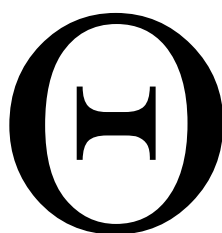


Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña



Documentos de reflexión

La separación del bebé de su madre¹ en el momento del nacimiento por causa de maltrato prenatal o por la previsión del futuro desamparo del bebé

Documento aprobado el 18 de enero de 2018 en sesión plenaria

¹ Hacemos referencia a la madre porque es la persona de quien se produce la separación del bebé en el momento del parto y en cuyo vientre ha estado hasta aquel momento. No obstante, también debemos tener en cuenta el papel del padre biológico, ya esté legalmente establecido, como en caso de que haya matrimonio, o sea presunto y esté pendiente su determinación legal. Todo ello, sin olvidar otras formas que en el momento presente pueden adoptar las familias. Cuando, a lo largo del informe, utilizamos solo la palabra *madre*, hacemos referencia a la figura de apego principal, que generalmente es la madre, pero también puede ser el padre u otras personas que tengan un cuidado continuo del niño o niña.

Esta obra está sometida a una licencia Reconocimiento-No Comercial-Sin Obras Derivadas 3.0 de Creative Commons. Se permite la reproducción, distribución y comunicación pública siempre que se cite al autor o autores y al editor, y no se haga un uso comercial de la obra original ni se creen obras derivadas. La licencia completa se puede consultar en:

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



© Departamento de Trabajo. Asuntos Sociales y Familias
Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña

Autoría de los textos:

Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña

Maquetación:

DIXIT Centro de Documentación de Servicios Sociales

© 2018, Generalidad de Cataluña

Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias

Paseo de El Taulat, 266-270

08019 BARCELONA

CRÉDITOS

El Comité de Ética agradece la colaboración de sus miembros vocales así como a los profesionales Begoña Román y Josep Ramos por la revisión de las primeras versiones del documento.

Han coordinado la redacción de este documento:

- **Joan Mayoral Simón**. Jurista. Máster en Alta Función Directiva (EAPC-2008). Diplomado en estudios superiores especializados en Derecho Público (UAB-2002). Subdirector general de Atención a la Infancia y la Adolescencia. Vocal y vicepresidente del Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña.
- **Marta Sadurní i Brugué**. Directora del Laboratorio de Vínculo Afectivo y Desarrollo Humano (UdG). Doctora en Psicología, especialista en Psicología Clínica y profesora titular de la Universidad de Girona.

Actualmente es, también, la directora del Máster Interuniversitario en Psicología General Sanitaria (UdG-UOC) y del Máster de Formación en Psicoterapia y Teoría del Vínculo Afectivo (UdG). Fundadora y presidenta de la Asociación Catalana de Psicología Clínica-Evolutiva y Psicoterapia del Vínculo Afectivo (ACPCE-VA) y miembro de la International Attachment Network Iberoamericana (IAN-IA). Psicoterapeuta, formadora y supervisora de equipos. Es autora del libro *Vínculo afectivo y desarrollo humano*, que intenta responder a muchas de las cuestiones básicas sobre esta perspectiva.

Han participado en la redacción de este documento los siguientes colaboradores:

- **Anna Creus.** Pediatra especialista en neonatología. Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebron. Miembro del Grupo de Trabajo del Riesgo Psicosocial Neonatal.
- **Mercè Delgado Gonzalez.** Doctora en Psicología por la UAB; técnica del equipo de valoración del maltrato infantil (EVAMI) detectado en hospitales y centros sanitarios de Barcelona Ciudad desde su creación en el año 2006 hasta la actualidad.
- **Marta Gavalda Vinzia.** Diplomada en Trabajo Social. Ejercicio profesional actual en el Servicio de Neonatología y Atención Precoz del Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu. Experiencia profesional en el ámbito de infancia y familia (familias en situación de riesgo social) y salud (etapa prenatal y pequeña infancia). Formación específica en intervención social con familias y pequeña infancia. Formación en trabajo grupal y supervisión. Ha colaborado en universidades como tutora de alumnos de Grado en Trabajo Social y ha participado en Jornadas de Prácticum. Participación en el Grupo de Trabajo Social Hospitalario con Gestantes en Riesgo Social y Maltrato del Colegio Oficial de DTS y TS de Cataluña. Participación como

docente en el Máster en Cuidados de Enfermería en la Infancia y Adolescencia de la UB (EUI Sant Joan de Déu).

