament-IA.pdf](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematic/07infanciaiadolescencia/DEST_columna_dreta/documents/Protocol-Marc-Maltractament-IA.pdf)
3. Campoy P, Baldedeu PL, Díaz Huertas JA, G3mez JE, Romeu FJ, Puyo C, et al. Maltrato Infantil : detecci3n, notificaci3n y registro de casos [Internet]. Vol. 5, Observatorio Infancia. 2006 [consultado 3 May 2017]. p. 1–89. Disponible en: <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>
4. Generalitat de Catalunya. El llibre d'en Pau. Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1996. 108 p.
5. Martinez Roig A. Detecci3n, intervenci3n i derivaci3n de maltractaments infantils pels professionals de la sanitat. 1  ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Direcci3n General d'Atenci3n a la Infància; 1991.
6. Generalitat de Catalunya. LLEI 14/2010, del 27 de maig, dels drets i oportunitats en la infància i l'adolescència [Internet]. Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya, núm. 720. 2010 [consultado 18 Jul 2017]. p. 42475–536. Disponible en: <https://www.parlament.cat/document/nom/TL115.pdf>
7. Fonseca i Granizo M. Pacte per a la infància a Catalunya [Internet]. Departament de Benestar Social i Família. 2013 [consultado 29 Oct 2017]. Disponible en: [http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits\\_tematic/07infanciaiadolescencia/observatori\\_drets\\_infancia/destacats\\_columna\\_dreta/pacte\\_infancia\\_catalunya\\_juliol\\_2013.pdf](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematic/07infanciaiadolescencia/observatori_drets_infancia/destacats_columna_dreta/pacte_infancia_catalunya_juliol_2013.pdf)



8. Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Infografia DGAIA 2n trimestre 2014 [Internet]. [consultado 29 Oct 2017]. Disponible en: [http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits\\_tematicos/07infanciaiadolescencia/Dades\\_maltractament\\_infantil/trimestre2\\_2014.pdf](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/07infanciaiadolescencia/Dades_maltractament_infantil/trimestre2_2014.pdf)
9. Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Informe estadístic mensual DGAIA. Març de 2018. [consultado 29 Oct 2017]; Disponible en: [http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits\\_tematicos/07infanciaiadolescencia/dades\\_sistema\\_proteccio/2018\\_03\\_informe.pdf](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/07infanciaiadolescencia/dades_sistema_proteccio/2018_03_informe.pdf)
10. Organización de las Naciones Unidas [Internet]. [consultado 18 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/es/index.html>
11. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. [consultado 18 Jul 2017]. Disponible en: [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)
12. Constitución Española de 1978 [Internet]. Boletín Oficial del Estado. [consultado 18 Jul 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>
13. Declaración de los Derechos del Niño, 1959 [Internet]. [consultado 18 Jul 2017]. Disponible en: <https://www.humanium.org/es/declaracion-1959/>
14. Declaración de los Derechos del niño, 1959 [Internet]. Vol. 1, Derechos Humanos. Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. 1993 [consultado 18 Jul 2017]. Disponible en: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/derechos-humanos-emx/article/view/4301/3742>
15. Bofill A, Cots J. La Declaración de Ginebra. Pequeña Carta de los Derechos de la Infancia [Internet]. 1999 [consultado 19 Jul 2017]. p. 23. Disponible en: [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/declaracion\\_de\\_ginebra\\_de\\_derechos\\_del\\_nino.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/declaracion_de_ginebra_de_derechos_del_nino.pdf)
16. UNICEF: Quiénes somos. Nuestra historia [Internet]. [consultado 20 Jul 2017].

- Disponible en: [https://www.unicef.org/spanish/about/who/index\\_history.html](https://www.unicef.org/spanish/about/who/index_history.html)
17. UNICEF: Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. [consultado 20 Jul 2017]. Disponible en: [https://www.unicef.org/spanish/crc/index\\_30225.html](https://www.unicef.org/spanish/crc/index_30225.html)
  18. Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño [Internet]. [consultado 20 Jul 2017]. Disponible en: [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/convencion\\_derechos\\_infancia.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/convencion_derechos_infancia.pdf)
  19. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. [consultado 20 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
  20. Carta Europea de los Derechos del Niño (21 de Septiembre de 1992). [Internet]. [consultado 20 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=13&subs=15&cod=204&page>
  21. La carta Europea de Derechos del Niño [Internet]. [consultado 20 Jul 2017]. Disponible en: [http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/carta\\_europ\\_derechos\\_inf.pdf](http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/carta_europ_derechos_inf.pdf)
  22. Generalitat de Catalunya. LEY 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de los menores desamparados y de la adopción [Internet]. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 1542. 1991 [consultado 9 Ago 2017]. Disponible en: <https://www.parlament.cat/document/llei/152020.doc>
  23. Gobierno de España. LEY 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 180. 2015 [consultado 10 Ago 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/29/pdfs/BOE-A-2015-8470.pdf>
  24. Sinopsis artículo 15 - Constitución Española [Internet]. [consultado 6 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=15&tipo=2>

