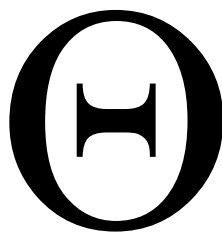


Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya



Documents de reflexió

***La separació del nadó de la seva mare¹ en el moment del naixement
per causa de maltractament prenatal o per la previsió del futur
desemparament del nadó***

Document aprovat el 18 de gener de 2018 en sessió plenària

¹ Fem referència a la mare perquè és la persona de qui es produeix la separació del nadó en el moment del part i en el ventre de la qual hi ha estat fins aquell moment. No obstant, també hem de tenir en compte el paper del pare biològic, ja estigui legalment establert, com en el cas que hi hagi matrimoni, o sigui presumpte i n'estigui pendent la determinació legal. Tot això, sense oblidar altres formes que en el moment present poden adoptar les famílies. Quan, al llarg de l'informe, fem servir només la paraula *mare*, fem referència a la figura d'aferrament principal, que generalment és la mare, però també pot ser el pare o altres persones que tinguin una cura continuada de l'infant.

Aquesta obra està sotmesa a una llicència Reconeixement-No Comercial-Sense Obres Derivades 3.0 de Creative Commons. Se'n permet la reproducció, distribució i comunicació pública sempre que se'n citi l'autor o autors i l'editor, i no es faci un ús comercial de l'obra original ni se'n creïn obres derivades. La llicència completa es pot consultar a:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>



© Departament de Treball, Afers Socials i Famílies
Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya

Autoria dels textos:
Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya

Maquetació:
DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials

© 2018, Generalitat de Catalunya
Departament de Treball, Afers Socials i Famílies
Passeig del Taulat, 266-270
08019 BARCELONA

CRÈDITS

El Comitè d'Ètica agraeix la col·laboració dels seus membres vocals així com als professionals Begoña Román i Josep Ramos per la revisió de les primeres versions del document.

Han coordinat la redacció d'aquest document:

- **Joan Mayoral Simón.** Jurista. Màster en Alta Funció Directiva (EAPC-2008). Diplomant en estudis superiors especialitzats en Dret Públic (UAB-2002). Sub-director general d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Vocal i vicepresident del Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya.
- **Marta Sadurní i Brugué.** Directora del Laboratori de Vincle Afectiu i Desenvolupament Humà (UdG). Doctora en Psicologia, especialista en Psicologia Clínica i professora titular de la Universitat de Girona. Actualment és, també, la directora del Màster Interuniversitari en Psicologia

General Sanitària (UdG-UOC) i del Màster de Formació en Psicoteràpia i Teoria del Vincle Afectiu (UdG). Fundadora i presidenta de l'Associació Catalana de Psicologia Clínica-Evolutiva i Psicoteràpia del Vincle Afectiu (ACPCE-VA) i membre de la International Attachment Network Iberoamericana (IAN-IA). Psicoterapeuta, formadora i supervisora d'equips. És autora del llibre *Vincle afectiu i desenvolupament humà*, que intenta respondre a moltes de les qüestions bàsiques sobre aquesta perspectiva.

Han participat en la redacció d'aquest document els col·laboradors següents:

- **Anna Creus.** Pediatra especialista en neonatologia. Hospital Maternoinfantil de la Vall d'Hebron. Membre del Grup de Treball del Risc Psicosocial Neonatal.
- **Mercè Delgado Gonzalez.** Doctora en psicologia per la UAB; tècnica de l'equip de valoració del maltractament infantil (EVAMI) detectat en hospitals i centres sanitaris de Barcelona Ciutat des de la seva creació l'any 2006 fins a l'actualitat.
- **Marta Gavaldà Vinzia.** Diplomada en Treball Social. Exercici professional actual al Servei de Neonatologia i Atenció Precoç de l'Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu. Experiència professional en l'àmbit d'infància i família (famílies en situació de risc social) i salut (etapa prenatal i petita infància). Formació específica en intervenció social amb famílies i petita infància. Formació en treball grupal i supervisió. Ha col·laborat en universitats com a tutora d'alumnes de Grau en Treball Social i ha participat en Jornades de Pràcticum. Participació en el Grup de Treball Social Hospitalari amb Gestants en Risc Social i Maltractament del Col·legi Oficial de DTS i TS de Catalunya. Participació com a docent en el Màster en Cures d'Infermeria en la Infància i Adolescència de la UB (EUI Sant Joan de Déu).

- **Raquel Martin Mata.** Llicenciada en Psicologia i Diplomada en Treball Social, tècnica d'infància a la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, membre de l'espai de reflexió ètica del Servei Territorial de Barcelona Comarques de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència.
- **Roc Masiques i Illa.** Investigador col·laborador del Laboratori de Vincle Afectiu i Desenvolupament Humà (UdG). Professor del Màster de Formació en Psicoteràpia i Teoria del Vincle Afectiu (UdG). Fundador i membre de l'Associació Catalana de Psicologia Clínica-Evolutiva i Psicoteràpia del Vincle Afectiu. Ha treballat com a psicòleg en diversos EAIA i com a terapeuta d'adolescents i joves. Formador i supervisor d'equips. És membre de la International Attachment Network Iberoamericana.
- **Marc Pérez Burriel.** Investigador del Laboratori de Vincle Afectiu i Desenvolupament Humà (UdG). És doctor en Psicologia i psicòleg general sanitari. És professor associat de la Universitat de Girona i professor col·laborador de la Universitat Oberta de Catalunya. Fundador i membre de l'Associació Catalana de Psicologia Clínica-Evolutiva i Psicoteràpia del Vincle Afectiu (ACPCE-VA) i actual membre de la Junta de la International Attachment Network Iberoamericana (IAN-IA). Professor del màster de Formació en Psicoteràpia i Teoria del Vincle Afectiu (UdG).
- **Gemma Sadurní i Brugué.** Investigadora col·laboradora del Laboratori de Vincle Afectiu i Desenvolupament Humà (UdG). És pedagoga de l'Equip de Protecció a la Infància i Adolescència del Gironès-Salt. Fundadora i membre de l'Associació Catalana de Psicologia Clínica-Evolutiva i Psicoteràpia del Vincle Afectiu. També és professora del Màster de Formació en Psicoteràpia i Teoria del Vincle Afectiu (UdG). Experta en dansa-moviment (*Atmandance*).
- **Mariona Sanromà Casas.** Cap de la Unitat d'Obstetrícia, Ginecologia, Pediatria i Neonatologia de l'Hospital del Mar de Barcelona.

- **Doctora Anna Suy Franch.** Cap de la Secció d'Obstetrícia de l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron. Coordinadora de l'Àrea d'Urgències d'Obstetrícia i Ginecologia de l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron. Doctorat en Medicina per la Universitat de Barcelona. Màster en Atenció Integral al Malalt Crític i Emergent per la Universitat de Barcelona.
- **Maria Teresa Pi Ordóñez.** Investigadora col·laboradora del Laboratori de Vínclle Afectiu i Desenvolupament Humà. Cap de Servei del CSMIJ del Gironès i el Pla de l'Estany de l'Institut d'Assistència Sanitària de Girona. Professora associada de la Universitat de Girona. Fundadora i vicepresidenta de l'Associació Catalana de Psicologia Clínica-Evolutiva i Psicoteràpia del Vínclle Afectiu i membre de la International Attachment Network Iberoamericana.
- **Eulàlia Termes Rifé.** Llevadora de l'Hospital del Mar de Barcelona.
- **Sergi Torras.** Sergent especialista en treball policial amb menors d'edat de la Unitat Central de Menors del Cos de Mossos d'Esquadra.

CONTINGUT

CRÈDITS.....	3
1. INTRODUCCIÓ	10
2. PRINCIPALS CONCEPTES LEGALS APLICABLES A LA SITUACIÓ DE DESEMPARAMENT DEL FUTUR NADÓ O DEL NADÓ	13
2.1. Conceptes bàsics.....	13
2.2. L'interès superior de l'infant nounat.....	18
2.3. Drets dels progenitors i familiars del nounat.....	21
2.4. La protecció de l'infant abans de néixer o en el moment del naixement.....	23
2.5. Dret al propi cos i dret a decidir sobre la pròpia maternitat <i>versus</i> maltractament prenatal i protecció del futur nadó.....	26
3. PRINCIPALS CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES DELS CASOS DE SEPARACIÓ DEL NADÓ DE LA MARE EN EL MOMENT DEL NAIXEMENT	29
4. SOBRE EL MALTRACTAMENT PRENATAL.....	36
4.1. Possibles conseqüències del maltractament prenatal	36

4.2. Indicadors per detectar el maltractament prenatal.....	40
5. SOBRE EL DESEMPARAMENT I SEPARACIÓ DEL NADÓ PER INCAPACITAT DELS PROGENITORS PER EXERCIR LES SEVES FUNCIONS O RISC DE FUTUR MALTRACTAMENT	42
5.1. Situacions més freqüents d'incapacitat	43
5.1.1. Negligència	43
5.1.2. Addicció	43
6. LA VALORACIÓ SOBRE LA PROCEDÈNCIA DE LA SEPARACIÓ DEL NADÓ DE LA SEVA MARE EN EL MOMENT DEL NAIXEMENT	45
6.1. Criteris específics per valorar i ponderar el maltractament prenatal en el moment del naixement.....	45
6.1.1. Dany causat a l'infant durant el seu procés gestacional compatible amb un maltractament prenatal	46
6.1.2. Valoració del risc del maltractament en el període posterior al naixement.....	47
6.2. Aspectes i criteris comuns al maltractament prenatal i les altres causes.....	48
6.2.1. Valoració de la capacitat d'uns progenitors abans que tinguin l'oportunitat d'exercir	48
6.2.2. Determinació de la millor alternativa viable per a la protecció de l'infant o adolescent: <i>primum non nocere</i>	49
6.2.3. Aferrament i desenvolupament en nadons	50
6.2.4. Vincle insegur i salut mental.....	52
6.2.5. Danys que pot provocar la separació del nadó de la seva mare.....	52
6.2.6. Afectacions en el vincle del nadó produïdes per la separació de la mare	56
6.2.7. Com es poden minimitzar els danys produïts al nadó separat de la seva mare.....	59
7. EL TREBALL DELS PROFESSIONALS.....	62

7.1. El treball previ durant l'embaràs.....	62
7.1.1. Dimensió informativa.....	62
7.1.2. Dimensió formativa.....	63
7.1.3. Dimensió terapèutica.....	63
7.1.4. El treball amb el pare	65
7.2. La presa de decisió de la separació del nadó de la seva mare.....	67
7.3. L'atenció a la mare durant el part.....	68
7.4. El treball durant la separació.....	69
7.5. Com afrontar el conflicte durant la separació: el suport policial	72
7.6. Actuacions posteriors a la separació.....	74
7.6.1. Generació d'un vincle alternatiu	74
7.6.2. Alletament i contacte amb la mare, el pare i la resta de familiars.....	76
7.6.3. Possibilitat de retorn amb la mare o el pare en el cas que aquests compleixin amb el seu pla de treball i disminueixi el risc per a l'infant	76
7.6.4. El paper de les famílies acollidores d'urgència. Avantatges i inconvenients de l'estada del nadó en una família pont, tenint en compte les fases de desenvolupament del vincle afectiu.....	79
8. CONCLUSIONS I RECOMANACIONS FINALS	80
9. BIBLIOGRAFIA	87
10. REFERÈNCIES LEGALS VIGENTS	91

1. INTRODUCCIÓ

Aquest document pretén analitzar les situacions especialment difícils que es produeixen durant l'embaràs i en el moment del naixement, quan es valora que hi ha un risc greu de desprotecció del nadó per les persones que l'han de protegir, els seus pares.

La família en qualsevol de les seves formes és el pilar bàsic de la protecció a la infància i, per això, la naturalesa i la llei atorguen als progenitors la funció de cura i protecció dels fills. Però aquesta funció, per a la qual han de rebre el suport necessari dels poders públics, està subjecta al control i la protecció subsidiària de l'Administració quan es produeixin situacions de desprotecció greu.

Les primeres etapes de vida del nadó són especialment rellevants per a la protecció, atès que són essencials per al seu futur. Sue Gerhardt, cofundadora de l'Oxford Parent Infant Project, escriptora i psicòloga, fa servir el símil següent per entendre la importància de les polítiques familiars i socials en la primera fase de la vida: «No invertir en el benestar dels nounats comportarà més endavant haver de

gastar un munt de diners per reparar un edifici que té els fonaments mal posats i pateix de danys estructurals.»²

Tanmateix, quan les situacions de desprotecció es produeixen en el moment del naixement, plantegen importants conflictes ètics als professionals que hi participen. És per això que aquesta problemàtica ha sorgit en diverses ocasions i de maneres diferents com a casos de treball i discussió en els espais de reflexió ètica dels serveis d'atenció a la infància.

La separació d'un nadó de la seva mare en el moment immediatament posterior al naixement és una actuació especialment greu i dràstica per l'afectació dels drets i interessos de tots els implicats:

- del nadó, l'interès del qual ha de prevaldre sobre els altres interessos en joc. Des del moment del naixement, el bebè necessita una persona de criança que l'ajudi a regular els seus estats psicobiològics i li possibiliti iniciar el procés d'aferrament, la importància del qual precisarem en seccions posteriors d'aquest document;
- dels progenitors, que es veuen privats de la possibilitat d'exercir la seva maternitat o paternitat, i poden necessitar suport i acompanyament durant aquest procés;³
- de la resta de la família biològica, com els germans o avis del nounat, que també poden quedar afectats per la retirada del nou membre de la família.

A aquesta afectació s'hi afegeix la dificultat que implica el moment, immediatament posterior al part, i el lloc on és produeix, l'hospital.

² GERHARDT, S. *Why love matters: How Affection Shapes a Baby's Brain*. Londres: Routledge, 2004.

³ Cal precisar que el procés d'aferrament d'un infant vers la mare i pare té un altre component essencial i necessari: el lligam afectiu que els pares desenvolupen envers el seu fill o filla. Aquest lligam, que en la literatura específica pren el nom de vincle afectiu (*bonding*), ja s'ha iniciat durant el període prenatal, i la seva ruptura podria tenir conseqüències negatives en la qualitat de la relació entre els pares i l'infant.

Per tot això, el Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya⁴ ha decidit l'abordatge d'aquesta important qüestió, amb l'objectiu d'analitzar per què, per a quin fi i com es duen a terme les separacions dels nadons de la seva mare en el moment del naixement, ponderant els drets i els interessos en joc, tenint sempre present l'interès superior de l'infant a protegir, i formular unes recomanacions que puguin orientar els professionals i les institucions implicades sobre com es pot garantir la protecció de les persones afectades i especialment la de les més vulnerables: les persones que acaben de néixer.

⁴ D'acord amb el que estableix l'article 2.1 de l'Ordre ASC/349/2010, de 16 de juny, per la qual es va crear el Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya, «el Comitè d'Ètica dels Serveis Socials té la finalitat de prestar a totes les persones implicades en serveis d'intervenció social un assessorament en la presa de decisions davant de possibles problemes ètics, generar coneixement, elaborar protocols d'intervenció, així com generar actituds i bones pràctiques i promoure el debat i la inclusió de l'ètica com un aspecte molt important de la pràctica professional».

Per a l'exercici d'aquesta funció, el Ple del Comitè (article 5.9.c) de l'Ordre ASC/349/2010) pot «formular recomanacions i protocols d'actuació que ajudin el Departament competent en matèria de serveis socials i els professionals de l'àmbit dels serveis socials a garantir, tant en l'exercici assistencial com docent i d'investigació, el respecte per la dignitat de les persones, especialment en situacions de controvèrsia o conflicte». Tanmateix, el Comitè, d'acord amb l'article 3 de l'Ordre ASC/349/2010, pot crear comissions de treball, temporals o permanents, que han de ser coordinades i presidides per un vocal del Comitè i poden estar integrades per persones expertes que no formin part del Comitè quan les matèries que tracti així ho aconsellin.

2. PRINCIPALS CONCEPTES LEGALS APLICABLES A LA SITUACIÓ DE DESEMPARAMENT DEL FUTUR NADÓ O DEL NADÓ

2.1. CONCEPTES BÀSICS

La Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (en endavant DGAIA) és l'òrgan administratiu competent per a la protecció a la infància i, en l'exercici de la seva competència, pot declarar la situació de desemparament i decidir la separació d'un infant o adolescent del seu nucli familiar.⁵

⁵ Vegeu els articles 105 i següents de la Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, i articles 143 i següents del Decret 289/2016, de 30 d'agost, de reestructuració del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Una de les característiques del sistema de protecció a la infància i l'adolescència de l'Estat espanyol és l'atribució d'aquesta competència, que comporta decidir sobre la separació i suspensió de la potestat parental, a l'Administració pública –*entitat pública* segons la terminologia de la Llei orgànica de protecció jurídica del menor– i no a un òrgan judicial, competència que, a més, correspon a les comunitats autònomes segons la distribució actual de competències (sobre el sistema de protecció a la infància i l'adolescència, vegeu MAYORAL SIMÓN, J. "El sistema de protecció a la infància i l'adolescència de Catalunya", *Revista de Treball Social*, núm. 205, 2015).

L'opció per a una competència administrativa (subjecta, això sí, a control judicial), i no directament judicial, s'explicita clarament després de la transició amb la Llei orgànica del poder judicial i l'aplicació del principi de separació de poders. En aquest sentit, des de la creació dels Tribunals per a Nens (1918) com a jurisdicció especial per a infants que delinquen i de protecció a la infància, que posteriorment van

Quan la DGAIA decideix la separació d'un nadó de la seva mare en el moment del naixement, es dicta una resolució de declaració de desemparament preventiu o definitiu, se suspèn la potestat parental i s'acorda la retenció hospitalària del futur nadó o del nadó acabat de néixer.