- **Raquel Martín Mata.** Licenciada en Psicología y Diplomada en Trabajo Social, técnica de infancia en la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia, miembro del espacio de reflexión ética del Servicio Territorial de Barcelona Comarcas de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia.
- **Roc Masiques i Illa.** Investigador colaborador del Laboratorio de Vínculo Afectivo y Desarrollo Humano (UdG). Profesor del Máster de Formación en Psicoterapia y Teoría del Vínculo Afectivo (UdG). Fundador y miembro de la Asociación Catalana de Psicología Clínica-Evolutiva y Psicoterapia del Vínculo Afectivo. Ha trabajado como psicólogo en diferentes EAIA y como terapeuta de adolescentes y jóvenes. Formador y supervisor de equipos. Es miembro de la International Attachment Network Iberoamericana.
- **Marc Pérez Burriel.** Investigador del Laboratorio de Vínculo Afectivo y Desarrollo Humano (UdG). Es doctor en Psicología y psicólogo general sanitario. Es profesor asociado de la Universidad de Girona y profesor colaborador de la Universitat Oberta de Catalunya. Fundador y miembro de la Asociación Catalana de Psicología Clínica-Evolutiva y Psicoterapia del Vínculo Afectivo (ACPCE-VA) y actual miembro de la Junta de la International Attachment Network Iberoamericana (IAN-IA). Profesor del máster de Formación en Psicoterapia y Teoría del Vínculo Afectivo (UdG).
- **Gemma Sadurní i Brugué.** Investigadora colaboradora del Laboratorio de Vínculo Afectivo y Desarrollo Humano (UdG). Es pedagoga del Equipo de Protección a la Infancia y Adolescencia de El Gironès-Salt. Fundadora y miembro de la Asociación Catalana de Psicología Clínica-Evolutiva y Psicoterapia del Vínculo Afectivo. También es profesora del Máster de Formación en Psicoterapia y Teoría del Vínculo Afectivo (UdG). Experta en danza-movimiento (*Atmandance*).

- **Mariona Sanromà Casas**. Jefa de la Unidad de Obstetricia, Ginecología, Pediatría y Neonatología del Hospital del Mar de Barcelona.
- **Doctora Anna Suy Franch**. Jefa de la Sección de Obstetricia del Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Coordinadora del Área de Urgencias de Obstetricia y Ginecología del Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Doctorado en Medicina por la Universidad de Barcelona. Máster en Atención Integral al Enfermo Crítico y Emergente por la Universidad de Barcelona.
- **Maria Teresa Pi Ordóñez**. Investigadora colaboradora del Laboratorio de Vínculo Afectivo y Desarrollo Humano. Jefa de Servicio del CSMIJ de El Gironès y El Pla de l'Estany del Instituto de Asistencia Sanitaria de Girona. Profesora asociada de la Universidad de Girona. Fundadora y vicepresidenta de la Asociación Catalana de Psicología Clínica-Evolutiva y Psicoterapia del Vínculo Afectivo y miembro de la International Attachment Network Iberoamericana.
- **Eulàlia Termes Rifé**. Comadrona del Hospital del Mar de Barcelona.
- **Sergi Torras**. Sargento especialista en trabajo policial con menores de edad de la Unidad Central de Menores del Cuerpo de Mossos d'Esquadra.

CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	10
2.	PRINCIPALES CONCEPTOS LEGALES APLICABLES A LA SITUACIÓN DE DESAMPARO DEL FUTURO BEBÉ O DEL BEBÉ	13
2.1.	Conceptos básicos.....	13
2.2.	El interés superior del niño recién nacido.....	18
2.3.	Derechos de los progenitores y familiares del recién nacido	22
2.4.	La protección del niño antes de nacer o en el momento del nacimiento	24
2.5.	Derecho al propio cuerpo y derecho a decidir sobre la propia maternidad <i>versus</i> maltrato prenatal y protección del futuro bebé	27
3.	PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CASOS DE SEPARACIÓN DEL BEBÉ DE LA MADRE EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO	30
4.	SOBRE EL MALTRATO PRENATAL	38
4.1.	Posibles consecuencias del maltrato prenatal.....	38