25. Manzano C, Figueras R, Patris E. Maltrato prenatal [carta al editor]. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2018 [consultado 25 Sep 2017];84(4):242. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.10.007>
26. Código Civil y legislación complementaria [Internet]. *Boletín Oficial del Estado*. 2017 [consultado 25 Sep 2017]. p. 1203. Disponible en: [https://boe.es/legislacion/codigos/codigo.php?id=034\\_Codigo\\_Civil\\_y\\_legislacion\\_complementaria&modo=1](https://boe.es/legislacion/codigos/codigo.php?id=034_Codigo_Civil_y_legislacion_complementaria&modo=1)
27. De la Iglesia Monge MI. La protección del nasciturus y su proyección en la jurisprudencia civil actual. *Revista Crítica de Derecho Inmobiliario* [Internet]. 2011; 726(Julio):2217–26. [consultado 25 Sep 2017]. Disponible en: <http://studylib.es/doc/5007700/la-proteccion-del-nasciturus>
28. La protección del concebido y no nacido en nuestro Derecho [Internet]. [consultado 25 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.iustitiae.tomas-moro.org/derecho-a-la-vida/articulos-derecho-a-la-vida/laprotecciondelconcebidoynonacidoennuestroderecho>
29. Gobierno de España. Código Penal [Internet]. Vol. 10, *Boletín Oficial del Estado*. 1995 [consultado 25 Sep 2017]. p. 63–4. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>
30. Sinopsis artículo 39 - Constitución Española [Internet]. [consultado 20 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=39&tipo=2>
31. Generalitat de Catalunya. *Llibre Blanc de Legislació d'Infància*. 1ª ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Direcció General d'Atenció a la Infància; 1992. 155 p.
32. Gobierno de España. LEY ORGÁNICA 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor [Internet]. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 312. 1996 [consultado 21 Jul 2017]. p. 1225–38. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/12/29/pdfs/A53676-53686.pdf>
33. Contenido y novedades de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de Protección a la

- Infancia y a la Adolescencia. Noticias Jurídicas [Internet]. [consultado 10 Ago 2017]. Disponible en: <http://noticias.juridicas.com/actualidad/noticias/10409-contenido-y-novedades-de-la-ley-26-2015-de-28-de-julio-de-proteccion-a-la-infancia-y-a-la-adolescencia/>
34. Gobierno de España. LEY ORGÁNICA 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección de la infancia y la adolescencia [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 175. 2015 [consultado 10 Ago 2017]. p. 61871–89. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/23/pdfs/BOE-A-2015-8222.pdf>
  35. Contenido y novedades de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección de la infancia y adolescencia. Noticias Jurídicas [Internet]. [consultado 10 Ago 2017]. Disponible en: <http://noticias.juridicas.com/actualidad/noticias/10390-contenido-y-novedades-de-la-ley-organica-8-2015-de-22-de-julio-de-modificacion-del-sistema-de-proteccion-de-la-infancia-y-adolescencia/>
  36. Sinopsis artículo 43 - Constitución Española [Internet]. [consultado 20 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=43&tipo=2>
  37. Gobierno de España. LEY ORGÁNICA 4/1979, de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía de Cataluña [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 306. 1979 [consultado 9 Ago 2017]. Disponible en: <https://boe.es/boe/dias/1979/12/22/pdfs/A29363-29370.pdf>
  38. Palma del Teso A de. Las competencias de la Generalitat de Catalunya en materia de protección pública de menores. Rev d'estudis autonòmics i Fed [Internet]. 2007 [consultado 9 Ago 2017];(5):413–45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2478830.pdf%5Cnhttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2478830>
  39. Generalitat de Catalunya. LLEI 11/1985, de 13 de juny, de protecció de menors [Internet]. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 556. 1985 [consultado 9 Ago 2017]. Disponible en: <https://www.parlament.cat/document/llei/151948.doc>