Desemparament és aquella situació de fet en què es troba un infant quan li manquen els elements bàsics per al desenvolupament integral de la personalitat, sempre que per a la seva protecció efectiva calgui aplicar una mesura que impliqui la separació del nucli familiar.⁶

La declaració de desemparament (preventiva o definitiva) que comporti la separació d'un nadó de la seva mare contra la seva voluntat es pot donar, bàsicament, en els possibles moments següents:

- abans del naixement del nadó;
- en el moment del naixement;
- en un moment posterior com a conseqüència de la detecció d'una situació de desemparament que defineix l'article 105 de la Llei 14/2010.

ser denominats tribunals tutelars de menors, aquests denominats "tribunals" eren realment uns òrgans que no complien el principi de separació de poders i, malgrat la seva denominació, era, segons la nostra visió actual, un òrgan administratiu no enquadrat en el poder judicial. Tanmateix, el sistema de protecció estava fortament fragmentat (Obra de Protecció i Juntes de Protecció; sistema de beneficència generat pel franquisme: Institut Nacional d'Assistència Social, INAS, successor de l'Auxili Social i el Fons Nacional d'Assistència Social, FNAS; sistema de les diputacions provincials, cases de misericòrdia i de caritat; i sistema dels ajuntaments de les grans ciutats que intentaven donar compliment a la Llei de beneficència i suplir mancances).

Per tant, davant la posició de no conformitat amb aquesta situació, amb la Constitució espanyola s'opta per suprimir els tribunals tutelars de menors i separar les funcions de reforma i protecció de la manera següent:

Creació dels Jutjats de Menors (1985-1988) com a òrgans per a l'enjudiciament dels delictes comesos per menors d'edat penal.

Atribució a l'Administració de les competències de protecció. Amb la modificació del Codi civil mitjançant la Llei 21/1987, d'11 de novembre.

Aquesta activitat administrativa, com tota activitat de l'Administració, està subjecta al control judicial mitjançant un procediment judicial específic d'oposició a les resolucions administratives de protecció que regulen els articles 779 i següents de la Llei d'enjudiciament civil. Tanmateix, estan subjectes a autorització judicial l'ingrés de menors amb problemes de conducta en centres de protecció específics (article 778 bis de la LEC) i l'entrada en domicilis i la resta de llocs per a l'execució forçosa de les mesures de protecció de menors d'edat (article 778 ter de la LEC).

L'atribució per part de l'ordenament jurídic espanyol de la potestat de suspendre la potestat parental i separar el menor d'edat del seu nucli familiar a l'Administració i no al poder judicial, és una opció que qüestionen alguns sectors socials. En aquest document no entrem en aquest debat que, tanmateix, cal tenir present.

⁶ Article 105 de la Llei 14/2010.

En el present document ens centrem en les separacions abans del naixement o en el moment del naixement contra la voluntat de la mare o progenitors. Per tant, també queden fora d'aquest treball els supòsits d'abandonament o renúncia de la mare al nadó en el moment del naixement, que presenten característiques pròpies que també caldria analitzar específicament.

Maltractament prenatal és una de les causes de desemparament previstes legalment, que consisteix en la manca de cura del propi cos, conscient o inconscient, o la ingestió de drogues o substàncies psicotròpiques per part de la dona durant el procés de gestació, i també el dany produït indirectament al nadó per la persona que maltracta la dona en procés de gestació.⁷

Retenció hospitalària és la resolució mitjançant la qual es declara el desemparament, se suspèn la potestat dels progenitors, tutors o guardadors, i s'ordena la retenció del nadó en l'hospital a disposició de la DGAIA fins que se li doni l'alta hospitalària, moment en el que s'adopten les mesures per a l'atenció immediata i transitòria del nadó (que pot ser d'acolliment en família d'urgència o ingrés en centre d'acolliment)⁸ o la mesura de protecció idònia si ja existeix l'oportuna proposta.

En els supòsits de separació del nadó en el moment del naixement, la resolució administrativa inicial més freqüent és la de retenció hospitalària fins que es doni d'alta el nadó, atès que el naixement es produeix generalment en un establiment hospitalari.

L'acolliment en família és aquella mesura de protecció que consisteix a confiar l'infant a una família o una persona perquè n'exerceixi la guarda, vetlli per ell, el tingui en companyia seva, l'alimenti, l'eduqui i li procuri una formació integral, sota

⁷ Article 105.2.c) de la Llei 14/2010.

⁸ Article 111 de la Llei 14/2010.

la supervisió de l'entitat pública de protecció, que ha de facilitar-ne l'ajut i l'assessorament necessaris.⁹

Acolliment en família extensa és l'acolliment familiar en què hi ha una relació de parentiu per consanguinitat o afinitat entre l'infant i la persona acollidora o un dels membres de la família acollidora.

L'acolliment en família extensa és la mesura legalment preferent quan és possible.¹⁰ Per tant, quan hi hagi familiars del nadó, primer cal explorar la possibilitat que acullin l'infant.¹¹

L'acolliment en família aliena és l'acolliment familiar que es fa en una família prèviament seleccionada i que no té cap vincle familiar previ amb l'infant.

Quan no hi ha família extensa o no és idònia, la mesura de protecció preferent ha de ser l'acolliment en família aliena.

L'acolliment en família aliena pot ser **d'urgència** (mentre s'analitza la problemàtica),¹² **simple** (quan es preveu que el desemparament serà transitori),¹³ **permanent** (quan es preveu que el desemparament serà definitiu i no es valora més adequada l'adopció).¹⁴ També és una forma d'acolliment familiar en família aliena **l'acolliment en unitats convivencials d'acció educativa**.¹⁵

L'acolliment preadoptiu és la mesura de protecció que s'ha d'adoptar quan es valori que no serà possible la reintegració en la família biològica i es consideri que

⁹ Article 125 de la Llei 14/2010.

¹⁰ Articles 120.2, 125, 126 i 127 de la Llei 14/2010.

¹¹ Sobre l'acolliment en família extensa i les mesures per la seva promoció, vegeu LLOSADA, J.; MAYORAL, J.; PLANAS, P. *La meua família m'acull. Projecte per promoure i millorar la família extensa i donar-li suport*, Col·lecció Papers, 26, 2012.

¹² Article 111 de la Llei 14/2010

¹³ Article 126.2 de la Llei 14/2010.

¹⁴ Article 126.3 de la Llei 14/2010.

¹⁵ Article 131 de la Llei 14/2010.

el millor per a l'infant és la plena integració en una altra família mitjançant **l'adopció**.¹⁶

Centre d'acolliment és el servei residencial que exerceix l'atenció immediata i transitòria dels infants desemparats, mentre s'analitza la problemàtica i es determina, si s'escau, la mesura de protecció més adequada.¹⁷

Centre residencial d'acció educativa és el servei residencial on s'acullen infants en situació de desemparament, i la guarda l'assumeix el director o directora.¹⁸

L'acolliment en centre (ja sigui d'acolliment o residencial d'acció educativa) és sempre subsidiari a l'acolliment familiar i només s'ha d'acordar quan no sigui possible aquest últim.

El context residencial és diferent al familiar i especialment inadequat per a l'atenció de nadons, tot i que els professionals que hi treballen hi esmercin tots els esforços. En aquest sentit, en un centre no es poden establir relacions familiars o anàlogues a les familiars; els educadors són treballadors que estan subjectes a uns horaris i canvis (torns, vacances, substitucions...), i inevitablement el centre suposa la creació d'un sistema artificial diferent del familiar i comunitari on els professionals mantenen una relació amb el nadó condicional i temporal sense que suposi compartir un projecte de vida en comú, encara que no sigui permanent, a diferència del que representa la integració del nadó en una família.¹⁹

Per això, en el cas de nadons acabats de néixer, considerem que no s'haurien d'adoptar mai la mesura d'acolliment en centre, encara que la legislació catalana no ho prohibeix de manera expressa. La legislació estatal sí que estableix aquesta prohibició des de la reforma del 2015: «No s'acorda l'acolliment residencial per a

¹⁶ Article 147 de la Llei 14/2010.

¹⁷ Article 111 de la Llei 14/2014.

¹⁸ Articles 132 i següents de la Llei 14/2010.

¹⁹ Vegeu CAMPOS, G.; OCHAÍTA, E.; ESPINOSA, M. Á. "El acogimiento residencial como contexto de desarrollo desde la perspectiva de sus profesionales". *Educación y Diversidad*, 5 (1), 2011.

menors de tres anys excepte en supòsits d'impossibilitat degudament acreditada d'adoptar en aquest moment la mesura d'acolliment familiar o quan aquesta mesura no convingui a l'interès superior del menor.»²⁰.

Malauradament, a Catalunya encara es produeixen acolliments en centres de menors de tres anys com hem pogut comprovar en la revisió de casos reals que hem realitzat.

Acolliment en centre maternal. Finalment, encara que no estigui previst en la normativa, cal fer referència a l'acolliment en centre maternal, que implica tant la mare com el nadó.

A Catalunya, la DGAIA disposa de serveis residencials que acullen noies embarassades o mares menors d'edat i els seus nadons, i també existeixen serveis que acullen mares adultes amb els seus nadons, estiguin tutelats o no per la DGAIA. Aquest acolliment té per objectiu acompanyar i donar suport a la noia menor d'edat embarassada tutelada o a la mare menor d'edat o no i al nadó, per intentar que es pugui fer càrrec del nadó i no haver-los de separar.

2.2. L'INTERÈS SUPERIOR DE L'INFANT NOUNAT

L'interès superior de l'infant és un dret substantiu, un principi interpretatiu i una norma de procediment que té per objectiu garantir el gaudiment ple i efectiu de tots els drets reconeguts en la Convenció i el seu desenvolupament holístic, que comprèn el desenvolupament físic, mental, espiritual, moral, psicològic i social de l'infant.²¹

²⁰ Article 21.3 de la Llei orgànica 1/1996, de 15 de gener, de protecció jurídica del menor (en endavant LIOPJM).

²¹ L'interès superior de l'infant l'ha desenvolupat i interpretat l'Observació general núm. 14 del Comitè dels Drets de l'Infant (2013), sobre el dret del nen que el seu interès sigui una consideració primordial, de la qual hem partit per donar aquesta definició, i de la nova

L'article 3.1 de la Convenció sobre els drets de l'infant estableix que «en totes les accions que concerneixen l'infant, tant si les duen a terme institucions de benestar social públiques o privades, tribunals de justícia, autoritats administratives o cossos legislatius, la consideració principal ha de ser l'interès primordial de l'infant».

Aquest interès superior de l'infant pel que fa a la separació de la seva mare en el moment del naixement té dues manifestacions fonamentals que són les següents:

1.-Dret de l'infant noutat a no ser separat dels seus pares tret que sigui necessària la separació per preservar l'interès superior de l'infant.

L'article 9 de la Convenció estableix:

1. «Els estats membres vetllaran perquè l'infant no sigui separat dels seus pares contra llur voluntat, tret de quan les autoritats competents, d'acord amb la legislació i els procediments aplicables, decideixin que aquesta separació és necessària per a l'interès primordial de l'infant. Aquesta decisió pot ser necessària en casos especials, com quan els pares maltracten o abandonen l'infant o quan els pares viuen separats i s'ha de prendre una decisió sobre el lloc de residència de l'infant.
2. »En qualsevol procediment relatiu al paràgraf 1, totes les parts interessades han de tenir l'oportunitat de participar-hi i de donar a conèixer la seva opinió.
3. »Els estats membres han de respectar el dret de l'infant separat d'un dels seus pares o d'ambdós de tenir relacions personals i contacte directe amb tots dos regularment, tret de si això va contra el seu interès primordial. »

Als efectes de la interpretació de l'interès superior del menor d'edat, els aspectes essencials que cal tenir presents són els següents:

redacció de l'article 2 de la LLOPJM, modificat per la Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència.

- «La protecció del dret a la vida, la supervivència i el desenvolupament del menor i la satisfacció de les seves necessitats bàsiques, tant materials, físiques i educatives com emocionals i afectives.»²²
- «La conveniència que la seva vida i el seu desenvolupament tingui lloc en un entorn familiar adequat i lliure de violència. S'ha de prioritzar la permanència en la seva família d'origen i s'ha de preservar el manteniment de les seves relacions familiars, sempre que sigui possible i positiu per al menor.»²³
- «L'efecte irreversible del transcurs del temps en el seu desenvolupament.»²⁴
- «La necessitat d'estabilitat de les solucions que s'adoptin per promoure la integració efectiva i el desenvolupament del menor en la societat, així com de minimitzar els riscos que qualsevol canvi de situació material o emocional pugui ocasionar en la seva personalitat i desenvolupament futur.»²⁵

2.-Dret al respecte a la vida privada i familiar del noutat

La família és el nucli bàsic per a la protecció, l'atenció i la formació dels menors d'edat.

En aquest sentit, l'article 8 del Conveni Europeu per a la Protecció dels Drets Humans i les Llibertats Fonamentals, de 4 de novembre de 1950, reconeix el dret al respecte a la vida privada i familiar i estableix que «tota persona té dret al respecte de la seva vida privada i familiar» i prohibeix tota «ingerència de l'autoritat pública en l'exercici d'aquest dret», tret dels casos que estiguin previstos en la llei i que «constitueixin una mesura que, en una societat democràtica, sigui necessària per a

²² Article 2.2.a) de la LIOPJM.

²³ Article 2.2.c) de la LIOPJM.

²⁴ Article 2.3.c) de la LIOPJM.

²⁵ Article 2.3.d) de la LIOPJM.

la seguretat nacional, la seguretat pública, el benestar econòmic del país, la defensa de l'ordre i la prevenció del delictes, la protecció de la salut o de la moral, o la protecció dels drets i les llibertats dels altres».

Amb ocasió d'aquest precepte, el Tribunal Europeu de Drets Humans s'ha pogut pronunciar en nombroses sentències sobre l'extensió d'aquest dret, partint de la premissa que tot menor d'edat ha d'estar integrat en la seva família des del moment mateix del seu naixement.

Per això, és important destacar que, abans d'adoptar una mesura de separació, és necessari considerar prèviament les possibles alternatives i hi ha d'haver raons suficients i greus que justifiquin aquesta intervenció. En definitiva, és possible la separació, però és l'últim recurs.

2.3. DRETS DELS PROGENITORS I FAMILIARS DEL NOUNAT

Els progenitors són els qui, en primer lloc, tenen l'obligació legal d'assistir i protegir els fills menors d'edat. Per això, l'actuació dels poders públics és sempre subsidiària i per impossibilitat o per incompliment d'aquesta obligació.

Per això, l'article 5 de la Convenció estableix que «els estats membres han de respectar les responsabilitats, els drets i els deures dels pares i, si fos el cas, els dels membres de la família extensa o de la comunitat d'acord amb els usos locals, dels tutors legals o altres persones que en tinguin la responsabilitat i d'acord amb el desenvolupament de les capacitats de l'infant donar-li la direcció i la guia adequades perquè pugui exercir els drets reconeguts en aquesta Convenció».

L'article 3.2 de la Convenció estableix que, en l'activitat administrativa protectora, cal sempre tenir present els drets i deures dels progenitors, en disposar que «els estats membres es comprometen a assegurar als infants tota la protecció i atenció necessàries per a llur benestar, tenint en compte els drets i els deures del seus pares, tutors legals o d'altres persones que en tinguin la responsabilitat legal i, amb aquest fi, han de prendre totes les mesures legislatives i administratives adequades».

En aquest sentit, l'article 12 de la Llei 14/2010, sota l'epígraf «Respecte i suport a les responsabilitats parentals», estableix:

4. «Els pares i les mares tenen responsabilitats comunes en l'educació i el desenvolupament dels fills menors d'edat. Les polítiques d'atenció i protecció dels infants i els adolescents han d'incloure les actuacions necessàries per a l'efectivitat de llurs drets, tenint en compte que el benestar dels infants i els adolescents està íntimament relacionat amb el de llurs famílies.
5. »Els poders públics han de proporcionar la protecció i l'assistència necessàries a les famílies perquè puguin assumir plenament llurs responsabilitats.»

Per tant, les necessitats dels nadons les han de satisfer els progenitors amb el suport dels poders públics, i aquesta funció dels progenitors s'ha de tenir present en la determinació de l'interès superior del menor d'edat que s'ha de valorar «d'acord amb els principis de necessitat i proporcionalitat, de manera que la mesura que s'adopti en l'interès superior del menor no restringeixi o limiti més drets dels que empara».²⁶

Però, en última instància, cal recordar sempre que «en cas que no es puguin respectar tots els interessos legítims concurrents, preval l'interès superior del menor

²⁶ Article 2.3 *in fine* de la LLOPJM.

sobre qualsevol altre interès legítim que pugui concórrer»²⁷. La tasca dels progenitors és una funció que han d'exercir en benefici del nen o de la nena, ja que només els seus drets i els seus interessos són realment legítims; si causen perjudici al nen o la nena incompleixen la seva funció, i és quan els poders públics han d'intervenir.

Pel que fa a la resta de família biològica del nounat, mereixen una especial atenció els casos en què hi ha germans, en els quals tota intervenció haurà de ponderar i protegir, en la mesura del que sigui possible, els drets de relació i contacte entre germans.

Respecte als altres familiars (avis, oncles...) que hi pugui haver, cal garantir la preferència legal²⁸ per les mesures de protecció que suposin la integració familiar amb persones que tinguin un vincle de parentiu amb el nadó.

2.4. LA PROTECCIÓ DE L'INFANT ABANS DE NÉIXER O EN EL MOMENT DEL NAIXEMENT

En la tercera consideració del preàmbul de la Declaració dels drets de l'infant, adoptada per l'Assemblea General de les Nacions Unides el 20 de novembre de 1959, es recollia que «l'infant, per la seva falta de maduresa física i mental, necessita protecció i atencions especials, inclosa la deguda protecció legal, tant abans com després del naixement». Consideració que es reproduïx en el preàmbul de la Convenció sobre els drets de l'infant aprovada per l'Assemblea General de les Nacions Unides en la Resolució 44/25, de 20 de novembre de 1989.

²⁷ Article 2.4 de la LIOPJM.

²⁸ Article 127.3 de la Llei 14/2010.

En el dret civil espanyol²⁹ i en el dret civil català³⁰ es reconeix que «el concebut té la consideració de persona als efectes que li siguin favorables, sempre que arribi a néixer». Però en l'àmbit de les institucions públiques de protecció, la qüestió de com protegir el futur nadó no ha estat tan clara.

S'ha considerat que, quan la criatura no ha nascut ni quan els pares no han pogut exercir-ne la potestat, no es pot produir el supòsit de fet que el nadó estigui mancat d'assistència, no hi pot haver una manca d'exercici o un exercici deficient. Segons aquesta opinió, el risc de desprotecció, si aquest no és efectiu, no pot donar lloc al desemparament.