4.2.	Indicadores para detectar el maltrato prenatal	42
5.	SOBRE EL DESAMPARO Y SEPARACIÓN DEL BEBÉ POR INCAPACIDAD DE LOS PROGENITORES PARA EJERCER SUS FUNCIONES O RIESGO DE FUTURO MALTRATO	44
5.1.	Situaciones más frecuentes de incapacidad	45
5.1.1.	Negligencia	45
5.1.2.	Adicción	45
6.	LA VALORACIÓN SOBRE LA PROCEDENCIA DE LA SEPARACIÓN DEL BEBÉ DE SU MADRE EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO	47
6.1.	Criterios específicos para valorar y ponderar el maltrato prenatal en el momento del nacimiento	47
6.1.1.	Daño causado al niño durante su proceso gestacional compatible con un maltrato prenatal.....	48
6.1.2.	Valoración del riesgo del maltrato en el periodo posterior al nacimiento.....	49
6.2.	Aspectos y criterios comunes al maltrato prenatal y las otras causas	50
6.2.1.	Valoración de la capacidad de unos progenitores antes de que tengan la oportunidad de ejercer	50
6.2.2.	Determinación de la mejor alternativa viable para la protección del niño o adolescente: <i>primum non nocere</i>	51
6.2.3.	Apego y desarrollo en bebés.....	52
6.2.4.	Vínculo inseguro y salud mental.....	54
6.2.5.	Daños que puede provocar la separación del bebé de su madre.....	54
6.2.6.	Afectaciones en el vínculo del bebé producidas por la separación de la madre	58
6.2.7.	Cómo se pueden minimizar los daños producidos al bebé separado de su madre.....	61
7.	EL TRABAJO DE LOS PROFESIONALES	64

7.1.	El trabajo previo durante el embarazo.....	64
7.1.1.	Dimensión informativa.....	64
7.1.2.	Dimensión formativa.....	65
7.1.3.	Dimensión terapéutica.....	65
7.1.4.	El trabajo con el padre	67
7.2.	La toma de decisión de la separación del bebé de su madre.....	69
7.3.	La atención a la madre durante el parto.....	70
7.4.	El trabajo durante la separación.....	71
7.5.	Como afrontar el conflicto durante la separación: el apoyo policial	75
7.6.	Actuaciones posteriores a la separación.....	77
7.6.1.	Generación de un vínculo alternativo	77
7.6.2.	Amamantamiento y contacto con la madre, el padre y el resto de familiares	79
7.6.3.	Posibilidad de retorno con la madre o el padre en caso de que estos cumplan con su plan de trabajo y disminuya el riesgo para el niño	79
7.6.4.	El papel de las familias acogedoras de urgencia. Ventajas e inconvenientes de la estancia del bebé en una familia puente, teniendo en cuenta las fases de desarrollo del vínculo afectivo.....	82
8.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES	84
9.	BIBLIOGRAFÍA	91
10.	REFERENCIAS LEGALES VIGENTES.....	95

1. INTRODUCCIÓN

Este documento pretende analizar las situaciones especialmente difíciles que se producen durante el embarazo y en el momento del nacimiento, cuando se valora que hay un riesgo grave de desprotección del bebé por las personas que lo deben proteger, sus padres.

La familia en cualquiera de sus formas es el pilar básico de la protección a la infancia y, por ello, la naturaleza y la ley otorgan a los progenitores la función de cuidado y protección de los hijos. Pero esta función, para la cual han de recibir el apoyo necesario de los poderes públicos, está sujeta al control y la protección subsidiaria de la Administración cuando se produzcan situaciones de desprotección grave.

Las primeras etapas de vida del bebé son especialmente relevantes para la protección, dado que son esenciales para su futuro. Sue Gerhardt, cofundadora del Oxford Parent Infant Project, escritora y psicóloga, utiliza el símil siguiente para entender la importancia de las políticas familiares y sociales en la primera fase de la

vida: «No invertir en el bienestar de los recién nacidos comportará más adelante tener que gastar un montón de dinero para reparar un edificio que tiene los cimientos mal puestos y sufre de daños estructurales.»²

Sin embargo, cuando las situaciones de desprotección se producen en el momento del nacimiento, plantean importantes conflictos éticos a los profesionales que participan. Es por ello que esta problemática ha surgido en varias ocasiones y de distintas maneras como casos de trabajo y discusión en los espacios de reflexión ética de los servicios de atención a la infancia.