40. Portal Jurídic de Catalunya. Decret 338/1986, de 18 de novembre, de regulació de l'atenció a la infància i adolescència amb alt risc social. [Internet]. [consultado 13 Ago 2017]. Disponible en:  
[http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur\\_ocults/pjur\\_resultats\\_fitxa?action=fitxa&documentId=22573](http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa?action=fitxa&documentId=22573)
41. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Guia Bàsica. [Internet]. [consultado 13 Ago 2017]. Disponible en:  
[http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits\\_tematicos/07infanciaiadolescencia/recursos\\_professionals/pdf/dgaia\\_guiacat\\_taronja\\_\\_3\\_.pdf](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/07infanciaiadolescencia/recursos_professionals/pdf/dgaia_guiacat_taronja__3_.pdf)
42. Dropez C. Els nens, els pediatres i la Direcció General d'Atenció a la infància [Internet]. Vol. 53, But Soc Cat Pediatr. 1993 [consultado 13 Ago 2017]. p. 11–6. Disponible en:  
[http://webs.academia.cat/revistes\\_elect/view\\_document.php?tpd=2&i=640](http://webs.academia.cat/revistes_elect/view_document.php?tpd=2&i=640)
43. Generalitat de Catalunya. LEY 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de los menores desamparados y de la adopción [Internet]. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 1542. 1991 [consultado 8 Sep 2017]. Disponible en: <https://www.parlament.cat/document/llei/152020.doc>
44. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar i família. Text íntegre del Decret de desplegament de la llei 8/1995 de 27 de juliol, d'atenció i protecció dels infants i els adolescents, en l'àmbit sancionador [Internet] [consultado 15 Ago 2017]. Disponible en:  
[http://anterior.esquerra.cat/documents/8\\_1995proteccioinfancia.pdf](http://anterior.esquerra.cat/documents/8_1995proteccioinfancia.pdf)
45. Generalitat de Catalunya. LLEI 13/1997, de 19 de novembre, de creació de l'Institut Català de l' Acolliment i l'Adopció. [Internet]. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 2527. 1997 [consultado 15 Ago 2017]. Disponible en:  
[http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur\\_ocults/pjur\\_resultats\\_fitxa?action=fitxa&documentId=159105](http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa?action=fitxa&documentId=159105)
46. Gobierno de España. LEY ORGÁNICA 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 172. 2006 [consultado 15 Ago 2017]. p. pàg. 27269-27310. Disponible en:

- <https://boe.es/boe/dias/2006/07/20/pdfs/A27269-27310.pdf>
47. Generalitat de Catalunya. ORDEN ASC 276/2007, de 18 de julio, de creació del Fichero unificado de maltrato infantil [Internet]. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 4936. 2007 [consultado 13 Ago 2017]. Disponible en: <https://www.siiis.net/documentos/legislativa/19245.pdf>
  48. Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència. De les observacions als indicadors: El mòdul de suport a la gestió del risc en infància i adolescència (RUMI Infància Respon) [Internet]. 2014 [consultado 20 Ago 2017]. Disponible en: [http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/coleccion/eines/eines\\_17/eines17\\_rumi.pdf](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/coleccion/eines/eines_17/eines17_rumi.pdf)
  49. Generalitat de Catalunya. ORDRE BSF/331/2013, de 18 de desembre, per la qual s'aproven les llistes d'indicadors i factors de protecció dels infants i adolescents. [Internet]. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm 6530. 2013 [consultado 10 Ago 2017]. p. 1–28. Disponible en: [http://infancia.ccbages.cat/docs/10\\_llistat\\_indicadors\\_factors.pdf?d=651572&language=ca\\_ES](http://infancia.ccbages.cat/docs/10_llistat_indicadors_factors.pdf?d=651572&language=ca_ES)
  50. Generalitat de Catalunya. Web Infància Respon. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies [Internet]. [consultado 20 Ago 2017]. Disponible en: [http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits\\_tematicos/infancia\\_i\\_adolescencia/proteccio\\_a\\_la\\_infancia\\_i\\_ladolescencia/maltractaments\\_dinfants\\_i\\_adolescents/infancia\\_respon/web\\_infancia\\_respon/](http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/infancia_i_adolescencia/proteccio_a_la_infancia_i_ladolescencia/maltractaments_dinfants_i_adolescents/infancia_respon/web_infancia_respon/)
  51. Generalitat de Catalunya. Sistema de suport a la gestió del risc social en la infància i l'adolescència [Internet]. [consultado 20 Ago 2017]. Disponible en: <https://dps.gencat.cat/rumi/AppJava/simulacio/simulacio.html>
  52. Generalitat de Catalunya. La protecció a la infància i l'adolescència a Catalunya. Pla director d'infància i adolescència de Catalunya [Internet]. Vol. 4, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria d'Infància i Adolescència de Catalunya. 2009 [consultado 20 Ago 2017]. Disponible en: [http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits\\_tematicos/07infanciaiadolescencia/politiques\\_i\\_plans\\_actuacio/pdiiaac/06\\_documento\\_resultant/document](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/07infanciaiadolescencia/politiques_i_plans_actuacio/pdiiaac/06_documento_resultant/document)