Aquesta és una objecció important: als progenitors no se'ls ha donat mai l'oportunitat de tenir cura efectiva del seu fill..., per això, si es desempara, s'ha d'exigir que el risc de desprotecció estigui ben fonamentat i sigui greu.

En la normativa estatal històrica sobre protecció de menors d'edat, només es recollien disposicions sobre la protecció i l'empara de la dona embarassada³¹ i relatives a la funció de procurar el compliment de totes les «institucions que tinguin per objecte vetllar i protegir la vida del nen abans del seu naixement i en els primers mesos de vida».³²

La possibilitat de declarar el desemparament abans del naixement la trobem recollida normativament per primera vegada a Catalunya a la Llei 37/1991, de 30 de desembre, sobre mesures de protecció dels menors desemparats i de l'adopció, que en el seu article 2.1 va establir que «l'organisme competent a què es refereix l'article 1 ha de prendre les mesures necessàries per assolir la protecció efectiva dels menors desemparats i, preventivament, abans de néixer, quan es prevegi clarament la situació de desemparament del futur nadó».

²⁹ Article 29 del Codi civil espanyol de 1989.

³⁰ Article 211-1.2 del Codi civil de Catalunya.

³¹ Article 2.1 del Reial decret de 24 de gener de 1908.

³² Article 35.a) del Reial decret de 24 de gener de 1908. Regulació que es contenia també en el Decret de 2 de juliol de 1948, pel qual es va aprovar el text refós de la legislació sobre protecció de menors.

Tanmateix, hi havia el dubte si aquest precepte implicava clarament la possibilitat de declarar el desemparament, atès que només parla de «les mesures necessàries», però la jurisprudència menor de les audiències provincials de Catalunya va avalar la possibilitat de declarar el desemparament del concebut però no nascut.

Actualment, l'article 110.4 de la Llei 14/2010, del 27 de maig, estableix clarament que «la declaració preventiva de desemparament abans del naixement és procedent quan es preveu clarament la situació de desemparament del futur nadó».

Malgrat això, el debat sobre quina és la fórmula més adient per intervenir en aquests casos s'ha tornat a produir en la redacció de la legislació estatal sobre aquesta matèria.

Inicialment la LIOPJM no feia cap referència a aquest tema, però la reforma efectuada el 2015 —que, recordem, no és aplicable a Catalunya—, aborda aquesta problemàtica considerant el maltractament prenatal com una situació de risc —i, per tant, si s'apliqués en el cas de Catalunya el maltractament prenatal, com a situació de risc, seria competència de l'Administració local—³³ de la manera següent³⁴:

«L'Administració pública competent, per intervenir en la situació de risc, ha d'adoptar, en col·laboració amb els serveis de salut corresponents, les mesures adequades de prevenció, intervenció i seguiment de les situacions de possible risc prenatal, als efectes d'evitar amb posterioritat una eventual declaració de situació de risc o desemparament del nounat. A aquests efectes, s'entén per situació de risc prenatal la falta de cura física de la dona gestant o el consum abusiu de substàncies amb potencial addictiu, així com qualsevol altra acció pròpia de la dona o de tercers tolerada per aquesta que perjudiqui el desenvolupament normal o que pugui provocar malalties o anomalies físiques, mentals o sensorials al nounat. Els

³³ Vegeu article 99 de la Llei 14/2010.

³⁴ Article 17.9 de la LIOPJM.

serveis de salut i el personal sanitari han de notificar aquesta situació a l'Administració pública competent i al Ministeri Fiscal. Després del naixement s'ha de mantenir la intervenció amb el menor i la seva unitat familiar perquè, si és necessari, es declari la situació de risc o desemparament del menor per a la seva protecció adequada.»

Per tant, cal avaluar l'aplicació d'aquestes diferents regulacions legals per valorar adequadament quina és l'opció més adient per salvaguardar l'interès superior del nadó.

2.5. DRET AL PROPI COS I DRET A DECIDIR SOBRE LA PRÒPIA MATERNITAT VERSUS MALTRACTAMENT PRENATAL I PROTECCIÓ DEL FUTUR NADÓ

L'embaràs i la maternitat són decisions lliures i autònomes de la mare. Des d'una perspectiva legal, les dones majors d'edat i les menors d'edat amb prou grau de maduresa tenen dret a decidir sobre la seva maternitat:³⁵

Des d'una perspectiva ètica, el principi d'autonomia implica la capacitat per decidir per un mateix i assumir la responsabilitat de les pròpies decisions.

Però, quan una dona ha acceptat portar una vida endavant, la seva funció materna passa a ser prioritària i el dret al propi cos no pot ser el dret prevalent perquè el seu cos n'alberga un altre de qui ella és responsable.

L'inici de la maternitat comença amb la cura de l'infant en procés de gestació. El risc de causar perturbacions importants a l'embrió o fetus està científicament documentat. Es coneixen els efectes potencialment teratògens del tipus

³⁵ Article 212.7 del Codi civil de Catalunya i article 47 de la Llei 14/2010, del 27 de maig.

d'alimentació, medicació, efectes de la marihuana, cocaïna, heroïna, metadona, alcohol, tabac i altres drogues sobre el fetus. Les diferents conseqüències dels teratògens depenen de la fase de formació de l'embrió o fetus i de la seva pròpia estructura biològica individual. Els impactes emocionals que rep la mare gestant també poden tenir efectes sobre la bioquímica cerebral del fetus, la qual cosa implica que no només la dona és responsable del seu fill en camí sinó que la seva parella, sigui o no sigui el pare biològic de la criatura, també ho és. La seva funció ha de ser protegir la dona gestant i evitar-li situacions que la podrien pertorbar (com escenes d'agressivitat o danys emocionals).

Per tant, hem de pensar que la funció parental s'inicia en el moment que la vida de la criatura comença a desenvolupar-se i es té la responsabilitat de cuidar-la. La llei ja reconeix el dret de la dona a suspendre aquesta formació en el cas que prengui la decisió d'interrompre l'embaràs durant les primeres setmanes, quan aquesta vida encara està en estat embrionari. Un cop ha passat aquest temps, determinat legalment, si no s'ha suspès aquesta vida, cal acceptar les responsabilitats parentals que es deriven d'aquesta decisió.

L'objectiu principal dels professionals és treballar pel bé dels infants, la qual cosa implica també donar suport als progenitors que són qui han d'assegurar la protecció present i futura dels fills o filles.

Per tant, respectar el dret a decidir o el principi d'autonomia no implica renunciar a donar tota la informació necessària, de manera clara i entenedora i, fins i tot, ajudar la dona a prendre la millor decisió per al seu propi benefici i dels seus fills presents o futurs.

En aquest treball cal ponderar adequadament els drets sense que la mare o el pare hagin de viure la intervenció dels professionals com una coacció o una amenaça. Especialment difícils són aquelles situacions en què els professionals consideren que si es manté la decisió de ser mare i pare, el futur nadó pot estar en situació de

desempament, i assessoren els progenitors perquè segueixin un programa de planificació familiar.

Quan sigui necessari, el professional ha d'informar, assessorar o recomanar la dona perquè pugui decidir tenint criteri, amb llibertat, però també amb responsabilitat sobre la seva maternitat.

En darrera instància, es podria plantejar en situacions d'especial gravetat per al futur nadó la subjecció forçosa de la dona embarassada a un tractament o ingrés no voluntari, per exemple, per a la desintoxicació d'una addicció. Aquesta subjecció forçosa no es pot plantejar amb la legislació actual, atesa la regulació actual en matèria d'autonomia del pacient. No obstant, èticament hem de poder afrontar aquestes situacions i no abandonar la funció protectora envers el futur nadó.

3. PRINCIPALS CARACTERÍSTIQUES SOCIDEMOGRÀFIQUES DELS CASOS DE SEPARACIÓ DEL NADÓ DE LA MARE EN EL MOMENT DEL NAIXEMENT

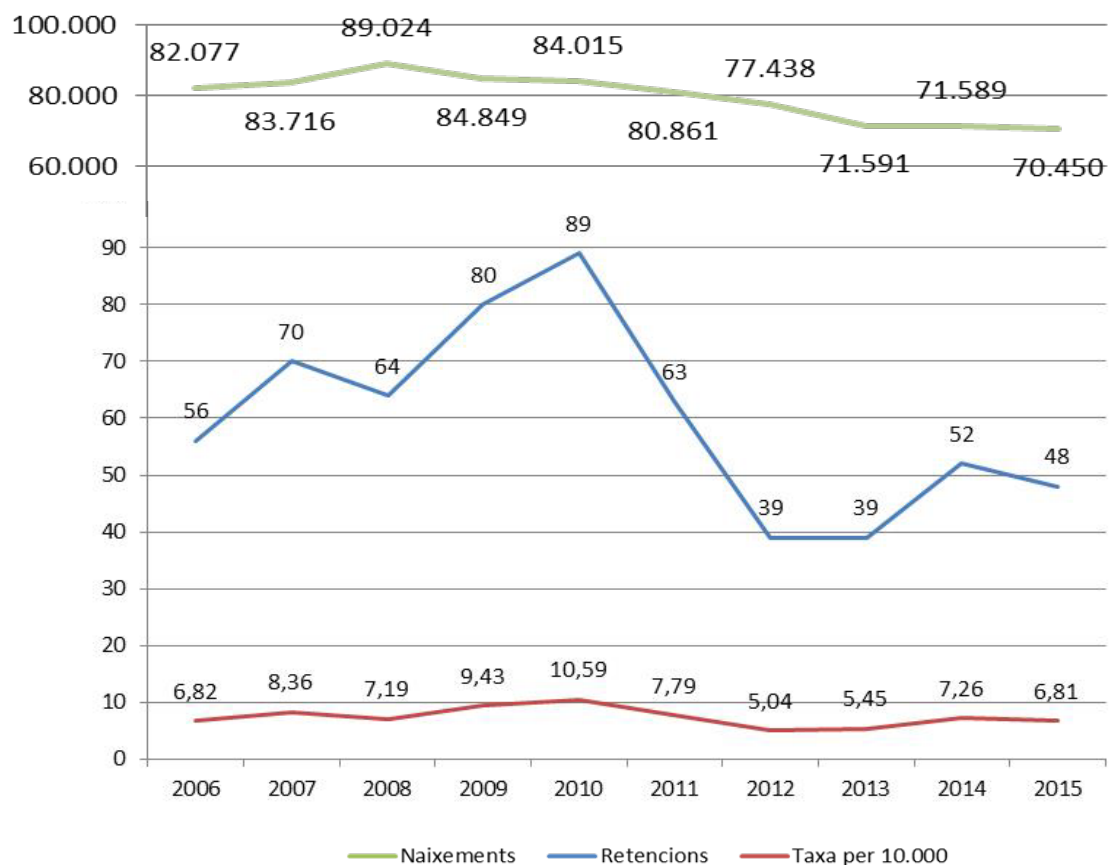
Atès que no és una problemàtica gaire coneguda, considerem adequat fer una breu referència a quins són els aspectes quantitius i qualitius d'aquesta realitat.

A Catalunya, entre 5 i 10 nadons de cada 10.000 naixements són declarats en situació de desemparament i separats de la mare en el moment del naixement per decisió de l'entitat pública de protecció, que a Catalunya és la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Concretament, la taxa mitjana per cada 10.000 naixements durant 10 anys ha estat de 7,47. En el gràfic següent podem veure l'evolució dels naixements, separacions del nadó de la mare, i taxa anual a Catalunya entre el 2006 i el 2015.



Retencions per naixements. Catalunya 2006-2015



Pel que fa al maltractament prenatal, pràcticament la meitat dels expedients de desemparament oberts per aquesta causa han comportat la separació del nadó de la mare, com podem veure en el quadre següent:

Expedients de desemparament oberts per maltractament prenatal:

- 2013. 88 (percentatge de separacions **44,32%**)
- 2014: 98 (percentatge de separacions **39,79%**)
- 2015: 83 (percentatge de separacions **57,83%**)

**Mitjana de separacions per expedients de desemparament oberts per
maltractament prenatal: 51,67%**

Aquestes dades són semblants a les d'un altre estudi que s'ha publicat recentment sobre el maltractament prenatal a Catalunya,³⁶ que donen un percentatge de separació del 53,4% dels casos de maltractament detectats i dades semblants en la resta d'ítems analitzats.

A partir d'aquesta realitat hem efectuat una revisió de tots els casos produïts durant un període concret de temps, concretament el primer semestre de l'any 2015 (un total de 20 casos).

D'aquesta anàlisi podem destacar les dades següents:

- La mitjana d'edat de les mares a qui s'ha retirat el nadó és inferior a la mitjana de les dones que donen a llum a Catalunya (la mitjana dels casos estudiats és de 27,65 anys; la mitjana de Catalunya és de 31,89 anys³⁷).
- Hi ha un elevat percentatge de mares de nacionalitat estrangera (concretament el 52,94% de les dones eren de nacionalitat estrangera,

³⁶ GARCÍA, J.; CAMPISTOL, E.; LÓPEZ-VILCHEZ, M. A.; MORCILLO, M. J.; MUR, A. "Análisis del maltrato prenatal en Cataluña entre los años 2011 y 2014". *Anales de Pediatría*. 2018; 88 (3): 150-159.

³⁷ En l'estudi esmentat de GARCÍA, J.; CAMPISTOL, E.; LÓPEZ-VILCHEZ, M. A.; MORCILLO, M. J.; MUR, A., pàg. 154, la mitjana d'edat de les mares va ser de 28,11, inferior també a la mitjana d'edat de les mares de Catalunya, i destaca que un 16,2% tenien menys de 20 anys.

quan el percentatge de dones de nacionalitat estrangera a Catalunya és del 13%³⁸).

- El 60% de les dones tenia parella identificada.
- Un 20% de les dones ja tenien fills o filles que prèviament havien estat també declarats en situació de desemparament i tutelats per l'Administració.³⁹
- En un 65% dels casos es donava una situació de precarietat⁴⁰ o pobresa.⁴¹
- Pel que fa als principals motius de desemparament⁴² que van provocar la separació són els següents:
 - Manca de cura del propi cos (inclou la falta de seguiment dels controls): 45%.
 - Falta de col·laboració: 45%.
 - Problemes de salut mental: 35%.
 - Ingesta de drogues o substàncies psicotròpiques durant la gestació: 30%.
 - Violència masclista: 20%.⁴³

Respecte a les mesures de protecció adoptades en els casos revisats, han estat les següents:

³⁸ En l'estudi esmentat de GARCÍA, J.; CAMPISTOL, E.; LÓPEZ-VILCHEZ, M. A.; MORCILLO, M. J.; MUR, A., pàg. 152, també hi ha una sobrerrepresentació de les dones estrangeres, que suposen el 38% del total.

³⁹ En l'estudi esmentat de GARCÍA, J.; CAMPISTOL, E.; LÓPEZ-VILCHEZ, M. A.; MORCILLO, M. J.; MUR, A., pàg. 152, les dones amb fills retinguts prèviament representen el 30,5%.

⁴⁰ En l'estudi esmentat de GARCÍA, J.; CAMPISTOL, E.; LÓPEZ-VILCHEZ, M. A.; MORCILLO, M. J.; MUR, A., pàg. 152 i 154, es destaca que només el 24% de les mares tenia feina, quan la mitjana d'ocupació a Catalunya es més de dues vegades superior.

⁴¹ La pobresa no és causa de desemparament. En aquest sentit, l'article 17.1 de la LIOPJM, quan regula les actuacions en situació de risc, estableix: «La concurrència de circumstàncies o mancances materials es considera un indicador de risc, però mai pot desembocar en la separació de l'entorn familiar.» I, en aquest mateix sentit, l'article 18.2, paràgraf segon, de la LIOPJM, també estableix: «La situació de pobresa dels progenitors, tutors o guardadors no es pot tenir en compte per a la valoració de la situació de desemparament.»

Per tant, en els casos analitzats, tot i que han estat altres motius els que han justificat el desemparament, hem trobat que aquesta circumstància concorria en un percentatge molt elevat dels casos, com també el percentatge de dones de nacionalitat estrangera. Per això, considerem que caldria analitzar aquestes dades en un estudi més ampli.

⁴² Hi poden concórrer dos o més en un únic cas.

⁴³ En l'estudi esmentat de GARCÍA, J.; CAMPISTOL, E.; LÓPEZ-VILCHEZ, M. A.; MORCILLO, M. J.; MUR, A., pàg. 152 i 155, el resultat, 20%, és totalment coincident. I és 10 vegades superior a la mitjana de les dones a Espanya.

Mesura inicial:

- Acolliment en família d'urgència i diagnòstic (65%).
- Centre d'acolliment (15%). Aquesta dada és important perquè revela que encara un percentatge significatiu de nadons són acollits en centre.
- Família extensa (10%).
- Centre maternal (10%).

Mesura final:⁴⁴

- Retorn amb la mare (30%).
- Adopció (30%).
- Acolliment simple en família aliena (15%).
- Acolliment en família extensa (10%).
- Acolliment d'urgència per oposició judicial (5%).
- Centre d'acolliment (menor amb 80% de discapacitat) (5%).
- Altres (trasllat de l'expedient a un altre país) (5%).

Quant al temps transcorregut entre el naixement i la mesura definitiva i estable, ha estat el següent en els casos estudiats:

- 2 anys o més:⁴⁵ 33,33%.
- Entre 1 any i 2 anys: 25%.
- Menys d'1 any: 41,66%.

No hem trobat que el tipus de mesures de protecció inicialment adoptades per protegir el nadó tinguin algun efecte en la probabilitat del retorn amb la mare. En els casos analitzats, es varen retornar quatre infants que estaven en acolliment

⁴⁴ Com a mesura final, en fem referència a mitjans del 2017, és a dir, han passat entre dos anys o dos anys i mig des del moment del naixement.

⁴⁵ És a dir, han passat dos anys o més des del moment de revisió del cas i encara no hi ha mesura definitiva.

d'urgència i diagnòstic, un infant acollit en centre maternal (l'altre infant acollit en aquest tipus de centre es va orientar cap a l'adopció) i un acollit en família extensa.

Finalment, per il·lustrar les situacions objecte d'anàlisi, recollim dos dels casos estudiats:

CAS 1

Mare de 34 anys, de nacionalitat espanyola, sense parella, amb quatre fills prèviament tutelats.