La separación de un bebé de su madre en el momento inmediatamente posterior al nacimiento es una actuación especialmente grave y drástica por la afectación de los derechos e intereses de todos los implicados:

- del bebé, cuyo interés debe prevalecer sobre los demás intereses en juego. Desde el momento del nacimiento, el bebé necesita a una persona de crianza que lo ayude a regular sus estados psicobiológicos y le posibilite iniciar el proceso de apego, cuya importancia precisaremos en secciones posteriores de este documento;
- de los progenitores, que se ven privados de la posibilidad de ejercer su maternidad o paternidad, y pueden necesitar apoyo y acompañamiento durante este proceso;³
- del resto de la familia biológica, como los hermanos o abuelos del recién nacido, que también pueden quedar afectados por la retirada del nuevo miembro de la familia.

A esta afectación se añade la dificultad que implica el momento, inmediatamente posterior al parto, y el lugar donde está produce, el hospital.

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

³ Hay que precisar que el proceso de apego de un niño hacia la madre y padre tiene otro componente esencial y necesario: el vínculo afectivo que los padres desarrollan hacia su hijo o hija. Este vínculo, que en la literatura específica toma el nombre de vínculo afectivo (*bonding*), ya se ha iniciado durante el periodo prenatal, y su ruptura podría tener consecuencias negativas en la calidad de la relación entre los padres y el niño.

Por todo ello, el Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña⁴ ha decidido el abordaje de esta importante cuestión, con el objetivo de analizar para qué, para qué fin y cómo se llevan a cabo las separaciones de los bebés de su madre en el momento del nacimiento, ponderando los derechos y los intereses en juego, teniendo siempre presente el interés superior del niño a proteger, y formular unas recomendaciones que puedan orientar a los profesionales y las instituciones implicadas sobre cómo se puede garantizar la protección de las personas afectadas y especialmente la de las más vulnerables: las personas que acaban de nacer.

⁴ De acuerdo con lo que establece el artículo 2.1 de la Orden ASC/349/2010, de 16 de junio, por la que se creó el Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña, «el Comité de Ética de los Servicios Sociales tiene la finalidad de prestar a todas las personas implicadas en servicios de intervención social un asesoramiento en la toma de decisiones ante posibles problemas éticos, generar conocimiento, elaborar protocolos de intervención, así como generar actitudes y buenas prácticas y promover el debate y la inclusión de la ética como un aspecto muy importante de la práctica profesional».

Para el ejercicio de esta función, el Pleno del Comité (artículo 5.9.c) de la Orden ASC/349/2010) puede «formular recomendaciones y protocolos de actuación que ayuden al Departamento competente en materia de servicios sociales y los profesionales del ámbito de los servicios sociales a garantizar, tanto en el ejercicio asistencial como docente y de investigación, el respeto por la dignidad de las personas, especialmente en situaciones de controversia o conflicto». Sin embargo, el Comité, de acuerdo con el artículo 3 de la Orden ASC/349/2010, puede crear comisiones de trabajo, temporales o permanentes, que deben ser coordinadas y presididas por un vocal del Comité y pueden estar integradas por personas expertas que no formen parte del Comité cuando las materias que trate así lo aconsejen.

2. PRINCIPALES CONCEPTOS LEGALES APLICABLES A LA SITUACIÓN DE DESAMPARO DEL FUTURO BEBÉ O DEL BEBÉ

2.1. CONCEPTOS BÁSICOS

La Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (en adelante DGAIA) es el órgano administrativo competente para la protección a la infancia y, en el ejercicio de su competencia, puede declarar la situación de desamparo y decidir la separación de un niño o adolescente de su núcleo familiar.⁵

⁵ Véanse los artículos 105 y siguientes de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia, y artículos 143 y siguientes del Decreto 289/2016, de 30 de agosto, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.

Una de las características del sistema de protección a la infancia y la adolescencia del Estado español es la atribución de esta competencia, que conlleva decidir sobre la separación y suspensión de la potestad parental, a la Administración pública –*entidad pública* según la terminología de la Ley orgánica de protección jurídica del menor– y no a un órgano judicial, competencia que, además, corresponde a las comunidades autónomas según la distribución actual de competencias (sobre el sistema de protección a la infancia y la adolescencia, véase MAYORAL SIMÓN, J. “El sistema de protecció a la infància i l’adolescència de Catalunya”, *Revista de Treball Social*, núm. 205, 2015.

Cuando la DGAIA decide la separación de un bebé de su madre en el momento del nacimiento, se dicta una resolución de declaración de desamparo preventivo o definitivo, se suspende la potestad parental y se acuerda la retención hospitalaria del futuro bebé o del bebé recién nacido.