- s/arxiu\_pdf/proteccio\_a\_la\_infancia.pdf
53. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Departament de Benestar i Família. Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància. 1<sup>a</sup> ed. Barcelona; 2006. 53 p.
  54. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància [Internet]. 2<sup>a</sup> ed. Barcelona; 2008 [consultado 13 Ago 2017]. Disponible en:  
[http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/temes\\_de\\_salut/violencia\\_i\\_maltractaments/documents/arxiu/prot2006infancia.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/violencia_i_maltractaments/documents/arxiu/prot2006infancia.pdf)
  55. I. Hilarión P. Protocol de coordinació d'actuacions per a la prevenció i l'abordatge del maltractament prenatal. Col·lecció eines 9 [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria d'Infància i Adolescència. 2010 [consultado 30 Mar 2017]. Disponible en:  
[http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/colleccions/eines/num\\_9/eines9\\_canvis\\_definitius\\_2012.pdf](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/colleccions/eines/num_9/eines9_canvis_definitius_2012.pdf)
  56. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. Actualització del Protocol de coordinació d'actuacions per a la prevenció i l'abordament del maltractament prenatal. Col·lecció eines 26 [Internet]. 2016 [consultado 30 Mar 2017]. Disponible en:  
[http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/colleccions/eines/eines\\_26/Eines-26.pdf](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/colleccions/eines/eines_26/Eines-26.pdf)
  57. Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Direcció General d'Atenció a la infància i l'adolescència. Mapa de recursos i serveis DGAIA 2016 [Internet]. 2017 [consultado 2 Oct 2017]. Disponible en:  
[http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits\\_tematicos/07infanciaiadolescencia/dades\\_sistema\\_proteccio/Mapa\\_Recursos\\_2016.pdf](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/07infanciaiadolescencia/dades_sistema_proteccio/Mapa_Recursos_2016.pdf)
  58. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. Direcció General d'Atenció a la infància i l'adolescència. Mapa de recursos DGAIA 2011 [Internet]. 2012 [consultado 2 Oct 2017]. Disponible en:  
[http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits\\_tematicos/07infanciaiad](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/07infanciaiad)

- olescencia/temes\_relacionats/informe\_mapa\_recurso\_2011.pdf
59. Hawk B, McCall RB. CBCL behavior problems of post-institutionalized international adoptees. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2010 Jun [consultado 3 Sep 2017];13(2):199–211. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20514520>
  60. Sonuga-Barke EJS, Kennedy M, Kumsta R, Knights N, Golm D, Rutter M, et al. Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2017 Apr [consultado 3 Sep 2017];389(10078):1539–48. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30045-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30045-4)
  61. Julian MM. Age at adoption from institutional care as a window into the lasting effects of early experiences. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2013 Jun [consultado 3 Sep 2017];16(2):101–45. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23576122>
  62. Davidson RJ, McEwen BS. Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nat Neurosci* [Internet]. 2012 Apr [consultado 3 Sep 2017];15(5):689–95. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22534579>
  63. Koss KJ, Hostinar CE, Donzella B, Gunnar MR. Social deprivation and the HPA axis in early development. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2014 Dec [consultado 12 Sep 2017];50:1–13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25150507>
  64. McLaughlin KA, Sheridan MA, Tibu F, Fox NA, Zeanah CH, Nelson CA. Causal effects of the early caregiving environment on development of stress response systems in children. *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet]. 2015 May [consultado 12 Sep 2017];112(18):5637–42. Disponible en: <http://www.pnas.org/lookup/doi/10.1073/pnas.1423363112>
  65. Kumsta R, Marzi SJ, Viana J, Dempster EL, Crawford B, Rutter M, et al. Severe psychosocial deprivation in early childhood is associated with increased DNA



- methylation across a region spanning the transcription start site of CYP2E1. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2016 Jun [consultado 3 Sep 2017];6(6):e830. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/tp.2016.95>
66. Sheridan M, Drury S, McLaughlin K, Almas A. Early institutionalization: neurobiological consequences and genetic modifiers. *Neuropsychol Rev* [Internet]. 2010 Dec [consultado 3 Sep 2017];20(4):414–29. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21042937>
67. Behnke M, Smith VC. Prenatal Substance Abuse: Short- and Long-term Effects on the Exposed Fetus. *Pediatrics* [Internet]. 2013 Mar [consultado 23 Ago 2017];131(3): e1009–24. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2012-3931>
68. Vassoler FM, Byrnes EM, Pierce RC. The impact of exposure to addictive drugs on future generations: Physiological and behavioral effects. *Neuropharmacology* [Internet]. 2014 Jan [consultado 23 Ago 2017];76(0 0) Pt B:269–75. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23810828>
69. Rodriguez-Thompson D. Cigarette smoking: Impact on pregnancy and the neonate [Internet]. *UpToDate*. 2017 [consultado 24 Ago 2017]. p. 1–31. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
70. Ross EJ, Graham DL, Money KM, Stanwood GD. Developmental consequences of fetal exposure to drugs: what we know and what we still must learn. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2015 Jan [consultado 24 Ago 2017];40(1):61–87. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24938210>
71. Chang G. Alcohol intake and pregnancy [Internet]. *UpToDate*. 2017 [consultado 28 Ago 2017]. p. 1–10. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
72. Subramanian K, Naik VD, Sathishkumar K, Yallampalli C, Saade GR, Hankins GD, et al. Chronic binge alcohol exposure during pregnancy impairs rat maternal uterine vascular function. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2014 Jul [consultado 28 Ago 2017];38(7):1832–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24962648>