Amb una llarga història de consum (cànnabis i cocaïna), admet el consum de cocaïna i cànnabis durant l'embaràs. Presenta un trastorn límit de la personalitat. Té poca consciència de la seva realitat i presenta una manca d'estabilitat i fracàs en els diversos plans de millora amb els altres fills.

El nadó és acollit per família d'urgència i diagnòstic amb un règim de visites inicial una hora setmanal.

La mare ingressa en un centre de rehabilitació i evoluciona positivament; fa un procés de canvi personal i es mostra capaç de donar al nadó un espai de seguretat i vinculació afectiva. Nou mesos després de la separació se'n determina el retorn.

CAS 2

Mare de 38 anys, de nacionalitat estrangera, amb parella. Altres tres fills no tutelats en el moment del naixement.

Consumeix metamfetamines; no assisteix al control ni al seguiment de l'embaràs. No té consciència dels problemes de salut del nadó. S'aprecia inicialment una bona relació amb els altres fills, tot i que es tenen antecedents de manca de control gestacional en anteriors embarassos, manca d'atenció als problemes de salut dels fills, i inestabilitat i precarietat domiciliària.

Negligència i desatenció de les necessitats bàsiques de tots els fills. Es desemparen. No hi col·labora. Situació social de precarietat. No segueix les orientacions del Centre d'Atenció i Seguiment a les Addiccions (CASD). Dona positiu a analítiques i no assisteix a les visites de seguiment. Té un pronòstic de recuperabilitat negatiu a curt termini.

Es proposa l'acolliment en família dels quatre germans, si pot ser, junts. Només s'acullen junts els dos petits. Els altres fills desapareixen (hi ha denúncia per sostracció contra els progenitors).

4. SOBRE EL MALTRACTAMENT PRENATAL

4.1. POSSIBLES CONSEQÜÈNCIES DEL MALTRACTAMENT PRENATAL

Una mare capacitada i estable inicia la relació afectiva i les cures i atenció cap al futur nadó abans del naixement.

Les mares poden presentar problemes i dificultats, sovint en diverses àrees, i això pot tenir efectes sobre l'infant en gestació i futur nadó. A tall d'exemple, diversos estudis posen de manifest que l'exposició a situacions de violència masclista durant l'embaràs i el postpart poden donar lloc a la creació de vincles d'aferrament insegurs i de baixa qualitat.⁴⁶

⁴⁶MAAS A. J.; VREESWIJK; C. M., DE COCK; E. S., RIJK C. H.; VAN BAKEL, H. J. "Expectant Parents: Study protocol of a longitudinal study concerning prenatal (risk) factors and postnatal infant development, parenting, and parent-infant relationships", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2012.

Seguint el Protocol de coordinació d'actuacions per a la prevenció i l'abordatge del maltractament prenatal⁴⁷ podem dir, per exemple, que el consum de drogues il·lícites per part de la dona embarassada comporta una situació perjudicial per a la mare, el fetus i el nounat. Les drogues que consumeix la dona gestant poden repercutir en el creixement normal del fetus, en l'adaptació del nadó a la vida extrauterina amb manifestació de la síndrome de privació, o fins i tot en el normal desenvolupament de l'infant.

Hi ha múltiples drogues que poden tenir repercussió fetoneonatal, ja sigui de manera aguda o crònica. Les conseqüències que poden tenir sobre el nadó depenen del tipus de droga, de la dosi, del temps de drogoaddicció, etc.

Atès que la major part de les drogues passen al fetus a través de la placenta, la sobreestimulació dels sistemes de neurotransmissió del fetus pot produir anomalies en els patrons de proliferació, diferenciació i migració neuronal, així com alteracions persistents en la responsivitat de la cèl·lula i alteracions secundàries de caràcter compensatori que contribueixen a dèficits conductuals posteriors.

Com a problemes precoços, hi podem destacar l'estrès fetal, amb evacuació de meconi i aspiració. Aquest se sol correlacionar amb un test d'Apgar baix. La prematuritat també té una incidència elevada en el baix pes per a l'edat de gestació, que és gairebé la norma. Cal destacar també la possibilitat que es produeixi una disminució del perímetre cranial, l'augment de malformacions congènites, la fragilitat i ruptura dels cromosomes i els infarts cerebrals, així com anomalies en el comportament neurològic. A més, cal tenir en compte la síndrome d'abstinència de drogues del nounat com a conseqüència probable. També s'ha descobert més incidència de la síndrome de la mort sobtada del lactant.

Com a problemes tardans, convé destacar que hi ha estudis que alerten que l'exposició del fetus a les drogues pot repercutir en el desenvolupament de l'infant

⁴⁷ GENERALITAT DE CATALUNYA. *Protocol de coordinació d'actuacions per a la prevenció i l'abordatge del maltractament prenatal*. Col·lecció Eines, núm. 9, 2010 (actualitzat el 2016, Col·lecció Eines, núm. 26).

en forma de retards maduratius que inclouen els pondoestaturals o alteracions del comportament (agressivitat, hiperactivitat, etc.). Cal dir, però, que aquestes incidències també es poden veure condicionades, en negatiu o positiu, pel posterior entorn familiar d'aquests nens.

Els fills de mares consumidores de drogues presenten també un alt risc biopsicosocial per l'augment del risc de dany generacional progressiu, per via congènita i genètica, que té com a conseqüència múltiples malformacions congènites, alteracions neurològiques i deteriorament de la salut mental, fet que predisposa a l'adquisició de noves addiccions.

A més a més representen un impacte social i econòmic molt important per al sistema de suport a les persones, que es tradueix en el que s'indica tot seguit:

- Augment de les despeses en salut per més índex de desnutrició, més morbiditat i més freqüència i gravetat de les hospitalitzacions, els exàmens i els procediments medicoquirúrgics.
- Augment del *pool* (quantitat) de pacients crònics que requereixen equips multidisciplinaris per a un tractament més adequat.
- Augment de la despesa social causada per disfunció familiar, maltractaments infantils, delinqüència i drogoaddicció juvenil, embaràs en adolescents i incapacitat laboral.
- Fumar durant l'embaràs està relacionat amb:
 - Avortament espontani.
 - Mort neonatal.
 - Naixement del nadó amb menys pes.
 - Mort sobtada del lactant.
- Augment del risc d'infeccions respiratòries en la infància i l'adolescència.

- Retards en el desenvolupament del llenguatge i problemes d'aprenentatge.
- Problemes de conducta. S'ha relacionat amb el TDAH.

El consum de cocaïna, *crack*, heroïna i cànnabis s'ha relacionat amb:

- Creixement intrauterí retardat.
- Avortament espontani.
- Part prematur.
- Augment de parts distòcics.
- Menor pes en néixer.
- Síndrome d'abstinència neonatal.
- Anomalies congènites.
- Danys cerebrals del nadó.
- Alteracions cognitives, d'aprenentatge i comportament.

El consum de qualsevol beguda alcohòlica durant la gestació pot donar una síndrome alcohòlica fetal (SAF), caracteritzada per:

- Retard en el creixement intrauterí i després del part.
- Alteracions del sistema nerviós central (SNC), entre les quals es pot trobar retard mental (generalment moderat), nivells baixos d'atenció, labilitat emocional, trastorns del comportament, etc.
- Alteracions de la morfologia craniofacial altament distintives, amb la presència de microcefàlia, anomalies palpebrals, llavis fins amb enfonsament del llavi superior, nas xato, etc.

Amb independència de l'efecte físic que pot produir l'exposició a tòxics, l'exposició a l'estrès psicosocial del fetus i dels nounats pot produir seqüeles en el desenvolupament. El maltractament o la negligència prenatal és un factor de risc, a més, per a una probable continuïtat de maltractament postnatal.

4.2. INDICADORS PER DETECTAR EL MALTRACTAMENT PRENATAL

Els indicadors per detectar i valorar el maltractament prenatal els trobem publicats en l'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.

Aquests indicadors i factors són els que han de servir per valorar la situació personal, familiar i social del nounat i la seva possible situació de risc o desemparament.

Pel que fa als indicadors per detectar les situacions de risc i de desemparament legalment definits, els que fan referència a les situacions compatibles amb maltractament prenatal són els següents:⁴⁸

- La mare presenta manca d'atenció al propi cos durant l'embaràs.
- La mare és consumidora de substàncies tòxiques (drogues i alcohol) de manera habitual.
- La mare és maltractada, físicament o psíquicament, durant l'embaràs per la parella o familiars.
- El nadó presenta síndrome d'abstinència en néixer.
- El nadó té lesions físiques o neurològiques per un control mèdic inadequat de la mare durant l'embaràs.

Pel que fa a la llista d'indicadors i de factors de risc, protecció i pronòstic incorporats com a eina de valoració al Sistema d'Informació de la Infància i l'Adolescència

⁴⁸ L'instrument de cribatge d'aquestes situacions es pot trobar a l'enllaç següent:

http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/07infanciaiadolescencia/proteccio_infancia_i_adolescencia/destacats/Instrument_de_cribatge_de_situacions_de_risc_i_desemparament/Eina-Cribatge_v2.0_activat.pdf

(Sini@) perquè els utilitzin els equips especialitzats, els que fan referència al maltractament prenatal són els següents:

- L'infant presenta síndrome d'abstinència en néixer.
- La mare presenta embaràs sense control mèdic amb risc per al fetus.
- La mare presenta consum de tòxics durant l'embaràs.
- La mare és maltractada durant l'embaràs.
- Es manifesten conductes de risc per al fetus realitzades per la mare (viu al carrer, no ha acceptat cap ajuda...).
- La mare presenta autolesions, especialment a la zona del fetus, intents de perdre l'infant durant l'embaràs, rebuig de l'infant durant la gestació.
- L'infant té lesions físiques o neurològiques a causa del control mèdic inadequat de la mare durant l'embaràs.

Una mare no presenta prou competències parentals quan, podent evitar-ho, posa en risc la vida i les capacitats en procés de maduració del seu fill o filla. Ara bé, cal pensar que l'experiència de tenir un infant pot produir canvis en les capacitats i competències maternes que no s'han de subestimar.

5. SOBRE EL DESEMPARAMENT I SEPARACIÓ DEL NADÓ PER INCAPACITAT DELS PROGENITORS PER EXERCIR LES SEVES FUNCIONS O RISC DE FUTUR MALTRACTAMENT

Un altre supòsit de desprotecció en el qual es pot determinar la separació del nadó en el moment del naixement –que pot coexistir amb indicadors de maltractament prenatal o no– és aquell en què es valora la possibilitat de separació del nadó en el moment del naixement per l'existència d'antecedents previs de maltractament en fills o filles anteriors que poden fer pensar en dificultats per tenir cura adequadament del nadó i en un futur maltractament.

5.1. SITUACIONS MÉS FREQUENTS D'INCAPACITAT

5.1.1. Negligència

L'aspecte més prevalent en la cura inadequada dels nasciturs, nounats i nadons és la **negligència**. Aquest aspecte afecta diverses àrees de manera simultània i pot portar altres problemàtiques associades, com la pobresa, la inestabilitat laboral, la solitud, el consum de substàncies tòxiques i les relacions conflictives.

Aquesta negligència, en l'aspecte psicològic, prové moltes vegades de les representacions de vincle afectiu insegur en la mare o pare amb les seves figures d'aferrament i de processos de dol i pèrdues no elaborats, i pot provocar emocions com la por, l'ansietat, la ràbia, la culpa...

Tot això fa que els pares i mares vulnerables tinguin més dificultats per oferir el marc de cura i protecció estable que els infants necessiten trobar, i poden arribar a situacions de negligència greu i, a vegades, al maltractament físic.

5.1.2. Addicció

Moltes recerques científiques posen de manifest el risc que les mares amb addicció a les drogues presentin dificultats per establir un vincle segur amb l'infant, ja que són poc receptives als senyals del nadó, tenen poca capacitat per oferir-los suport i estimulacions adequades, i són resistent al contacte físic i visual amb el nadó (Blackwell, P. L.; Lockman, J. J.; Kaiser, M., 1999) (Lagasse, S., 2003).

Les mares consumidores no solen tenir només aquest problema d'addicció. Sovint va associat a problemes psicològics, traumes i experiències d'infància adversa que, en alguns casos, afavoreixen més vulnerabilitat a patir trastorns mentals (Sadurní, M.; Sadurní, G.; Pérez Burriel M.; Pi, M. T., 2010).

Hem fet una revisió de les dades⁴⁹ dels infants i adolescents desemparats en els quals un dels motius principals és la drogodependència dels progenitors, que els afecta de manera greu. D'aquesta revisió n'ha resultat la prevalença d'un 11,6% de casos en els quals un dels motius de desemparament era la drogodependència dels progenitors (dels 6.914 casos de menors d'edat en mesura de protecció provisional o definitiva, en 805 un dels tres motius principals de desemparament deriva de la drogodependència dels progenitors, tutors o guardadors). (Data de consulta: 31 de maig de 2017. Font: Sini@).

⁴⁹ Font: Sini@.

6. LA VALORACIÓ SOBRE LA PROCEDÈNCIA DE LA SEPARACIÓ DEL NADÓ DE LA SEVA MARE EN EL MOMENT DEL NAIXEMENT

6.1. CRITERIS ESPECÍFICS PER VALORAR I PONDERAR EL MALTRACTAMENT PRENATAL EN EL MOMENT DEL NAIXEMENT

Per valorar el maltractament prenatal hi ha d'haver, d'una banda, la constància que la mare i el pare han negligit la seva funció parental, que és la de procurar seguretat i protecció a la nova vida que comença. D'altra banda, es recomana que hi hagi una valoració. Aquesta valoració del dany té dues dimensions diferents. Una és la valoració del dany causat a l'infant durant el procés gestacional, compatible amb un maltractament prenatal. L'altra és la valoració del risc de maltractament a què el nounat pot tornar a estar exposat. Aquestes dues dimensions es comenten tot seguit:

6.1.1. Dany causat a l'infant durant el seu procés gestacional compatible amb un maltractament prenatal

Aquest punt caldria dividir-lo en tres tipus de valoracions:

- a) Dany present i observable en el nounat.⁵⁰
- b) Seria convenient disposar d'un instrument d'avaluació que permeti valorar el dany causat al nadó compatible amb un maltractament prenatal durant el seu període gestacional. Aquest instrument podria ser una eina que compartissin els obstetres, les llevadores i el personal sanitari. Aquest mateix instrument podria facilitar la valoració de la reversibilitat del dany causat.
- c) Dany potencial no observable en el període perinatal o neonatal.
- d) No tots els danys produïts a l'estructura i funcionalitat del cervell o danys en altres parts de l'organisme es detecten en el moment o setmanes després de néixer, perquè són danys que afecten zones de l'organisme que encara no han madurat. D'altra banda, les dificultats d'aprenentatge posteriors associades a l'exposició prematura a drogues també poden ser conseqüència d'una falta d'interacció positiva o d'estimulació durant la infància i no –o no només– a l'exposició intrauterina a la substància. De tota manera, seria convenient tenir registrades les possibles conseqüències, entre altres finalitats, per poder desenvolupar programes d'atenció preventius i reparadors per a aquests nens i nenes.
- e) Nivell del risc de dany a què el fetus ha estat exposat.

⁵⁰ El dany causat ha de ser un dels elements objectius fonamentals per procedir a valorar el nivell de gravetat de la situació de desprotecció. Com a exemple, podem veure: *Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil. Servicios Sociales de Atención Primaria y Especializada de la Región de Murcia*: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/files/2012/02/Instrumento-para-la-valoraci%C3%B3n-la-gravedad-de-las-situaciones-de-desprotecci%C3%B3n-infantil.pdf>. Pel que fa al maltractament prenatal cal consultar les pàgines 66 i 67.

- f) No tots els organismes responen igual a les substàncies teratògenes. La resiliència del fetus als components tòxics d'aquestes substàncies també cal tenir-la en compte. A més, la mare pot haver tingut conductes de risc, com no haver acceptat el control mèdic durant la gestació i, malgrat això, el nadó pot néixer sense problemes i sa. En el cas que no s'observi cap dany compatible amb un maltractament prenatal, és igualment convenient registrar el nivell de risc de dany a què el fetus ha estat exposat com a mesura d'alerta i prevenció de possibles futures negligències parentals.

6.1.2. Valoració del risc del maltractament en el període posterior al naixement

El punt més delicat aquí és poder valorar si la mare i el pare continuaran, després del part, negligint el seu infant i, per tant, cal separar el nadó del nucli familiar com a mesura preventiva. La Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència disposa del Simulador del Mòdul de Suport a la Gestió del Risc,⁵¹ que pot ajudar a valorar el nivell de risc de maltractament que ofereix la parella parental.

És important remarcar la importància de millorar els processos de valoració i presa de decisions, atès que els estudis que existeixen detecten elevats percentatges de professionals que cometen un significatiu nombre d'errors.⁵²

⁵¹ Aquest simulador es pot trobar en l'enllaç següent:

http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/infancia_i_adolescencia/proteccio_a_la_infancia_i_ladolescencia/maltractaments_dinfants_i_adolescents/registre_unificat_de_maltractaments_infantils_rumi/

⁵² ARRUABARRENA MADARIAGA, I.; DE PAUL OCHOTORENA, J. "Valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil por los profesionales de los servicios de protección infantil". *Psicothema*, vol. 23, núm. 4, 2011. Aquests autors conclouen el següent:

«Los profesionales no alcanzaron un 80% de acuerdo para ningún nivel de gravedad [...]. No se observaron diferencias significativas en el número de errores en función del contexto de trabajo, sexo, disciplina profesional, grado de dedicación a servicios de protección infantil o años de experiencia.» Pàg. 642

«[...] errores y la falta de consistencia como problemas frecuentes en los procesos de valoración y toma de decisión de los servicios de protección [...]. La valoración de la gravedad de la desprotección realizada por los profesionales participantes en esta investigación puede depender en gran medida de quién la toma [...]. La no constatación de relación entre la experiencia profesional y la toma de decisión se sitúa en la línea de otros estudios (Sullivan [et al.], 2008) y de "un amplio conjunto de investigaciones que han demostrado que ni el nivel de formación ni la cantidad de experiencia influyen en la calidad del juicio clínico" (Ruscio, 1998) [...]. Los errores y la falta de consistencia en las valoraciones y tomas de decisión en los SPI podrían reducirse con la inclusión de procedimientos estructurados que guíen a los profesionales hacia la utilización de procesos de razonamiento analítico y de criterios e instrumentos empíricos para sus valoraciones.» Pàg. 645 i 646.