Desamparo es aquella situación de hecho en qué se encuentra un niño cuando carece de los elementos básicos para el desarrollo integral de la personalidad, siempre que para su protección efectiva haya que aplicar una medida que implique la separación del núcleo familiar.⁶

La declaración de desamparo (preventiva o definitiva) que comporte la separación de un bebé de su madre contra su voluntad se puede dar, básicamente, en los posibles momentos siguientes:

- antes del nacimiento del bebé;
- en el momento del nacimiento;

La opción para una competencia administrativa (sujeta, eso sí, a control judicial), y no directamente judicial, se explicita claramente después de la transición con la Ley orgánica del poder judicial y la aplicación del principio de separación de poderes. En este sentido, desde la creación de los Tribunales para Niños (1918) como jurisdicción especial para niños que delinquieran y de protección a la infancia, que posteriormente fueron denominados tribunales tutelares de menores, estos denominados “tribunales” eran realmente unos órganos que no cumplían el principio de separación de poderes y, a pesar de su denominación, era, según nuestra visión actual, un órgano administrativo no encuadrado en el poder judicial. Sin embargo, el sistema de protección estaba fuertemente fragmentado (Obra de Protección y Juntas de Protección; sistema de beneficencia generado por el franquismo: Instituto Nacional de Asistencia Social, INAS, sucesor del Auxilio Social y el Fondo Nacional de Asistencia Social, FNAS; sistema de las diputaciones provinciales, casas de misericordia y de caridad; y sistema de los ayuntamientos de las grandes ciudades que intentaban dar cumplimiento a la Ley de beneficencia y suplir carencias).

Por lo tanto, ante la posición de no conformidad con esta situación, con la Constitución española se opta por suprimir los tribunales tutelares de menores y separar las funciones de reforma y protección de la manera siguiente:

Creación de los Juzgados de Menores (1985-1988) como órganos para el enjuiciamiento de los delitos cometidos por menores de edad penal.

Atribución a la Administración de las competencias de protección. Con la modificación del Código civil mediante la Ley 21/1987, de 11 de noviembre.

Esta actividad administrativa, como toda actividad de la Administración, está sujeta al control judicial mediante un procedimiento judicial específico de oposición a las resoluciones administrativas de protección que regulan los artículos 779 y siguientes de la Ley de enjuiciamiento civil. Sin embargo, están sujetos a autorización judicial el ingreso de menores con problemas de conducta en centros de protección específicos (artículo 778 bis de la LEC) y la entrada en domicilios y el resto de lugares para la ejecución forzosa de las medidas de protección de menores de edad (artículo 778 ter de la LEC).

La atribución por parte del ordenamiento jurídico español de la potestad de suspender la potestad parental y separar al menor de edad de su núcleo familiar a la Administración y no al poder judicial es una opción que cuestionan algunos sectores sociales. En este documento no entramos en este debate que, sin embargo, hay que tener presente.

⁶ Artículo 105 de la Ley 14/2010.

- en un momento posterior como consecuencia de la detección de una situación de desamparo que define el artículo 105 de la Ley 14/2010.

En el presente documento nos centramos en las separaciones antes del nacimiento o en el momento del nacimiento contra la voluntad de la madre o progenitores. Por lo tanto, también quedan fuera de este trabajo los supuestos de abandono o renuncia de la madre al bebé en el momento del nacimiento, que presentan características propias que también habría que analizar específicamente.

Maltrato prenatal es una de las causas de desamparo previstas legalmente, que consiste en la falta de cuidado del propio cuerpo, consciente o inconsciente, o la ingestión de drogas o sustancias psicotrópicas por parte de la mujer durante el proceso de gestación, y también el daño producido indirectamente al bebé por la persona que maltrata a la mujer en proceso de gestación.⁷

Retención hospitalaria es la resolución mediante la cual se declara el desamparo, se suspende la potestad de los progenitores, tutores o guardadores, y se ordena la retención del bebé en el hospital a disposición de la DGAIA hasta que se le dé el alta hospitalaria, momento en el que se adoptan las medidas para la atención inmediata y transitoria del bebé (que puede ser de acogimiento en familia de urgencia o ingreso en centro de acogida)⁸ o la medida de protección idónea si ya existe la oportuna propuesta.

En los supuestos de separación del bebé en el momento del nacimiento, la resolución administrativa inicial más frecuente es la de retención hospitalaria hasta que se dé de alta el bebé, dado que el nacimiento se produce generalmente en un establecimiento hospitalario.