73. Williams JF, Smith VC. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics* [Internet]. 2015 Nov [consultado 28 Ago 2017];136(5):e1395–406. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2015-3113>
74. Dörrie N, Föcker M, Freunschit I, Hebebrand J. Fetal alcohol spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2014 Oct [consultado 28 Ago 2017];23(10):863–75. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-014-0571-6>
75. Parazzini F, Chatenoud L, Surace M, Tozzi L, Salerio B, Bettoni G, et al. Moderate alcohol drinking and risk of preterm birth. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2003 Oct [consultado 28 Ago 2017];57(10):1345–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14506499>
76. Albertsen K, Andersen A-MN, Olsen J, Grønbaek M. Alcohol consumption during pregnancy and the risk of preterm delivery. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2004 Jan [consultado 28 Ago 2017];159(2):155–61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14718217>
77. Chang G. Substance misuse in pregnant women [Internet]. UpToDate. 2017 [consultado 29 Ago 2017]. p. 1–18. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
78. Porath-Waller AJ. Clearing the Smoke on Cannabis: Maternal Cannabis Use during Pregnancy - An update [Internet]. Canadian Centre on Substance Abuse, 2015 [consultado 29 Ago 2017]. Disponible en: <http://www.ccsa.ca/ResourceLibrary/CCSA-Cannabis-Maternal-Use-Pregnancy-Report-2015-en.pdf>
79. Jansson LM. Infants of mothers with substance use disorder [Internet]. UpToDate. 2017 [consultado 29 Ago 2017]. p. 1–19. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
80. Jansson LM. Neonatal abstinence syndrome [Internet]. UpToDate. 2017 [consultado 30 Ago 2017]. p. 1–20. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
81. Hudak ML, Tan RC, Committee on drugs, committee on fetus and newborn, American Academy of Pediatrics. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics* [Internet]. 2012 Feb [consultado 30 Ago 2017];129(2):e540-60. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/129/2/e540.full.pdf>

82. Mur A, López-Vílchez MA, Payá A. Abuso de tóxicos y gestación [Internet]. Asociación Española de Pediatría. Protocolos del año 2008 [consultado 30 Ago 2017]. Disponible en:  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_1.pdf)
83. Sanjuan G, López-Vílchez MA, Díaz J, Mur A. Children Born to Heroin-Addicted Mothers: What's the Outcome 25 Years Later? *J Addict Res Ther* [Internet]. 2014 Apr [consultado 30 Ago 2017];5:180. doi: 10.4172/2155-6105.1000180.  
Disponible en:  
<https://www.gamblingtherapy.org/sites/default/files/resources/mindfulness-as-a-treatment-for-behavioural-addiction-2155-6105.1000e122.pdf>
84. Manzano C, López-Vílchez MA, Román L, García J, Mur A. Exposición prenatal a metanfetamina «shabú». *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2017 Feb [consultado 9 Nov 2017];86(2):96–7. Disponible en:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S169540331630203X>
85. Maya-Enero S, Candel-Pau J, Rebollo-Polo M, Candela-Cantó S, de la Torre R, López-Vílchez MA. Central nervous system malformation associated with methamphetamine abuse during pregnancy. *Clin Toxicol (Phila)* [Internet]. 2018 Aug [consultado 9 Nov 2017];56(8):795–7. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29343133>
86. Eze N, Smith LM, LaGasse LL, Derauf C, Newman E, Arria A, et al. School-Aged Outcomes following Prenatal Methamphetamine Exposure: 7.5-Year Follow-Up from the Infant Development, Environment, and Lifestyle Study. *J Pediatr* [Internet]. 2016 Mar [consultado 5 Oct 2017];170(4):34–38.e1. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24655651>
87. Ome-Kaius M, Unger HW, Singirok D, Wangnapi RA, Hanieh S, Umbers AJ, et al. Determining effects of areca (betel) nut chewing in a prospective cohort of pregnant women in Madang Province, Papua New Guinea. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2015 Aug [consultado 30 Nov 2017];15(1):177. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0615-z>
88. Chue AL, Carrara VI, Paw MK, Pimanpanarak M, Wiladphaingern J, van Vugt M, et al. Is areca innocent? The effect of areca (betel) nut chewing in a population of