6.2. ASPECTES I CRITERIS COMUNS AL MALTRACTAMENT PRENATAL I LES ALTRES CAUSES

6.2.1. Valoració de la capacitat d'uns progenitors abans que tinguin l'oportunitat d'exercir

La separació està justificada quan pensem que la integritat física del nadó corre un alt risc, sigui per maltractament físic o per greus negligències que el posin en perill. Com hem dit, l'interès superior de l'infant ha de prevaldre sobre qualsevol altre dret.

Però com hem vist, la valoració del risc futur de maltractament és molt difícil i requereix que s'elaborin protocols i instruments rigorosos en aquest procés. La decisió de no permetre que uns pares exerceixin com a tal només es pot adoptar quan els riscos per al nadó no són assumibles en la mesura que no tinguin reparació possible.

És difícil haver de decidir qui té dret a ser mare o pare, especialment en el cas de pares novells que no han pogut exercir mai, i demostrar la seva capacitat o incapacitat, si no consta un maltractament prenatal. En aquest cas, els riscos no estan fonamentats en antecedents demostrats de maltractament a fills anteriors, per la qual cosa els elements per valorar la impossibilitat d'exercici correcte de la potestat parental han de ser objectivables i greus, i s'ha de justificar per què es descarten altres alternatives que, amb control i seguretat per al nadó (p. e. centres maternals), puguin evitar-ne la separació.

Per tant, reiterem la importància de disposar d'instruments objectius que mesurin el risc de maltractament futur atenent les dificultats per exercir les funcions de maternitat o paternitat mesurades a través d'una escala elaborada.

Tanmateix, la decisió en aquests casos no pot ser adoptada per una persona; cal que l'adopti dialogadament un grup de professionals experts i de diferents disciplines.

6.2.2. Determinació de la millor alternativa viable per a la protecció de l'infant o adolescent: *primum non nocere*

Davant d'un dany present i un risc futur de maltractament cal valorar si s'evita una situació de dany més alt per aplicació del principi de no-maleficència.

En aquest sentit la separació d'un nadó de la seva mare és una situació negativa ja que implica la privació del seu dret a una vida privada conjunta i al ple desenvolupament de les relacions maternofiliars. Per tant, constatats un dany i un possible risc d'un dany futur, cal valorar, sense precipitació i de manera col·legiada, que la intervenció i mesura proposades han de suposar un balanç netament positiu per a l'infant.

En aquesta valoració de quina intervenció és possible realitzar per disminuir el risc cal tenir present:

- el nivell de risc,
- el procés de desenvolupament i d'aferrament del nadó,
- el grau de reconeixement del problema per la família i motivació pel canvi,
- la capacitat d'adaptar els processos i decisions administratives i judicials a les necessitats i temps del nadó, i
- els recursos accessibles.

Aquests aspectes els analitzarem a continuació, un cop exposats els aspectes essencials de l'aferrament dels nadons, amb relació als danys de la separació relacionats amb els riscos a evitar.

6.2.3. Aferrament i desenvolupament en nadons

L'aferrament és una necessitat primordial del desenvolupament humà i part de la nostra constitució biològica. Tots els infants desenvolupen algun tipus d'aferrament depenent de les interaccions que s'estableixin entre ells i els adults que en tenen cura.

L'aferrament ha estat definit com la necessitat dels éssers humans de cercar la proximitat de persones de criança amb l'objectiu d'obtenir les cures i protecció necessàries. Aquesta proximitat de les persones de criança (que, en contextos naturals, són la mare i el pare) no només garanteix la supervivència sinó que depara les experiències d'amor, base d'una personalitat sana, i els aprenentatges socials que un infant necessita per esdevenir membre d'una comunitat. Les relacions entre pares i fills són considerades primordials dins la teoria del vincle afectiu, però cal tenir en compte que no són les úniques. Altres persones com els germans, i més endavant la parella, també generen processos de vinculació afectiva.

Des d'una perspectiva evolutiva, J. Bowlby⁵³ (1907-1990), pare de la teoria de l'aferrament o vincle afectiu, va proclamar, seguint estudis etològics, que els infants neixen amb uns dispositius biològics que els predisposen a voler mantenir-se pròxims a la persona primordial de criança, que generalment és la mare. Bowlby va definir l'aferrament com una forma de conducta pulsional que segueix un model i passa per unes fases evolutives comunes a tots els humans (Marrone, 2009)⁵⁴. Aquesta pauta de conducta humana perdura al llarg de la vida, si bé pren característiques diferenciades segons l'edat i període vital, i és considerada una pauta de conducta normal més que no pas un signe d'immaduresa que cal anar deixant enrere a mesura que ens fem grans.

⁵³ Les obres de John Bowlby són diverses. Es pot consultar la seva triologia *Apego y pérdida*. Vol. 1, 2, i 3. Barcelona: Paidós, 1998.

Una síntesis de l'obra de Bowlby es pot trobar a SADURNÍ, M. *Vincle afectiu i desenvolupament humà*. Barcelona: Editorial UOC, 2011.

⁵⁴ MARRONE, M. *La teoría del Apego*. Madrid: Editorial Psimática, 2009.

Els infants no estan aferrats de manera continuada. La necessitat de proximitat materna o persona d'aferrament s'activa quan l'infant no està bé, ja sigui perquè té gana, son, està malalt o experimenta qualsevol emoció negativa i malestar. Quan el nadó encara no pot caminar o gatejar, les conductes que s'activen per obtenir aquesta proximitat són el plor o aixecar els braços per ser agafat. En infants una mica més grans s'activen les conductes de seguir el pare o la mare per mantenir la proximitat i les cures o protecció parentals. A partir dels 3 anys la confiança establerta amb les persones d'aferrament comporta que l'infant pugui contenir parcialment la necessitat immediata de la proximitat i cerca de regulació afectiva i esperar que els pares estiguin disponibles, o substituir el contacte físic per una paraula tendra o una carícia. Això no s'aplica en el cas que el dolor, malestar o ansietat de l'infant depassi un llindar tolerable.

Les conductes d'aferrament es desactiven quan l'infant ha recuperat el benestar i la calma. En aquest sentit, amb la proximitat de la mare no n'hi ha prou, cal que ella sigui capaç de tornar la tranquil·litat i restaurar la sensació de benestar al fill o filla. Cal diferenciar les conductes d'aferrament de la relació afectiva que manté dues persones unides al llarg del temps. La tonalitat d'aquesta relació s'ha gestat, precisament, en la qualitat de les respostes parentals o de parella a les necessitats d'aferrament.

La teoria del vincle afectiu subratlla que els nounats, de manera progressiva i a través de fases determinades, es van aferrant a les persones que els cuiden i ho fan encara que aquestes cures no siguin de qualitat. Bowlby comenta el fet que els infants s'aferrin a les seves mares i pares encara que hagin tingut comportaments abusius.

Quan la mare i el pare són estables i les seves cures i atenció cap a l'infant són d'amor i bon tracte, els infants van creant dins seu un patró o model de relació afectiva que es caracteritza per la confiança cap a ells, confiança que el predisposa a desenvolupar relacions socials basades en l'empatia i la comprensió. Si els pares

o persones de criança no han estat estables, o les seves cures han estat negligents o inconsistents, el patró intern que es desenvolupa es caracteritza per la inseguretats vers la capacitat parental de donar amor, protecció i calma. Aquesta inseguretats i falta de confiança en l'altre es pot generalitzar a altres relacions afectives, i pot provocar que l'infant eviti dependre dels altres o, al contrari, hiperactivi les seves necessitats afectives. En darrer terme, aquesta inseguretats el fa vulnerable al desenvolupament de trastorns de conducta i a altres alteracions clíniques.

6.2.4. Vincle insegur i salut mental

Un vincle insegur en la infància pot ser un predictor de futurs problemes de salut mental en l'edat adulta. Les últimes investigacions han demostrat que l'aferrament segur i una comunicació afectiva positiva entre la mare, el pare i el nadó és crítica per a una òptima maduració dels sistemes cerebrals que regulen els processos emocionals, la modulació de l'estrès i la capacitat d'autoregulació (Shore, 2000).⁵⁵

Si un infant creix amb experiències de separació, dolor, por o ràbia al seu voltant i sense possibilitat de compensació, el seu desenvolupament pot seguir un patró patogènic i el substrat neurobiològic en pot quedar afectat (Watt, 2003).⁵⁶

6.2.5. Danys que pot provocar la separació del nadó de la seva mare

És necessari ponderar els danys de la separació *versus* el risc a evitar, per això cal que es tinguin sempre presents en el moment de valorar la possible separació.

Els danys que pot causar al nadó la separació dels seus progenitors poden derivar de l'afectació a algun dels aspectes següents:

⁵⁵ SHORE, A. "Attachment and regulation of the right brain". *Attachment and Human Development*. Vol. 2, núm. 1, 2000.

⁵⁶ WATT, D. F. "Psychotherapy in an age of neuroscience: Bridges to affective neuroscience". A: CORRIGALL, J.; WILKINSON, H. (ed.) *Revolutionary connections: Psychotherapy and neuroscience*. Londres: Karnac, 2003.

- **Pot dificultar l'establiment d'un procés de sincronia mútua**

Quan un infant neix té diferents necessitats primordials, que són comunes a tots els nadons. Tanmateix, si bé tots els nounats comparteixen unes característiques comunes, des del primer moment ja en podem distingir les diferències. El pediatre T. B. Brazelton (1995)⁵⁷ alerta que cal observar, per exemple, els diferents nivells de sensibilitat que presenten els nounats als estímuls (auditius, visuals, tàctils); la capacitat de regulació dels seus estats; les tècniques de calma i bressol que li són més adients; la seva orientació a la cara i veus humanes, i la resposta d'adaptació a l'abraçada, entre altres aspectes.

És important que, des del primer moment, les persones que han de ser el pare i la mare (que ja ho són per natura biològica o dret d'adopció) observin com és el nadó i siguin capaços d'establir una sincronia mútua i un bon ajustament.

- **Pot dificultar que la mare o el pare es vinculi de manera adequada al nadó**

Per part de la mare o el pare, aquests primers dies en què haurà de tenir cura del seu petit o petita i aprendre com regular-lo seran molt importants per establir un bon vincle afectiu (*bonding*). El *bonding* és el llaç afectiu que fa que una mare o un pare es lligui a un nen o nena determinat i se senti internament motivat per tenir-ne cura i defensar-lo de qualsevol perill (allò que abans s'anomenava *instint maternal* és una predisposició que s'activa quan la mare comença a tenir cura d'un infant). Com que la mare ja ha començat a cuidar el seu fill dins l'úter, ja sol existir cert *bonding* en el moment de néixer el nadó, si bé aquest lligam afectiu de la mare cap al seu

⁵⁷ BRAZELTON, T. B. *Neonatal Behavioral Assessment Scale*, 3a ed. Londres: Mac Keith Press, 1995.

fill es farà més fort al llarg dels primers dies i setmanes amb el contacte continuat amb el nadó.

- **Pot impedir que l'infant discrimini la mare o el pare com a persona d'aferrament primordial**

El nadó, de la seva banda, també ve predisposat a aferrar-se a algú. La natura l'ha dotat d'allò que els científics han anomenat *conductes d'aferrament*. Al llarg d'aquests primers mesos, aquestes conductes aniran emergint i produiran el seu efecte. D'entrada, de tot el repertori de conductes que el nen tindrà més endavant, el nounat empra el plor. El plor està orientat a fer saber als pares que alguna cosa no va bé i aconseguir la seva proximitat i atenció. Una part d'aquest plor va orientat a fer que el pare o mare l'agafi a coll, el bressoli i el calmi. La trobada mútua de ser sostingut i sostenir en braços té una correlació bioquímica en forma d'alliberament d'hormones (oxitocina, entre d'altres) que produeixen una sensació de benestar i plaer que sent tant la mare o el pare com el fill o filla i que contribueixen a aquest lligam mutu que anomenem vincle afectiu.

Quan els experts en vincle afectiu diuen que el nadó no neix amb un vincle afectiu ja construït adreçat a la persona que l'ha tingut al seu úter no volen dir que no sigui important, des del primer moment, aquesta relació. Volen dir que la trobada entre mare, pare i fill o filla posa les bases de tot un seguit de processos que són més complexos del que ens sembla. Els infants humans no es poden aferrar des del moment de néixer a una mare o a un pare, a diferència de les cries d'altres animals, perquè no tenen prou força ni tampoc la possibilitat de moure's per seguir-la (*aferrar*, en termes científics, vol dir que la cria s'agafa amb força a la mare i també que la segueix caminant, volant, o nadant, quan marxa de la seva vista). En aquest sentit, les cries de primats també triguen, tot i que menys que les humanes, a poder dur a terme aquestes conductes. Per això, en cries de

primats i humanes és generalment la mare la que activa conductes per no separar-se del nadó o per acostar-s'hi quan plora.

L'infant humà, abans de poder mostrar que ja té forces i capacitats mòbils per agafar-se i seguir la mare o el pare, ha de diferenciar-los de la resta de persones que l'envolten. A això se li diu discriminació de la figura materna o paterna. És a dir, ha de poder orientar aquestes conductes innates d'aferrament cap un receptor, que, en circumstàncies naturals, és la mare. La mare activa amb la veu i la mirada que el nadó fixi els seus ulls en ella, ajudat per una predisposició biològica que l'orienta de manera prioritària cap als rostres i veus humanes més que no pas cap als objectes inanimats, com els estudis de Trevarthen⁵⁸ ja van deixar clar a la dècada dels 70 i 80. Aquesta fixació al rostre de la mare permet que aquest rostre desconegut i que l'infant no veu encara com un tot global, vagi quedant dins la memòria en construcció del nen, de manera que cap als 3-4 mesos l'infant ja el diferencia clarament d'altres rostres humans i el cerca amb la mirada si veu que la mare marxa. Diem que l'infant ja discrimina la seva figura d'aferrament primordial.

Si el nadó és cuidat per una altra persona, és molt probable que la discrimini com a figura d'aferrament principal en detriment de la mare o el pare.

- **Pot causar dificultats en la regulació emocional del nadó**

Les trobades amb la mare o el pare que s'esdevinguin quan la mare l'alimenti, canviï els bolquers, bressoli, miri i parli al nadó, l'ensenyi a la gent que l'ha vingut a veure, li toqui els peus i les manetes, etc. són molt més que espais de cura i atenció. En totes aquestes transaccions hi ha emocions que el nadó percep perquè està capacitat biològicament per això.

⁵⁸ TREVARTHEN, C. "Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity". A: BULLOWA M. (ed.) *Before Speech: The beginning of human communication*. Londres: Cambridge University Press, 1979.

I també la mare o el pare rep emocions d'aquestes breus però repetides trobades amb el seu fill. Es tracta d'una regulació emocional que va més enllà de la cura física del nadó. La relació que s'estableix entre la mare o el pare i l'infant des del primer moment és primordial perquè són dos sistemes que s'afecten l'un a l'altre. Aquests dos sistemes depenen d'altres sistemes, certament. Si el seu entorn no és favorable, aquesta sincronia mútua pot quedar afectada. La nostra tasca com a professionals és garantir que aquest procés es pugui donar de la millor manera possible.

Com a conclusió dels anteriors punts, podem dir que es poden produir danys que afecten el procés de sincronia entre mare o pare i infant i l'establiment del vincle entre tots dos.

Si l'infant el posem amb una persona d'acollida, és probable que aquest procés de vinculació el faci amb aquesta altra persona, que alhora pot establir un *bonding* amb el nadó, i que sigui difícil revertir la situació sense causar algun tipus de trauma o patiment psíquic (tant en l'infant com en la persona d'acollida).

6.2.6. Afectacions en el vincle del nadó produïdes per la separació de la mare

a) Afectació del transcurs del temps (hores, dies...) de la separació al benestar del nadó

Cada hora i cada dia que el bebè no rep l'estimulació afectiva apropiada (a través de les carícies, de la mirada, de la veu, del ritme, de la sincronia recíproca, etc.) és una pèrdua i pot tenir un efecte en el seu procés de desenvolupament.

En el moment que posem davant del nadó una persona que respon als seus senyals socials, ell fixa la mirada en el rostre d'aquesta persona i inicia el procés de discriminació (primer) i d'aferrament progressiu (segon).

El dany emergeix quan el separem d'aquesta persona. Aquest dany és més patogènic com més gran és el nen i més fort és el sistema d'aferrament que s'ha construït amb aquesta persona. El lliurar per separar un infant d'una persona amb la qual està construint un aferrament, sense unes possibles conseqüències adverses patogèniques, són, amb més probabilitat, els primers sis mesos (amb un màxim dels 12 primers mesos, és a dir, abans del segon any de vida). S'entén que durant aquests primers mesos el nadó rep les estimulacions afectives corresponents que li assegurin un bon desenvolupament.

Si la persona que assumeix el rol de la persona d'aferrament primària ja era una persona d'aferrament subsidiària, facilitarem la transició de la persona d'acollida a la mare o el pare i viceversa.

El dany també emergeix quan l'infant, quan és un nadó, no pot arribar a discriminar una o diverses persones de l'entorn com a persones d'aferrament perquè va canviant d'educadors o de persones d'acollida, o passa molt de temps institucionalitzat amb personal sanitari que no és estable ni li pot donar una atenció selectiva afectiva més enllà de les cures bàsiques. En aquests casos, el dany no es produeix per la separació de la persona d'aferrament, sinó perquè no s'ha pogut realitzar un procés selectiu d'aferrament.

Un altre cas en què pot haver-hi dany és quan, havent iniciat un fort aferrament amb una persona que no és la pròpia mare o pare i sense haver iniciat cap forma científica reconeguda de vinculació afectiva amb la mare o pare, pretenem treure'l de la persona d'acollida i tornar-lo a la mare o pare. És a dir, el que hem d'entendre és que el vincle afectiu respon a un tipus d'interacció afectiva que conjuga amb una relació estable i continuada que, en casos de separació, hauria d'intentar ser diària.

b) Com afecta la separació a la capacitat de vincle de la mare o el pare i d'assumir en el futur de nou les funcions paternes

Els primers moments després del part són importants per la mare. Diferents investigacions apunten que els nivells hormonals alts i els estímuls que rep del contacte pell a pell amb el nadó, de l'alletament amb pit o biberó i del procés de sincronia i reciprocitat que emergeix en els breus moments d'interacció que un bebè pot aguantar sense cansar-se, activen la seva capacitat materna i el lligam afectiu que farà que discrimini aquest fill o filla per sobre de totes les altres relacions (amb excepció d'altres fills seus).

L'experiència en el treball terapèutic amb mares que han tingut una separació del nadó o fill més gran com a mesura de protecció ens ha de fer reflexionar sobre la construcció d'una certa idealització del fill o filla que les allunya de la realitat del dolor de la separació. En les situacions de separació es pot generar en la mare o el pare un desconeixement progressiu del desenvolupament i característiques personals del fill, així com la necessitat d'omplir la carència afectiva amb altres relacions o iniciant una nova gestació.

c) Com afecta la generació d'un vincle entre el nadó i les persones acollidores a la capacitat del nadó d'aferrar-se a la mare o pare

Si aquestes persones són les figures d'aferrament primordials, encara es pot fer de la mare i el pare unes figures d'aferrament subsidiàries (invertint l'ordre natural que seria que les primàries fossin la mare i el pare i les subsidiàries, altres persones). En tot cas, el nen o nena tindrà unes persones primàries i unes subsidiàries i això no tindria per què perjudicar-la greument. Això s'aconsegueix simplement canviant la periodicitat en què el bebè està amb els seus pares amb visites més llargues o més freqüents. Caldria que els pares rebessin ajuda i suport, una part de la qual hauria de venir d'un nou tipus de persones d'acollida, que no es focalitzés només en l'infant sinó a ajudar els pares a fer de pares. Seria recomanable no confondre l'infant amb la paraula *família* i cercar noves formes per anomenar aquest servei d'acollida.

Si el que fem és prioritzar un vincle primari amb les persones d'acollida i no assegurem que es faci també un aferrament amb els pares, la capacitat de l'organisme infantil per reorientar aquest aferrament, passats els primers 6-12 mesos, minvarà considerablement i és possible que, si triguem gaire, el procés ja sigui irreversible o molt difícil (com de fet passa en molts casos).

6.2.7. Com es poden minimitzar els danys produïts al nadó separat de la seva mare

Alguns dels factors que poden minimitzar el dany produït per la separació del nadó del seu nucli familiar són:

a) En casos de possible retorn, preservar el contacte continuat amb la mare o el pare mentre s'ofereix al nadó una persona d'aferrament subsidiària

Si preservem el contacte continuat amb la mare o el pare al mateix temps que oferim una persona d'aferrament subsidiària, el risc de dany es minimitza considerablement. El fet que l'infant faci més d'un vincle afectiu (amb la mare o el pare i la persona acollidora) no té per què perjudicar-lo, ja que els infants poden construir més d'un vincle afectiu. El que pot ser perjudicial és que es vulgui forçar un lligam amb la mare o el pare quan el procés d'aferrament no s'ha realitzat. Per exemple, fent que la mare o el pare vegi el nadó només un cop a la setmana; que no s'hagi realitzat el procés de sincronia i ajustament mutu a les primeres setmanes i mesos, o que la persona d'acollida no vulgui saber res de la mare o el pare i produeixi un aferrament en exclusiva de la criatura cap a ella. O, a la inversa, que es trenqui bruscament un vincle afectiu iniciat amb la persona d'acollida, per un retorn o per una adopció posterior.

En aquest sentit, la preferència legal per l'acolliment en família extensa com a mesura de protecció del nadó està plenament justificada, atès que pot permetre més continuïtat en l'atenció perquè la persona que ofereix aquest aferrament subsidiari és de la mateixa família, la qual cosa permet, quan és possible, la

transmissió de la identitat de la família biològica de l'infant, enfortir la seva identitat cultural i ètnica, i afavorir les relacions amb la resta de la família.⁵⁹

En els casos que es preveu que l'infant hagi de ser adoptat, s'aconsella que l'acollida per altres persones no sobrepassi els 6 mesos o l'any de vida com a data límit per evitar que es consolidi un procés d'aferrament amb altres persones que no podran quedar-se amb ell i la separació dels quals li produirà molt de dolor i desorientació. A més, el procés de canvi de família d'acollida a l'adoptiva ha de ser progressiu i fins que es pugui constatar que el nen o nena ja ha fet un altre vincle amb la família adoptant.

b) Durant l'estada hospitalària s'ha de procurar que la mare, el pare o una altra persona de possible aferrament doni al nadó una atenció més enllà de les cures bàsiques

És important que al nadó, a part de les cures bàsiques d'atenció alimentària, control de la temperatura i higiene, se li proporcionin aquelles estimulacions afectives que són necessàries: el tacte afectiu, la mirada als ulls mentre se li parla amb ritme i prosòdia afectius, l'inici de la sincronia mútua, el bressol i la regulació afectiva, etc.

En el cas de necessitat d'hospitalització del nadó que ha de ser separat, considerem que cal assignar una persona d'acollida que pugui acompanyar-lo a l'hospital i fomentar aquest contacte humà amb ell.

c) Donar la possibilitat de recuperació a la mare o el pare a través de programes de suport de temps limitat

El procés d'aferrament de l'infant cap a la mare o el pare és progressiu. Segons Bowlby, durant els sis primers mesos és més probable que l'infant pugui reorientar el seu sistema de vincle cap a una altra persona.

⁵⁹ Sobre l'acolliment en família extensa vegeu: LLOSADA, J.; MAYORAL J.; PLANAS P. *La meua família m'acull: Projecte per promoure i millorar la família extensa i donar-li suport*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. 2012.

En tot cas abans dels 12 mesos la situació de l'infant s'hauria d'haver resolt, abans que el vincle afectiu ja estigui ben establert i els processos de pèrdua i dol puguin afectar-lo més greument.

7. EL TREBALL DELS PROFESSIONALS

7.1. EL TREBALL PREVI DURANT L'EMBARÀS

El treball previ és molt important. Pot tenir diferents dimensions:

7.1.1. Dimensió informativa

Qualsevol pare i mare haurien d'estar ben informats dels tipus de dany que poden provocar els diferents agents teratògens, sobretot els que pertanyen a drogues i medicacions, però també aquells que poden causar dany a la bioquímica fetal del nen, com el nivell d'estrès o d'ansietat de la mare, etc. Aquesta dimensió informativa la pot donar l'obstetre, la llevadora, o altre personal sanitari. Aquesta informació s'ofereix a tota dona gestant, així com també se l'informa del tipus d'anàlisi física i psicològica que es du a terme al llarg del procés de gestació, com ara l'anàlisi d'orina per cercar presència de tòxics i una prova que detecti problemes

psicològics com la depressió. Aquestes valoracions s'apliquen com a part d'un programa preventiu i han d'anar orientades a poder oferir a la mare recursos adients.

També s'informa de les possibles conseqüències que hi poden haver en el cas que la mare i el pare, conscients i ben informats, perseverin en pràctiques que podrien posar en risc la vida o el desenvolupament sa del seu fill o filla en procés de gestació. Aquestes mesures pretenen que els pares percebin més l'aspecte positiu, d'ajuda, que focalitza l'atenció en el benestar de l'infant i serveis públics disponibles, i no la dimensió reprovatòria.

7.1.2. Dimensió formativa

Un segon nivell de prevenció va lligat a la preparació per ser mare i pare. En les sessions de preparació pel part aconsellades pel ginecòleg o personal sanitari, s'hi inclouen sessions de preparació per a la maternitat i paternitat en les quals s'explica de manera senzilla però eficaç com s'ha de tenir cura de l'infant durant l'embaràs i els primers dies un cop s'hagi sortit de l'hospital, com s'aconsegueix tenir vincles de base segura, com s'ajuda l'infant en el procés de regulació emocional, les tècniques de calma i bressol, què cal fer durant els còlics, què cal fer quan no menja, quan no dorm, etc. Es tracta d'unes poques sessions grupals però que segurament poden servir d'ajuda preventiva en situacions de risc més lleus.

7.1.3. Dimensió terapèutica

Els dos punts anteriors són aplicables a tots els pares en general. En canvi, la dimensió terapèutica està reservada a aquells pares que han d'entrar en un recurs d'ajuda. El tipus d'ajuda depèn del tipus de problema que presenti la dona o la parella (toxicomanies, violència masclista, malaltia mental, etc.). La derivació als recursos la fan els professionals d'atenció a la infància o els professionals d'atenció sanitària que acompanyin l'embaràs de la mare. Cal que la mare percebi la

dimensió d'ajuda d'aquests professionals, tal com s'ha reiterat, i no d'avís de càstig i retirada de l'infant. Així, durant els mesos de gestació, s'avalua el grau de dificultat que presenta la dona, i la seva parella, en l'exercici de les funcions maternes i paternes en aquells moments i es preveu el nivell de dificultat futur. Aquest recurs es du a terme a través d'unes sessions estructurades i limitades.

En aquestes sessions es poden informar la mare i la seva parella de tot el que pot passar un cop hagi donat a llum: el metge valorarà els possibles danys que hagi rebut el nen i es treballarà amb ells perquè en puguin tenir cura de manera adequada. També s'ha d'explicar que, a partir d'un cert nivell de dany causat o de risc de causar-ne, aquests s'entenen com una agressió i negligència cap al nen i s'han de prendre mesures preventives fins a estar segurs que la mare i el pare han fet els canvis necessaris per garantir la seguretat de l'infant. El fet que la mare o la parella acceptin els recursos que se'ls ofereix es considerarà un pas positiu i un factor a tenir en compte.

S'explica en què poden consistir les mesures de prevenció que s'han de prendre per assegurar que el nadó estigui bé mentre la mare (i la parella) soluciona, amb l'ajuda dels professionals, els seus problemes i millora en les seves funcions.

Aquestes mesures poden ser:

- No separació de la mare i el nen amb treball terapèutic dins de comunitats terapèutiques de mares i infants.
- Ajuda a través d'un recurs del tipus «mares que ajuden altres mares». Aquest recurs implica una dona (o una parella o família) que ajuda aquesta mare en el seu procés de canvi mentre té cura del seu fill. Això no implica una separació, perquè aquesta persona manté un contacte diari i estret amb la mare, li mostra com ha de tenir cura del fill i li ofereix aquest espai perquè, amb l'ajuda dels professionals, ella pugui *recuperar-se* i rebre el fill amb les garanties del bon tracte.

Aquesta dimensió terapèutica té com a objectiu fer que la mare o unitat familiar es vagi sentint lligada a aquest fill, de manera que això esdevingui un factor motivacional de canvi.

7.1.4. El treball amb el pare

El pare en aquestes situacions de risc o desemparament pot ser desconegut o no estar-hi present, però no per això cal oblidar, quan sigui possible, el seu paper durant l'embaràs, el part i la criança del nadó en benefici d'aquest últim.

El coneixement i la determinació de la filiació paterna, en benefici del propi interès de l'infant, és un aspecte que cal tenir present. Cal informar-ne la mare i el presumpte pare, i implicar-los en el treball i en la realització de les actuacions per a la determinació legal de la filiació paterna.

S'ha de tenir present sempre la figura paterna i treballar perquè el pare pugui ser un participant actiu en aquest procés. Aconseguir la seva implicació pot suposar un benefici considerable des del punt de vista emocional i en la cura de la mare i del futur nadó.

Com a conclusió dels punts anteriors, proposem un canvi de model que inclogui una informació i formació adreçades a tota la població sobre la necessitat de les bones cures físiques i psicològiques durant el procés de gestació, els efectes que es poden produir (des de la mort intrauterina fins a les anomalies cardíaques, anomalies cerebrals, dificultats de regulació emocional dels nadons, etc.), les conseqüències que la nostra llei disposi i, sobretot, els recursos que s'ofereixen a totes les dones i les unitats familiars que creguin necessitar-los o a les que el metge o els serveis socials aconsellin (dimensió terapèutica).

Amb la mare (i el pare, si s'escau), en la dimensió i el recurs terapèutics previs al part, s'ha de treballar per:

- a) Comprendre en profunditat què l'ha portat a aquella situació.
- b) Determinar els passos a seguir. No donar-li un pla de treball fet, sinó implicar-la perquè ella mateixa pugui anar dissenyant i avaluant els canvis que es considerin i els que ella hagi comprès a partir del treball que s'ha fet al punt a).
- c) Fer que parli del fill o filla en gestació i de com en tindrà cura, així com de la seva pròpia infància i de la cura que va rebre. Es tracta d'anar canviant els patrons de vincle afectius interns al llarg de tot l'embaràs.
- d) Avaluar amb ella les situacions que li provoquen ansietat i estrès (treball, traumes, relacions afectives actuals, excitació o sopor causat per les substàncies tòxiques, etc.); ajudar-la a cercar solucions adients per a ella, i dotar-la de recursos personals i estratègies per afrontar aquests moments.
- e) Aconseguir establir una aliança afectiva amb el professional que l'atén per tal de motivar-la pel canvi.
- f) Preparar un nou perfil de persona acollidora que entengui quin és el paper que ha de fer i presentar aquest recurs a la mare o al pare, així com el recurs de les comunitats terapèutiques de mares i infants. En cas que la mare o el pare tinguin un bon pronòstic, cal procurar que no perdin el seu paper de mare o de pare; al contrari, cal reforçar-lo.

7.2. LA PRESA DE DECISIÓ DE LA SEPARACIÓ DEL NADÓ DE LA SEVA MARE

La transcendència i complexitat d'aquests casos fa que sigui especialment important que hi hagi un procés per prendre la decisió prou pautat i deliberatiu.

Això és fonamental, tal com hem exposat en el punt 6.1.2, i cal tenir-ho present a l'hora de millorar els instruments i els criteris de valoració dels professionals sobre la gravetat de la desprotecció. Per això, considerem que el procés de presa de decisió ha de ser dialogat i col·legiat.

Com a punt de partida, s'ha de garantir en primer lloc, en la mesura que es pugui, que la mare i el pare (en cas que es conegui) estan informats, i s'ha de valorar quina comprensió tenen de la situació, la possible separació, les conseqüències i les alternatives que hi ha.

En segon lloc, la decisió ha de ser producte d'un procés deliberatiu en el qual s'ha de poder debatre tots els aspectes socials, mèdics, psicològics, ètics i legals; s'ha de fer una revisió de casos precedents, i identificar i analitzar les possibles alternatives existents.

En tercer lloc, en aquest procés hi han de participar sempre el referent de l'equip tècnic que ha intervingut i ha fet la valoració del cas, els que hagin de prendre la decisió i experts de diferents disciplines (com a mínim: experts socials, mèdics, psicològics, jurídics i ètics). És recomanable també que, sempre que sigui possible, hi participin tots els professionals que siguin referents de la mare i el pare en altres àmbits (salut, educació, serveis socials...) per tenir una visió de la situació més completa i comptar amb elements que s'han de tenir presents a l'hora de decidir.

Finalment, la decisió ha d'estar justificada i fonamentada; ha de recollir els fets, el procés deliberatiu, la fonamentació jurídica, la decisió i els recursos que s'hi poden interposar.

En situacions d'urgència es poden adoptar mesures cautelars de separació (per exemple, en el cas d'una mare no coneguda que en el moment previ al part, o durant o després d'aquest, posa en perill la integritat física del nadó), però s'ha de procurar que la decisió sigui dialogada tant com sigui possible entre els professionals implicats, i es revisi en el termini més breu possible d'acord amb els criteris exposats en els paràgrafs anteriors.

Per si sola, no és una situació d'urgència el part d'una dona el cas de la qual és conegut per un equip especialitzat que li fa el seguiment i que valora la situació d'una possible desprotecció del futur nadó (el part es pot produir en qualsevol moment, no només en horari d'oficina, i a vegades arriba sense que l'estudi, la informació o el procediment s'hagin completat). En aquests casos, si no hi ha una conducta activa de la mare que posi en perill la integritat física del nadó, com en el cas d'urgència exposat en el paràgraf anterior, es considera que no s'ha de procedir a la separació, i que cal esperar la valoració i el procés de presa de decisió exposat anteriorment per als casos ordinaris.

7.3. L'ATENCIÓ A LA MARE DURANT EL PART

La mare ha d'entrar a la sala de parts relativament tranquil·la perquè el nadó no ha de ser separat d'ella durant aquests dies hospitalaris. L'ha de tenir segons el procediment habitual: l'hi han de donar en acabar de néixer perquè el pugui alimentar, acaronar i abraçar. Potser no el pot tenir a l'habitació, i segurament quan el tingui hi haurà d'haver càmeres o personal terapèutic que ha d'aprofitar aquests

moments per guiar-la, però la situació ja no serà tan traumàtica com el fet de pensar que un cop acabat el part li trauran l'infant. La mare ha d'arribar a aquesta situació sabent que li donaran una informació exhaustiva del reconeixement mèdic del seu fill, que la psicòloga o el personal sanitari l'ajudaran a adaptar-s'hi, i que rebrà els recursos d'ajuda que li han presentat durant el procés de gestació.

En el cas que una mare no hagi rebut un procés informatiu, ni formatiu, ni hagi anat a cap recurs terapèutic, cal fer-ho durant els dies que estigui a l'hospital, per explicar-li bé per què el nen no es queda a la seva habitació (però igualment serà possible fer el procés de *bonding*).

7.4. EL TREBALL DURANT LA SEPARACIÓ

Tot i que la majoria dels parts es donen en un context hospitalari i hi ha unes garanties sanitàries, cal vetllar també per les condicions ambientals i oferir a la mare i al nadó un entorn tranquil, silencios i amb poca llum, i sobretot promoure el contacte físic entre els dos, pell amb pell, en els primers moments del naixement.

«L'hàbitat» que garanteix la supervivència dels mamífers humans és el cos de la mare. Per tant, des de la vessant etològica, està demostrat que els animals acabats de néixer i que són separats de la mare inicien un comportament de «protesta-desesperació» (Pallás, C., 2009).

Tenint en compte que el part suposa la interrupció de les condicions tranquil·les, segures i estables de l'úter matern, els professionals han d'ajudar la mare i l'infant perquè aquest es vagi adaptant al canvi. El contacte pell amb pell suposa apaivagar aquest canvi sobtat de condicions del nadó i iniciar l'establiment d'un vincle segur entre mare i nadó.