- pregnant women on the Thai-Myanmar border. *Int Health* [Internet]. 2012 Sep [consultado 30 Nov 2017];4(3):204–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24029401>
89. López-Vílchez MA, Seidel V, Farré M, García-Algar O, Pichini S, Mur A. Areca-nut abuse and neonatal withdrawal syndrome. *Pediatrics* [Internet]. 2006 Jan [consultado 30 Nov 2017];117(1):e129-31. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0281>
90. García-Algar O, Vall O, Alameda F, Puig C, Pellegrini M, Pacifici R, et al. Prenatal exposure to arecoline (areca nut alkaloid) and birth outcomes. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* [Internet]. 2005 May [consultado 30 Nov 2017];90(3):F276-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846024>
91. Martín I, López-Vílchez MA, Mur A, García-Algar O, Rossi S, Marchei E, et al. Neonatal withdrawal syndrome after chronic maternal drinking of mate. *Ther Drug Monit* [Internet]. 2007 Feb [consultado 30 Nov 2017];29(1):127–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17304161>
92. The Lancet. Legal highs and lows-illicit drug use around the world. *Lancet* [Internet]. 2013 Jul [consultado 7 Dic 2017];382(9886):1. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61509-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61509-3)
93. Caudevilla-Gálligo F, Ventura M, Indave Ruiz BI, Fornís I. Presence and composition of cathinone derivatives in drug samples taken from a drug test service in Spain (2010-2012). *Hum Psychopharmacol* [Internet]. 2013 Jul [consultado 7 Dic 2017];28(4):341–4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23881882>
94. Pichini S, Rotolo MC, García J, Girona N, Leal L, García-Algar O, et al. Neonatal withdrawal syndrome after chronic maternal consumption of 4-methylethcathinone. *Forensic Sci Int* [Internet]. 2014 Dec [consultado 7 Dic 2017];245:e33-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25453781>
95. Espelt A, Continente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gac*

- Sanit [Internet]. 2016 Nov [consultado 27 May 2018];30 Suppl 1:38–44.  
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27837795>
96. Morgen CS, Bjørk C, Andersen PK, Mortensen LH, Nybo Andersen A-M. Socioeconomic position and the risk of preterm birth--a study within the Danish National Birth Cohort. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2008 Oct [consultado 27 May 2018];37(5):1109–20. Disponible en: <https://academic.oup.com/ije/article-lookup/doi/10.1093/ije/dyn112>
  97. Moutquin J-M. Socio-economic and psychosocial factors in the management and prevention of preterm labour. *BJOG* [Internet]. 2003 Apr [consultado 27 May 2018];110 Suppl 20:56–60. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12763113>
  98. Bushnik T, Yang S, Kaufman JS, Kramer MS, Wilkins R. Socioeconomic disparities in small-for-gestational-age birth and preterm birth. *Health reports* [Internet]. 2017 Nov [consultado 27 May 2018];28(11):3–10. Disponible en: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2017011/article/54885-eng.pdf>
  99. Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, Kukla L, Švancara J, Riitta-Järvelin M, et al. Mother's education and the risk of preterm and small for gestational age birth: a DRIVERS meta-analysis of 12 European cohorts. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2015 Sep [consultado 27 May 2018];69(9):826–33. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25911693>
  100. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya [Internet]. Direcció General de Salut Pública. Barcelona. 2005 [consultado 26 Feb 2017]. p. 169–74. Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicas/linies\\_dactuacio/mo del\\_assistencial/ordenacio\\_cartera\\_i\\_serveis\\_sanitaris/pla\\_estrategic\\_dordenacio\\_ maternoinfantil\\_i\\_atencio\\_salut\\_sexual\\_i\\_reproductiva/material\\_de\\_suport/docum ents/protsegu20](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/linies_dactuacio/mo del_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/pla_estrategic_dordenacio_ maternoinfantil_i_atencio_salut_sexual_i_reproductiva/material_de_suport/docum ents/protsegu20)
  101. Washington, DC APA. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Ed. 1994. 175-270 p.
  102. Finster M, Wood M. The Apgar score has survived the test of time. *Anesthesiology*

- [Internet]. 2005 May [consultado 26 Feb 2017];102(4):855–7.
103. Generalitat de Catalunya; Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Estadística de naixements 2014. Nota de premsa [Internet]. 2015 [consultado 3 Abr 2018]. p. 1–12. Disponible en:  
[http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsvp/docs/2015/10/19/10/35/44c50f07-511a-4b50-97f5-f5008d6279c0.pdf](http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2015/10/19/10/35/44c50f07-511a-4b50-97f5-f5008d6279c0.pdf)
  104. Generalitat de Catalunya; Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Estadística de naixements. Nascuts vius segons l'edat de la mare i sexe. Catalunya. 2014 [Internet]. [consultado 3 Abr 2018]. Disponible en:  
<http://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=40&t=201400>
  105. Ramos Gutiérrez RY, Barriga Marín JA, Pérez Molina J. Teenage pregnancy as a risk factor for fetal abuse. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2009 Jul [consultado 4 Abr 2018];77(7):311–6. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19681360>
  106. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas [Internet]. [consultado 4 Abr 2018]. Disponible en:  
[http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015\\_Informe\\_EDADES.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_Informe_EDADES.pdf)
  107. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. INFORME 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Internet]. 2017 [consultado 30 Abr 2018]. Disponible en:  
[http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2017\\_Informe\\_EDADES.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2017_Informe_EDADES.pdf)
  108. Generalitat de Catalunya; Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Estadística de naixements. Nascuts vius segons sexe i nacionalitat de la mare. [Internet]. [consultado 3 Abr 2018]. Disponible en:  
<http://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=6393&geo=com:24>
  109. Generalitat de Catalunya; Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Anuari estadístic de Catalunya. Naixements. Per sexe. Comarques i Aran, àmbits i