Els beneficis del contacte pell amb pell són imprescindibles en nadons prematurs. L'anomenat «mètode cangur» que es porta a terme en unitats de nounats procura a l'infant el benefici del tacte, i afavoreix la interacció entre la mare i l'infant. D'altra banda, no podem oblidar que l'entorn natural de desenvolupament del nen és la família, i en aquest sentit no caldria demostrar cap benefici addicional (Pallás, C., 2014).

Si es retirés el nadó, els professionals haurien d'acompanyar la mare en el dolor de la separació i possibilitar que pugui alimentar el seu bebè i tenir-ne cura encara que fos en condicions estrictament supervisades.

La informació sobre el dany causat a l'infant s'ha d'explicar a la mare i al pare durant els dies hospitalaris, i també se'ls ha d'ajudar a entrar a un recurs de suport que els possibiliti, per exemple, entendre les reaccions del nadó i la hipersensibilitat que aquest pot tenir a conseqüència de l'exposició a les substàncies tòxiques (per exemple, cal explicar-los que els nens exposats a la cocaïna poden ser més irritables i plorar més) o a altres situacions de risc. Aquest recurs de suport, en aquestes situacions, pot ajudar la mare o el pare a proporcionar la cura apropiada al nadó i a establir un vincle afectiu de base segura.

D'altra banda, cal fer un seguiment als pares i estimar, amb els instruments adequats, la qualitat de la interacció i la relació afectiva que estableixen amb l'infant –en els espais que en tenen cura–, i la dificultat que presenten en l'exercici de les seves competències parentals.

Tal com hem dit, recomanem que el nadó no sigui separat de la seva mare en el moment del part. La mare, o el pare, en la línia argumentada, ha estat preparada al llarg dels mesos d'embaràs, tant de manera informativa com formativa (en el cas que hagi fet ús dels recursos) i, a més, ha tingut un referent terapèutic que l'ha acompanyat i li ha explicat bé tot el que passarà i les ajudes que rebrà. Sap que la informaran de seguida dels danys causats, si n'hi ha hagut, amb la intenció positiva

de donar-li les orientacions que faran possible minimitzar o revertir aquests danys (el tipus d'estimulació adequada, la cura que ha de tenir d'ella mateixa per no augmentar el seu nivell de frustració i cansament, etc.). També l'han preparada perquè entengui que ella mateixa o la seva parella, en la condició en què estan, podrien, ni que fos de manera involuntària, causar més danys a aquest infant, i que, per això, l'hem de protegir. A més, haurem d'estudiar els recursos posteriors més viables (comunitats de mares i infants, serveis d'acollida a la família –mares que ajuden altres mares–, el recurs de germanes, ties o família extensa, el servei terapèutic postpart que continuarà, etc.). Per tant, allò que ens interessa ara és que la mare i el pare estiguin tan tranquils com sigui possible i puguin gaudir d'aquests moments per conèixer el seu fill o filla, donar-li el pit o el biberó, etc.

No obstant això, si hi ha un risc elevat, es pot fer que el nadó estigui a una altra habitació i anar-l'hi portant sota vigilància directa o per càmera per tal que pugui establir un contacte afectiu amb el fill des del primer moment. Aquests contactes poden ser controlats per càmera i supervisats pel psicòleg o el professional sanitari de suport. Així, des del primer dia, el professional veurà i podrà registrar el nivell d'interacció que s'estableix entre mare, pare i fill, les competències maternes apropiades que la mare manifesta i les que no (amb instruments objectius que li permeten fer observacions senzilles i mesurables), i els podrà començar a ajudar.

En el cas que sigui una mare que ajuda una altra mare, aquesta l'ha d'anar a veure i començar a tenir cura d'ella i del nen (i, fins i tot, potser s'han pogut conèixer abans, durant la gestació). En aquests casos, seria aconsellable que l'estada hospitalària s'allargués una mica més (uns 4 dies) per tal de donar un mínim de temps a tots aquests professionals que han d'intervenir, i a la mateixa mare o pare, al nadó, així com a la família extensa, si n'hi ha.

7.5. COM AFRONTAR EL CONFLICTE DURANT LA SEPARACIÓ: EL SUPORT POLICIAL

Malgrat tot el treball previ que es fa, durant la separació poden haver-hi situacions conflictives amb la mateixa mare, el pare o altres familiars, que posin en perill la seguretat dels professionals que intervenen i la del mateix nadó.

En aquests casos, partint del principi d'intervenció mínima, cal requerir el suport policial d'acord amb els criteris següents:

- a)** El suport policial en el moment de la separació s'ha d'activar quan hi ha indicis previs d'hostilitat o rebuig manifest a la intervenció dels professionals per part de la família del nounat que facin preveure una situació de resistència enfront de l'actuació.
- b)** Abans de la intervenció, cal que els agents tinguin coneixement de les dades de la família, les actuacions prèvies dels professionals en relació amb la determinació del desemparament, i els indicis existents d'hostilitat o rebuig a la intervenció professional.
- c)** Just abans de la intervenció, cal contactar amb els intervinents (professionals d'infància o els seus equips tècnics, professionals del centre sanitari o del servei de seguretat) per tal d'establir l'estratègia d'actuació i conèixer quines persones de la família es troben al lloc.

Finalment, aportem recomanacions sobre el tipus d'intervenció que és més adequada en els casos de separació del nadó des del punt de vista de la seguretat:

- a)** A priori, la presència policial no ha de ser visible. Els agents han d'anar de paisà i s'han de mantenir en un segon terme, fora de la vista de la família, però amb prou distància per seguir el desenvolupament dels fets i les reaccions dels intervinents.

- b)** Les decisions que s'han de prendre sobre el contacte directe del nadó amb els seus progenitors recauen sobre els professionals que porten a terme la intervenció. Només en casos en què els agents actuants considerin que hi ha un risc greu per a la integritat física de les persones, s'ha d'atendre a allò que aquests disposin.
- c)** Es considera important la presència d'una persona que fomenti la mediació, atengui la situació de dolor de la família i estigui formada en els aspectes sensibles que es tracten en aquest document, per poder transmetre als progenitors els conceptes d'assistència i garanties a fi d'establir els vincles necessaris entre mare i fill.
- d)** Es considera fonamental que el personal de la DGAIA que intervé conegui de manera exhaustiva l'expedient de la família i del nounat, o que es faciliti el contacte immediat amb els tècnics referents del cas.
- e)** Cal assegurar que la situació posterior a la separació i l'abandonament del lloc dels intervinents sigui traspassada correctament al servei de seguretat del centre hospitalari, sobretot quan el nounat resta ingressat a l'hospital.
- f)** L'ús d'una càmera a l'habitació on està ingressada la mare és un element de seguretat respectuós i efectiu recomanable en casos de separació del nadó, un cop feta la valoració del marc legal pertinent. Cal informar la família d'aquest element i transmetre que forma part del procés d'acompanyament per establir el vincle entre mare i fill.

7.6. ACTUACIONS POSTERIORIS A LA SEPARACIÓ

7.6.1. Generació d'un vincle alternatiu

Segons John Bowlby, si la mare biològica no pot ser la principal figura d'aferrament, aquesta funció pot ser duta a terme per altres persones. Si una persona substituïda dona afecte i cures maternes a l'infant, aquesta el tractarà com qualsevol altre nen que fos atès per la seva mare o pare.

D'altra banda, John Bowlby adverteix també que en altres espècies el nivell hormonal posterior al part estimula la conducta materna, amb la qual cosa també s'activen les respostes del nen o nena, i que una persona d'acollida no parteix de la mateixa situació. Explica que, a l'espècie humana, és un tema poc treballat, però que podria provocar un cert desajustament entre la persona d'acollida i l'infant, almenys durant les primeres setmanes d'acoblament.

El que és clar i està científicament provat és que l'infant, encara que tingui diferents persones a qui aferrar-se, desenvolupa sempre un aferrament primari més intensiu cap a una figura.

Bowlby proposa que aquesta tendència del nen o la nena a aferrar-se a una persona concreta (encara que hi hagi altres persones d'aferrament subsidiàries) rebi el nom de *monotropia*. Aquesta figura és la que reacciona més de pressa i de manera més eficaç a les seves crides. Lògicament això sol correspondre a la persona amb qui l'infant conviu i de la qual rep atenció més estona.

Però no sempre és així, les dues variables que intervenen en la creació del vincle afectiu, segons Shaffer,⁶⁰ corroborades per Bowlby, són:

⁶⁰ SHAFFER, H. R. *Studies on Mother-Infant Interaction*. Londres: Academic Press, 1977.

- La capacitat de reacció de l'adult davant el plor o les crides d'atenció del nen o nena.
- La rapidesa amb què l'adult s'involucra en la interacció social i comunicativa davant els senyals que li fa el nen o nena.

És per això que, en les ocasions necessàries, podem disposar d'una persona tot el dia que cuidi físicament l'infant i que sigui poc sociable amb el nen. En conseqüència, el nen fa l'aferrament amb una altra persona a qui veu molt poc al llarg del dia però, quan cal, és sensible a les demandes d'atenció del nen i interacciona amb ell.

Tot això ens pot fer reflexionar sobre la pregunta: amb qui ha de fer el vincle l'infant si no el pot fer amb la seva mare o pare? D'entrada, cal que intentem que l'infant pugui fer el seu procés d'aferrament amb la seva mare, o pare, encara que no la vegi constantment durant tot el dia. Amb el suport adequat, es pot aconseguir que en les estones que hi és s'afavoreixi un procés d'aferrament de base segura.

S'ha de preveure la possibilitat que si hi ha una altra persona d'aferrament, la mare o el pare, per més que els donem aquests espais diaris, acabin sent persones d'aferrament subsidiàries i no primàries. Però, tot i així, això seria un mal menor perquè, com hem vist, si el retorn es fes dins els primers sis mesos, o com a molt tard dins els 12 primers, el nen seria capaç de canviar ràpidament el seu sistema d'aferrament, i es vincularia de manera segura a la seva mare o al seu pare, i faria un canvi amb la persona d'acollida, que ara passaria a ser una bona persona d'aferrament subsidiària. Cal evitar que hi hagi canvis o alternances de persona d'acollida i trencar els lligams iniciats.

7.6.2. Alletament i contacte amb la mare, el pare i la resta de familiars

És bo que la mare el pugui alimentar (amb el pit o el biberó), tant per a la mare com per al fill o filla. Incorporar la parella abans, a la dimensió terapèutica, i fer que assumeixi les seves funcions paternes encara que aquestes estiguin danyades i s'hagin de rehabilitar, no pot fer cap mal, sempre que el nadó estigui protegit de possibles agressions o negligències.

En els casos que hi hagi hagut violència masclista esporàdica (cal saber si hi ha una ordre d'allunyament), s'ha de ser extremament caut i supeditar les visites al fet que el pare estigui rebent tractament o, en tot cas, les visites es poden portar a terme sota control com a part del programa terapèutic que la parella està seguint. Si hi ha germans, avis o altres familiars propers és bo que coneguin el nadó, l'abracin, el besin i l'integrin a la realitat de les seves vides.

7.6.3. Possibilitat de retorn amb la mare o el pare en el cas que aquests compleixin amb el seu pla de treball i disminueixi el risc per a l'infant

Si el nadó ha establert aquest vincle subsidiari amb la mare o el pare i es fa el retorn dins els sis o dotze primers mesos de vida, es podria revertir el tipus de vincle, com ja hem explicat en seccions precedents. Si ha passat més d'un any però l'infant ha pogut desenvolupar un vincle afectiu amb la mare o pare, s'ha d'estudiar un pla d'acoblament mutu. Si no s'han seguit les pautes donades en aquest informe o no s'ha establert un aferrament amb la mare o pare, és molt probable que aquest retorn sigui més difícil i tingui més conseqüències pertorbadores per a l'infant.

En qualsevol cas, la decisió del possible retorn o no retorn s'ha de regir per criteris objectius i prèviament detallats en el pla de treball, i recomanem que sigui una decisió col·legiada i consensuada.

Des del punt de vista legal, una de les preocupacions de la Llei 14/2010, manifestada en el preàmbul, i especialment pensada per a les situacions de desemparament de nadons, és la de reduir els temps d'incertesa i indecisió. En aquest sentit, en el preàmbul de la Llei es manifesta el següent:

«Amb la voluntat, a més, de no perllongar les situacions d'incertesa amb oposicions injustificades i sovint extemporànies dels progenitors o dels familiars –que s'acaben convertint en un perjudici irreparable per a l'infant o l'adolescent, que veu, completament indefens, com la seva infància i adolescència s'escola irremeiablement als centres d'internament–, la nova regulació limita el termini per a oposar-se judicialment a la declaració de desemparament a tres mesos comptadors des de la notificació de la resolució que l'acorda. Paral·lelament, i amb la mateixa finalitat, s'estableix un termini d'un any, a comptar de la notificació de la resolució administrativa de desemparament, perquè els progenitors o els titulars de la tutela suspesos en llur potestat puguin sol·licitar que es deixi sense efecte la intervenció protectora acordada, sempre que s'hagi produït un canvi substancial en les circumstàncies que van motivar la declaració de desemparament. Aquesta revisió, però, no és possible si ja s'ha constituït l'acolliment preadoptiu, ja que preval l'interès superior de l'infant o l'adolescent davant qualsevol altre dret concurrent.»

Les limitacions temporals es reflecteixen en diferents preceptes:

- En l'article 111 de la Llei 14/2010, quan es limita a un màxim de sis mesos «l'estudi de la problemàtica de l'infant i la proposta de mesura protectora», i quan està acollit en família acollidora d'urgència o en centre d'acolliment. En aquesta línia, malgrat no aplicar-se a Catalunya, la recent reforma del Codi civil espanyol de juliol de 2015 estableix de manera expressa en aquesta matèria que l'acolliment familiar d'urgència «ha de tenir una durada no superior a sis mesos» (article 173 bis del Codi civil espanyol).
- En l'article 115 de la Llei 14/2010, quan es regula el canvi de circumstàncies inicials de la manera següent:

1. Els progenitors que no han estat privats de la potestat parental o, si escau, les persones titulars de la tutela que no han estat remogudes del càrrec poden sol·licitar a l'organisme competent en matèria de protecció dels infants i els adolescents, dins el termini d'un any a comptar de la notificació de la resolució administrativa de desemparament, que deixi sense efecte la resolució que l'hagués acordat, si s'ha produït un canvi substancial en les circumstàncies que van motivar la declaració de desemparament i no s'ha constituït la mesura d'acolliment preadoptiu, sempre vetllant per l'interès superior de l'infant o l'adolescent.
2. La sol·licitud s'ha de resoldre en el termini de tres mesos. Passat aquest termini, la sol·licitud s'entén desestimada per silenci, a fi de salvaguardar sempre l'interès superior de l'infant o l'adolescent.
3. Contra aquesta resolució es pot formular oposició judicial en el termini de dos mesos a comptar de la notificació o des del finiment del termini per resoldre, en els termes que estableix la Llei d'enjudiciament civil.
4. Passat el termini d'un any establert per l'apartat 1, decau el dret de petició de revisió i hom no es pot oposar a les mesures que s'adoptin per a la protecció de l'infant o l'adolescent.

Aquest termini d'un any és inferior al de dos anys que preveu el Codi civil estatal i coincideix també amb el termini màxim de duració de la tramitació de l'expedient de desemparament, que és d'un màxim d'un any.⁶¹

No obstant això, per complir aquests terminis màxims (d'entre sis mesos i un any) que veiem que s'ajusten als terminis que el coneixement científic també ens indica, cal fer un plantejament i un treball per part de tots els agents implicats (equips especialitzats, serveis, òrgans judicials...) d'una manera més intensa i coordinada durant aquest període de temps.

⁶¹ Article 106.6 de la Llei 14/2010.

En aquest sentit, tal com assenyala l'estudi sobre l'acolliment familiar a Espanya,⁶² la qüestió de la temporalitat breu depèn segurament de la qualitat de les intervencions en el sistema de protecció globalment considerat. Si no es disposa de programes intensius i de qualitat a l'hora de treballar la reunificació familiar amb les famílies d'origen, i si no es promouen àgilment les adopcions dels nadons quan la situació ho aconsella, les situacions d'incertesa s'allarguen indefinidament i es trenca la norma de la temporalitat breu.

7.6.4. El paper de les famílies acollidores d'urgència. Avantatges i inconvenients de l'estada del nadó en una família pont, tenint en compte les fases de desenvolupament del vincle afectiu

Aquestes famílies d'urgència, que fan de pont entre la família del nadó i la família acollidora posterior, només haurien d'intervenir, tal com el seu nom indica, en situacions d'urgència. És a dir, quan hi ha hagut una situació inesperada i no s'ha preparat amb temps el suport de la mare que ajuda una altra mare. El temps d'estada del nadó en aquesta família ha de ser tan breu com sigui possible.

Quant a la família acollidora d'urgència, no se l'ha de considerar com una família del nadó, sinó com uns professionals que tenen cura de l'infant durant un temps, com a data límit dos o tres mesos, que no es pot ultrapassar.

En qualsevol cas, tot nadó separat dels seus progenitors en el moment del naixement ha de ser protegit i acollit per una persona o família. No és concebible la separació d'un nadó en el moment del naixement ni el seu acolliment en un centre.

⁶² DEL VALLE, J. F.; LÓPEZ, M.; MONTSERRAT, C.; BRAVO, A. *El acogimiento familiar en España. Una evaluación de resultados*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2008.

8. CONCLUSIONS I RECOMANACIONS FINALS

1. Els progenitors són els primers que tenen l'obligació legal d'assistir i protegir els fills. Per això, l'actuació dels poders públics és sempre subsidiària i la porten a terme per impossibilitat o per incompliment d'aquesta obligació.
2. La manca de protecció i la cura apropiada d'un infant es pot iniciar abans del naixement: quan la mare, en estat de gestació, no té cura del propi cos, ingereix substàncies tòxiques o s'exposa a situacions de violència i, pel que fa al pare, quan aquest no cuida la dona o l'exposa a situacions de violència i risc. En aquestes circumstàncies parlem de maltractament prenatal.
3. La família és el nucli bàsic per a la protecció, l'atenció i la formació dels infants. Per aquest motiu, abans d'adoptar una mesura de separació, és necessari considerar prèviament les possibles alternatives.
4. En cas de produir-se aquesta separació, ha d'haver-hi prou raons i una situació greu que justifiquin la intervenció. La separació d'un nadó de la seva mare en el moment immediatament posterior al seu naixement és una actuació

especialment greu i dràstica per a l'afectació dels drets i interessos de tots els implicats: el nadó, els progenitors i la resta de la família. En definitiva, és possible la separació, però és l'últim recurs.

5. La decisió de la separació i del posterior possible retorn o no retorn s'ha de regir per criteris objectius. Cal millorar els processos de valoració i presa de decisió, i recomanem que la decisió sigui dialogada, consensuada i col·legiada, amb la participació de persones independents i que no hagin intervingut en el treball, la intervenció i la valoració prèvia.
6. Tot nadó separat dels seus progenitors en el moment del naixement ha de ser protegit i acollit per una persona o família.
7. No és concebible l'acolliment en centre d'un nadó separat del seu nucli familiar en el moment del naixement.
8. La família, especialment la mare, necessita suport i acompanyament especialitzat, així com programes que li permetin, al més aviat possible, la recuperació de les seves competències maternes.
9. En relació amb el nadó, cal tenir en compte el següent:
 - Per la seva constitució biològica, tendeix a formar forts vincles afectius amb determinades persones. Un cop aquest vincle afectiu s'ha format, la separació o la pèrdua d'aquestes persones pot produir-li trastorns greus i alteracions de la personalitat, i alterar el curs del desenvolupament.
 - Des del moment del naixement, el nadó necessita els seus pares per fer l'aferrament primari i establir un vincle afectiu segur que l'ajudi a regular els seus estats psicobiològics, i li possibiliti iniciar un procés d'aferrament segur. En circumstàncies naturals, aquesta persona és la mare. El pare també és una persona important que té funcions regulatòries similars. Pare i mare tenen, a més, la funció de protegir-se mútuament i ajudar-se en les tasques de criança.

- En el cas de retenció hospitalària, s'hauria d'afavorir que el nadó pogués iniciar aquesta vinculació amb la seva mare amb ajuda d'una figura professional degudament preparada en aquesta tasca, que ajudaria la mare i el nadó en aquests inicis i protegiria l'infant de possibles negligències durant l'estada hospitalària.
- En el cas que es produeixi una separació temporal de la mare, una vegada donada d'alta de l'hospital, com a conseqüència de la declaració de desemparament, s'hauria de vetllar perquè aquest vincle afectiu pogués continuar mentre els equips professionals treballen amb el nucli familiar. A efectes pràctics, això vol dir que la mare i el pare haurien de tenir dret a una visita diària amb el seu fill o filla que els permetés compartir tasques de criança amb la persona d'acollida establerta, que hauria de fer al mateix temps tasques de supervisió i guiatge matern o patern.
- Si preservem el contacte continuat amb la mare i el pare a la vegada que oferim una persona d'aferrament subsidiària per a l'infant, el risc de dany es minimitza considerablement. El fet que l'infant estableixi més d'un vincle afectiu (amb la mare o pare i la persona acollidora) no té per què perjudicar-lo, donat que els infants poden construir més d'un vincle afectiu sempre que tinguin una figura d'aferrament primària que, procurarem, en casos de retorn, que sigui la mare o el pare.
- El temps límit per separar un infant d'una persona amb la qual està construint un aferrament, sense unes possibles conseqüències adverses patogèniques, són, amb més probabilitat, els primers sis mesos (amb un màxim dels 12 primers). Passat aquest temps, cal advertir del risc que pot haver-hi per al desenvolupament de l'infant, donat que, a partir dels 6 o 7 mesos, l'infant ja discrimina qui és la seva persona d'aferrament i la separació pot causar un intens dolor i pertorbació.
- En els casos en què es preveu que l'infant hagi de ser adoptat, cal evitar que consolidi el procés d'aferrament amb altres persones que no podran

restar amb ell. Per això, el pas cap a l'adopció s'hauria de fer dins els primers 6 mesos de vida de l'infant, i establir els 12 mesos com a data límit, i sempre duent a terme el procés d'aferrament prèviament a la separació de les persones actuals de criança.

- En els casos que l'estada del nadó en la família d'urgència s'allargués més enllà dels 12 mesos, caldria preveure la possibilitat que l'infant es quedés en aquest mateix nucli familiar, ja que un canvi li suposarà trencar un vincle afectiu ja en procés de consolidació i això li podria comportar un risc d'alteració del seu desenvolupament i la seva salut mental.
- En els casos en què la mare o el pare no pugui fer-se càrrec de l'infant en la seva totalitat, però sigui capaç d'exercir les seves funcions maternes o paternes de manera parcial i amb ajuda, s'ha d'afavorir el recurs d'acolliment permanent amb continuïtat del vincle afectiu amb la mare o pare, que continuarà sent tant diari com sigui possible. Aquesta orientació pot comportar una formació específica de les famílies d'acollida en el sentit que són «famílies que acullen famílies».
- Donat que s'ha comprovat que l'establiment de persones de criança estable és necessari per a un desenvolupament sa, es proposa revisar l'actual mesura d'acolliment en família d'urgència i tenir un sol perfil de família d'acollida que intervingui durant un període de curta o llarga durada, depenent del progrés dels pares.
- En casos en què el procés d'aferrament amb la família d'acollida ja s'hagi establert i l'infant retorni amb els seus pares, aquest hauria de tenir dret a seguir gaudint de l'afecte i les visites d'aquesta família.

10. En relació amb la mare i el pare, cal tenir en compte:

- La funció materna i paterna s'inicia en el moment que la vida del fill o filla comença a desenvolupar-se i es té la responsabilitat de cuidar-lo. La llei ja reconeix el dret de la dona a suspendre aquesta formació en el cas que

prengui la decisió d'interrompre l'embaràs durant les primeres setmanes, quan aquesta vida encara està en estat embrionari. Un cop ha passat aquest temps, determinat legalment, si no s'ha suspès aquesta vida, els pares han d'acceptar les responsabilitats parentals que es deriven d'aquesta decisió.

- S'ha de vetllar perquè tota dona en estat de gestació i la seva parella coneguin la llei i les conseqüències que poden derivar-se d'incórrer en un dels indicadors de maltractament prenatal.
- Tota dona i la seva parella tenen dret a mostrar la seva voluntat de canviar durant el procés de gestació i, amb aquesta finalitat, se'ls posa a disposició els recursos adients per tal d'ajudar-los en aquest procés. Aquests recursos han d'estar integrats i fortament coordinats.
- En el cas que hi hagi hagut una declaració de desemparament i retenció hospitalària del nounat, els professionals han d'esforçar-se perquè la mare no percebi això com un càstig per a ella, sinó com una mesura preventiva davant el risc que no pugui donar l'atenció necessària al nadó. És important que percebi la dimensió d'ajuda que se li ofereix tant per a ella com per a l'infant. I més si tenim en compte que, en casos de violència masclista, no sempre la mare ha pogut evitar la desprotecció del seu fill o filla en gestació. I que, en els casos de toxicomania, es tracta d'un trastorn de salut mental i, per tant, la mare i el pare tenen dret a ser considerats persones afectades més que no pas uns «pares maltractadors».
- La mare i el pare tenen dret a ser atesos per professionals que els ajudin a gestionar el dolor de la separació del nadó i els donin el suport psicològic necessari.
- Aquest dolor pot quedar més minimitzat si no se separa el nadó de la mare en el moment del part, si se li deixa acaronar i alimentar el nadó, i si se l'ajuda a establir el lligam afectiu amb el seu fill. Interessa que la mare

estigui tan tranquil·la com sigui possible i pugui gaudir d'aquests moments de coneixença del seu fill encara que sigui de manera supervisada, a fi d'evitar situacions de risc per al nadó.

- En aquests casos, és aconsellable que l'estada hospitalària s'allargui una mica més, podria ser d'uns 4 dies, per tal de donar un mínim de temps a tots els professionals que han d'intervenir per coordinar-se i realitzar les proves i informes pertinents, i també a la mateixa mare, pare i fill, a fi d'establir aquest primer contacte important amb l'ajuda del personal professional sociosanitari degudament format per a aquestes supervisions i guia.
- En el cas que intervinguin famílies d'acollida d'urgència, es recomana que la coneixença de les famílies i l'inici de treball conjunt es facin durant el període de gestació. El millor per a aquests primers moments de la vida del nadó és que hi hagi una «mare que ajuda una altra». Cal garantir la preparació d'aquestes persones per ajudar la mare a establir un vincle afectiu segur amb el seu fill o filla.
- La mare i el pare durant aquest primer any de vida han de poder accedir a programes especialitzats de formació o rehabilitació de les competències parentals per poder optar pel retorn del seu infant.
- Si durant aquest primer any de vida aquest programa fracassa o els pares no han assolit el nivell adequat, caldria preparar-los per acceptar un acolliment de llarga durada, sense que això impliqui el trencament del vincle afectiu. Els pares haurien de rebre el suport i l'ajuda de professionals, i la supervisió i la guia de la família d'acollida.
- Només en casos en què els pares no puguin seguir cap programa i siguin valorats pels equips de protecció a la infància com a pares de risc greu, es pot pensar en un procés d'adopció dins els primers 12 mesos.
- En relació amb la resta de família biològica, cal tenir en compte:

- a. En casos de germans, s'ha d'afavorir el vincle afectiu entre aquests i evitar que, en cas de desemparament i separació dels pares, siguin criats per diferents famílies d'acollida.
- b. En el cas de separar el nadó de la seva mare, la primera opció ha de ser, sempre que sigui possible, l'acolliment en família extensa (avis, oncles o altres persones amb una relació de parentiu amb el nadó).

9. BIBLIOGRAFIA

- AGUAYO MALDONADO, J.; GÓMEZ PAPI, A.; PALLÁS ALONSO, C. R. “El método de la madre canguro”. *Acta pediátrica española*, vol. 65, núm. 6 (2007), pàg. 286-291. ISSN 0001-6640.
- ARRUABARRENA MADARIAGA, I.; DE PAUL OCHOTORENA, J. “Valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil por los profesionales de los servicios de protección infantil”. *Psicothema*, vol. 23, núm. 4 (2011), pàg. 642-647.
- BLACKWELL, P. L.; LOCKMAN, J. J.; KAISER, M. “Mother-Infant Interaction in Drug-Affected Dyads Over the First 9 Months of Life”. *Applied Developmental Science*, 3(3) (1999), pàg. 168-177.
- BOTET MUSSONS, F.; CASTRO CONDE, J. R.; ECHÁNIZ URCELAY, I.; NARBONA LÓPEZ, E.; PALLÁS ALONSO, C. R.; SÁNCHEZ LUNA, M. “Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento”. *Anales de Pediatría: Publicación Oficial de la*

Asociación Española de Pediatría (AEP), vol. 71, núm. 4 (2009), pàg. 349-361.
ISSN 1695-4033, ISSN-e1696-4608.

- BOWBLY, J. *El Apego*. Barcelona: Ediciones Paidós, 1993, pàg. 528. ISBN 978-84-493-0600-6.
- BOWBLY, J. *La pérdida (El apego y la pérdida III)*. Barcelona: Ediciones Paidós, 1983, pàg. 464. ISBN 978-84-7509-909-5.
- BOWBLY, J. *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida* (Edición renovada). Madrid: Ediciones Morata, 2014, pàg. 176. ISBN 978-84-7112-796-9.
- BRAZELTON, T. B. *Neonatal Behavioral Assessment Scale*, 3a ed. Londres: Mac Keith Press, 1995.
- CAMPOS, G.; OCHAÍTA, E.; ESPINOSA, M. Á. "El acogimiento residencial como contexto de desarrollo desde la perspectiva de sus profesionales". Universidad Autónoma de Madrid. *Educación y Diversidad*, 5 (1) gener-juny (2011), pàg. 59-71. ISSN: 1888-4857.
- DE LA CRUZ BÉRTOLO, J.; LÓPEZ MAESTRO, M.; MELGAR BONIS, A.; MOSQUEDA PEÑA, R.; PALLÁS ALONSO, C. R.; PERAPOCH LÓPEZ, J. "Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España". *Anales de Pediatría: Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP)*, vol. 81, núm. 4 (2014), pàg. 232-240. ISSN 1695-4033, ISSN-e 1696-4608.
- DEL VALLE, J. F.; LÓPEZ, M.; MONTSERRAT, C.; BRAVO, A. *El acogimiento familiar en España. Una evaluación de resultados*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2008, pàg. 242. ISBN: 978-84-8417-296-3.
- GARCIA, J.; CAMPISTOL, E.; LÓPEZ-VILCHEZ, M. A.; MORCILLO, M. J.; MUR, A. Anàlisi del maltrato prenatal en Catalunya entre los años 2011 y 2014. *Anales de Pediatría*. 2018; 88 (3): 150-159.

- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Protocol de coordinació d'actuacions per a la prevenció i l'abordatge del maltractament prenatal*. Col·lecció Eines, núm. 9 (juliol 2010) (actualitzat el 2016, Col·lecció Eines núm. 26).
- GERHARDT, S. *Why Love Matters: How Affection Shapes a Baby's Brain*. 1a ed. Londres: Routledge, 2004, pàg. 256. ISBN-10: 1583918175, ISBN-13: 978-1583918173.
- LAGASSE, S. [et al.] "Maternal-fetal attachment (MFA)". *JAMA*. 2 abril de 2003; 289(13):1701. doi:10.1001/jama.289.13.1701.
- LLOSADA, J.; MAYORAL, J.; PLANAS, P. *La meva família m'acull: Projecte per promoure i millorar la família extensa i donar-li suport*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família, 2012, pàg. 28. (*Papers*, núm. 26).
- MAAS, A. J.; VREESWIJK, C. M.; DE COCK, E. S.; RIJK, C. H.; VAN BAKEL, H. J. "Expectant Parents': Study protocol of a longitudinal study concerning prenatal (risk) factors and postnatal infant development, parenting, and parent-infant relationships". *BMC Pregnancy and Childbirth* (2012), pàg. 12-46, doi: 10.1186/1471-2393-12-46.
- MARRONE, M. *La teoría del apego*. Madrid: Editorial Psimática, 2009, pàg. 402. ISBN: 9788488909077.
- MAYORAL SIMÓN, J. "El sistema de protecció a la infància i l'adolescència de Catalunya". *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, núm. 205 (agost 2015), pàg. 28-41. ISSN 0212-7210.
- PALLÁS ALONSO, C. R.; GRUPO PREVINFAD/PAPPS INFANCIA Y ADOLESCENCIA. "Actividades preventivas y de promoción de la salud para niños prematuros con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1500 g. Del alta hospitalaria a los siete años (1a parte)". *Revista Pediatría de Atención Primaria*, vol. 14, núm. 54 (abril/juny 2012). ISSN 1139-7632.

- PALLÁS ALONSO, C. R.; GRUPO PREVINFAD/PAPPS INFANCIA Y ADOLESCENCIA. “Actividades preventivas y de promoción de la salud para niños prematuros con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1500 g. Del alta hospitalaria a los siete años (2a parte)”. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, vol. 14, núm. 55 (juliol/setembre 2012). ISSN 1139-7632.
- PALLÁS ALONSO, C. R.; entrevista de CASADO PÉREZ, D. Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO). Entrevista a la doctora Carmen Pallás. Participación de la familia en la asistencia neonatológica. *Polibea*, núm. 113 (2014), pàg. 25-30. ISSN 1137-2192.
- PALLÁS ALONSO, C. R.; RODRÍGUEZ LÓPEZ, J. “Consideraciones en relación con la seguridad del contacto precoz piel con piel tras el parto”. *Anales de Pediatría: Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP)*, vol. 80, núm. 4 (2014), pàg. 203-205. ISSN 1695-4033, ISSN-e 1696-4608.
- SADURNÍ I BRUGUÉ, M. *Víncle afectiu i desenvolupament humà*. Barcelona: Editorial UOC, 2011, pàg. 200. ISBN 9788497884945.
- SHAFFER, H. R. *Studies on Mother-Infant Interaction*. Londres: Academic Press, 1977.
- SHORE, A. “Attachment and regulation of the right brain”. *Attachment and Human Development*, vol. 2, núm. 1 (abril 2000), pàg. 23-48.
- TREVARTHEN, C. “Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity”. A: Bullowa, M. (ed.) *Before Speech: The beginning of human communication*. Londres: Cambridge University Press, 1979, pàg. 321-347.
- WATT, D. F. “Psychotherapy in an age of neuroscience: Bridges to affective neuroscience”. A: Corrigan, J.; Wilkinson, H. (ed.) *Revolutionary connections: Psychotherapy and neuroscience*. Londres: Karnac, 2003, pàg. 79-115.

10. REFERÈNCIES LEGALS VIGENTS

- Convenció sobre els drets de l'infant, adoptada per l'Assemblea General de les Nacions Unides, Resolució 44/25, de 20 de novembre de 1989.
- Observació general núm. 14 (2013) sobre el dret de l'infant a fer que el seu interès superior sigui una consideració primordial, del Comitè dels Drets de l'Infant.
- Llei orgànica 1/1996, de 15 de gener, de protecció jurídica del menor (BOE núm. 15, de 17.1.1996).
- Codi civil espanyol, aprovat pel Reial decret, de 24 de juliol de 1889 (BOE núm. 206, de 25.7.1889).
- Llei 1/2000, de 7 de gener, d'enjudiciament civil (BOE núm. 2, suplement en llengua catalana, de 5.2.2000).
- Codi civil de Catalunya, llibre segon, relatiu a la persona i la família (Llei 25/2010, del 29 de juliol).

- Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència (DOGC núm. 5641, 2.6.2010).
- Decret 289/2016, de 30 d'agost, de reestructuració del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (DOGC núm. 7196, 1.9.2016).
- Ordre ASC/349/2010, de 16 de juny, del Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya (DOGC núm. 5656, 23.6.2010).
- 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 (DOGC núm. 6530, 30.12.2013).

Enllaços web

- Instrument de cribatge per a la discriminació de les situacions de risc i de desemparament, que es pot trobar a l'enllaç següent: http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/07infanciaiadolescencia/proteccio_infancia_i_adolescencia/destacats/Instrument_de_cribatge_de_situacions_de_risc_i_desemparament/Eina-Cribatge_v2.0_activat.pdf
- Simulador del Mòdul de Suport a la Gestió del Risc, que es pot trobar a l'enllaç següent:
http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/infancia_i_adolescencia/proteccio_a_la_infancia_i_ladolescencia/maltractaments_dinfants_i_adolescents/registre_unificat_de_maltractaments_infantils_rumi/