- províncies [Internet]. [consultado 4 Abr 2018]. Disponible en:  
<https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=259>
110. Generalitat de Catalunya; Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Anuario estadístico de Cataluña. Tasa de empleo. Por grupos de edad y sexo. 2010-2014 [Internet]. [consultado 14 Abr 2018]. Disponible en:  
<https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=305&lang=es&t=2014>
111. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya 2014. Informe dels principals resultats [Internet]. 2015 [consultado 14 Abr 2018]. Disponible en:  
[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/estadistiques\\_sanitari/es/enquestes/onada09/esca2014\\_resultats.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitari/es/enquestes/onada09/esca2014_resultats.pdf)
112. Regidor E, Grupo de Trabajo de la SEE. The Goldthorpe Social Class Classification: reference framework for a proposal for the measurement of social class by the Working Group of the Spanish Society of Epidemiology. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2001 [consultado 4 May 2018];75(1):13–22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11400411>
113. Clasificación nacional de ocupaciones (CON-11) [Internet]. [consultado 4 May 2018]. Disponible en:  
[www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cno11\\_estructura.xls](http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cno11_estructura.xls)
114. Pérez G, Llimona P, Cunillé M, Rodríguez-Sanz M, Miranda M BC. La salut sexual i reproductiva a Barcelona. Any 2014 [Internet]. Agència de Salut Pública de Barcelona. 2015 [consultado 30 Abr 2018]. p. 40. Disponible en:  
[https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/03/Informe\\_Natalitat\\_2014.pdf](https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/03/Informe_Natalitat_2014.pdf)  
[http://www.aspb.cat/quefem/docs/Natalitat\\_BCN\\_2013.pdf](http://www.aspb.cat/quefem/docs/Natalitat_BCN_2013.pdf)&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0CBQQFjAAahUKEwi60pbX19DIAhXMDxoKHXVwBW8&usg=AFQjCNH2ml1KDVbsAx3pLTDSSAki6q2zbw
115. Tejero C. Documento de apoyo a la atención muticultural en el proceso de parto y nacimiento [Internet]. 2007 [consultado 17 May 2018]. Disponible en:  
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/AtencionMulticulturalidad.pdf>

116. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei d'Informació i Estudis. La interrupció voluntària de l'embaràs a Catalunya. 2014 [Internet]. 2015 [consultado 30 Abr 2018]. Disponible en:  
[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/dades\\_de\\_salut\\_i\\_serveis\\_sanitaris/interrupcio\\_voluntaria\\_de\\_lembaras\\_\\_ive/document/informe\\_ive\\_2014.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/interrupcio_voluntaria_de_lembaras__ive/document/informe_ive_2014.pdf)
117. Martino SC, Collins RL, Ellickson PL, Klein DJ. Exploring the link between substance abuse and abortion: the roles of unconventionality and unplanned pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. 2006 Jun [consultado 30 Abr 2018];38(2):66–75. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16772187>
118. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015 [Internet]. 2015 [consultado 4 Abr 2018]. Disponible en:  
[http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)
119. Seisdedos T, Díez M, Díaz A, Muñoz L, García A, grupo de trabajo del Estudio de Recién Nacidos. Evolution of the human immunodeficiency virus seroprevalence in mothers of newborns from 8 autonomous regions (Spain), 1996-2005. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2008 Sep [consultado 23 May 2018];131(7):250–2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18775215>
120. Muñoz-Gámez JA, Salmerón J. Prevalence of hepatitis B and C in Spain - further data are needed. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2013 Jun [consultado 23 May 2018];105(5):245–8. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082013000500001&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082013000500001&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
121. Solà R, Cruz De Castro E, Hombrados M, Planas R, Coll S, Jardí R, et al. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C viruses in different counties of Catalonia, Spain: cross-sectional study. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2002 Jun [consultado 23 May 2018];119(3):90–5. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12106536>



122. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Ciencia e Innovación. Prevalencia de anticuerpos anti-VHC en madres de recién nacidos vivos infectadas con VIH, y de co-infección VIH-VHC en madres de recién nacidos vivos. Estudio anónimo y no relacionado, 2005 – 2010 [Internet]. [consultado 8 Abr 2018]. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeRNVIH\\_VHC2005\\_2010.pdf](https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeRNVIH_VHC2005_2010.pdf)
123. Soriano V, Vispo E, Labarga P, Medrano J, Barreiro P. Viral hepatitis and HIV co-infection. *Antiviral Res* [Internet]. 2010 Jan [consultado 2 Abr 2018];85(1):303–15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19887087>
124. Salleras L, Domínguez A, Bruguera M, Plans P, Espuñes J, Costa J, et al. Seroepidemiology of hepatitis B virus infection in pregnant women in Catalonia (Spain). *J Clin Virol* [Internet]. 2009 Apr [consultado 23 May 2018];44(4):329–32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19230752>
125. Hofstraat SHI, Falla AM, Duffell EF, Hahné SJM, Amato-Gauci AJ, Veldhuijzen IK, et al. Current prevalence of chronic hepatitis B and C virus infection in the general population, blood donors and pregnant women in the EU/EEA: a systematic review. *Epidemiol Infect* [Internet]. 2017 Sep [consultado 23 May 2018];145(14):2873–85. Disponible en: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0950268817001947/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0950268817001947/type/journal_article)
126. Boix R, Amillategui R, Martínez E V, Villarrubia S, Cano R. Una Visión General De La Hepatitis B [Internet]. 2016 [consultado 23 May 2018];24(4):48–59. Disponible en: <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/977/1195>
127. Ortigosa Gómez S, López-Vilchez MA, Díaz Ledo F, Castejón Ponce E, Caballero Rabasco A, Carreras Collado R, et al. Use of illicit drugs over gestation and their neonatal impact. Comparison between periods 1982-1988 and 2002-2008. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2011 Apr [consultado 8 Abr 2018];136(10):423–30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21296368>
128. The Connection Between Substance Use Disorders and Mental Illness. National Institute on Drug Abuse (NIDA) [Internet]. [consultado 18 Abr 2018]. Disponible

- en: <https://www.drugabuse.gov/publications/common-comorbidities-substance-use-disorders/part-1-connection-between-substance-use-disorders-mental-illness>
129. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data [Internet]. 2013 [consultado 19 Abr 2018]. p. 1–12. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_220660\\_EN\\_TDAU13002EN.N.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_220660_EN_TDAU13002EN.N.pdf)
  130. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings [Internet]. 2014 [consultado 19 Abr 2018]. Disponible en: <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf>
  131. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en España. 2013-2014 [Internet]. 2013 [consultado 4 Abr 2018]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES2013.pdf>
  132. Generalitat de Catalunya. Departament de Treball Afers Socials i Famílies. Quins són els perfils dels joves tutelats per la DGAIA? [Internet]. Col.lecció “Infància i Adolescència.” 2017 [consultado 30 Abr 2018]. Disponible en: [http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/colleccions/infancia\\_i\\_adolescencia/num\\_11/perfilsTutelatsDGAIA.pdf](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/colleccions/infancia_i_adolescencia/num_11/perfilsTutelatsDGAIA.pdf)
  133. Bañuls Oncina E, Clua García R, Jiménez Vinaja R, Imbernón Casas M. Presó, drogues i poblacions ocultes: consum de drogues i conductes de risc per a la salut en població penitenciària [Internet]. 2013 [consultado 30 Abr 2018]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/268630891>
  134. Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya. Indicadors de salut perinatal a Catalunya. Any 2014 [Internet]. 2015 [consultado 1 May 2018]; Disponible en: [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/temes\\_de](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de)

\_salut/vigilancia\_epidemiologica/documents/arxiu/info\_exe\_14\_perinatal.pdf

135. Generalitat de Catalunya; Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Estadística de naixements. Parts segons l'edat de la mare, tipus de part i maturitat. Catalunya 2014 [Internet]. [consultado 3 Abr 2018]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=5121&t=201400>
136. Generalitat de Catalunya; Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Estadística de naixements. Nascuts vius segons sexe i pes al néixer. Catalunya 2014 [Internet]. [consultado 3 Abr 2018]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=5098&t=201400>
137. García-Algar O, Vall Combelles O, Puig Sola C, Mur Sierra A, Scaravelli G, Pacifici R, et al. Prenatal exposure to drugs of abuse using meconium analysis in a low socioeconomic population in Barcelona. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2009 Feb [consultado 2 Jun 2018];70(2):151–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19217571>
138. Farst KJ, Valentine JL, Hall RW. Drug testing for newborn exposure to illicit substances in pregnancy: pitfalls and pearls. *Int J Pediatr* [Internet]. 2011 Jul [consultado 2 Jun 2018];2011:951616. doi: 10.1155/2011/951616. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/ijpedi/2011/951616/>