El acogimiento en familia es aquella medida de protección que consiste en confiar el niño a una familia o una persona para que ejerza la guarda, vele por él, lo tenga

⁷ Artículo 105.2.c) de la Ley 14/2010.

⁸ Artículo 111 de la Ley 14/2010.

en su compañía, lo alimente, lo eduque y le procure una formación integral, bajo la supervisión de la entidad pública de protección, que tiene que facilitar la ayuda y el asesoramiento necesarios.⁹

Acogimiento en familia extensa es el acogimiento familiar en que hay una relación de parentesco por consanguinidad o afinidad entre el niño y la persona acogedora o uno de los miembros de la familia acogedora.

El acogimiento en familia extensa es la medida legalmente preferente cuando es posible.¹⁰ Por lo tanto, cuando haya familiares del bebé, primero hay que explorar la posibilidad de que acojan al niño.¹¹

El acogimiento en familia ajena es el acogimiento familiar que se hace en una familia previamente seleccionada y que no tiene ningún vínculo familiar previo con el niño.

Cuando no hay familia extensa o no es idónea, la medida de protección preferente ha de ser el acogimiento en familia ajena.

El acogimiento en familia ajena puede ser **de urgencia** (mientras se analiza la problemática),¹² **simple** (cuando se prevé que el desamparo será transitorio),¹³ **permanente** (cuando se prevé que el desamparo será definitivo y no se valora más adecuada la adopción).¹⁴ También es una forma de acogimiento familiar en familia ajena **el acogimiento en unidades convivenciales de acción educativa**.¹⁵

⁹ Artículo 125 de la Ley 14/2010.

¹⁰ Artículos 120.2, 125, 126 y 127 de la Ley 14/2010.

¹¹ Sobre el acogimiento en familia extensa y las medidas para su promoción, véase Llosada, J.; Mayoral, J.; Planas, P. *La meva família m'acull. Projecte per promoure i millorar la família extensa i donar-li suport*, Colección Papers, 26, 2012.

¹² Artículo 111 de la Ley 14/2010

¹³ Artículo 126.2 de la Ley 14/2010.

¹⁴ Artículo 126.3 de la Ley 14/2010.

¹⁵ Artículo 131 de la Ley 14/2010.

El acogimiento preadoptivo es la medida de protección que se ha de adoptar cuando se valore que no será posible el reintegro en la familia biológica y se considere que lo mejor para el niño es la plena integración en otra familia mediante **la adopción**.¹⁶

Centro de acogida es el servicio residencial que ejerce la atención inmediata y transitoria de los niños desamparados, mientras se analiza la problemática y se determina, si procede, la medida de protección más adecuada.¹⁷

Centro residencial de acción educativa es el servicio residencial donde se acogen niños en situación de desamparo, y la guarda la asume el director o directora.¹⁸

El acogimiento en centro (ya sea de acogimiento o residencial de acción educativa) es siempre subsidiario al acogimiento familiar y solo se debe acordar cuando no sea posible este último.

El contexto residencial es diferente al familiar y especialmente inadecuado para la atención de bebés, aunque los profesionales que trabajan en él inviertan todos los esfuerzos. En este sentido, en un centro no se pueden establecer relaciones familiares o análogas a las familiares; los educadores son trabajadores que están sujetos a unos horarios y cambios (turnos, vacaciones, sustituciones...), e inevitablemente el centro supone la creación de un sistema artificial distinto del familiar y comunitario donde los profesionales mantienen una relación con el bebé condicional y temporal sin que suponga compartir un proyecto de vida en común, aunque no sea permanente, a diferencia de lo que representa la integración del bebé en una familia.¹⁹

¹⁶ Artículo 147 de la Ley 14/2010.

¹⁷ Artículo 111 de la Ley 14/2014.

¹⁸ Artículos 132 y siguientes de la Ley 14/2010.

¹⁹ Véase 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.

Por ello, en el caso de bebés recién nacidos, consideramos que no se debería adoptar nunca la medida de acogimiento en centro, aunque la legislación catalana no lo prohíbe de manera expresa. La legislación estatal sí que establece esta prohibición desde la reforma del 2015: «No se acuerda el acogimiento residencial para menores de tres años excepto en supuestos de imposibilidad debidamente acreditada de adoptar en este momento la medida de acogimiento familiar o cuando esta medida no convenga al interés superior del menor.»²⁰

Desgraciadamente, en Cataluña todavía se producen acogimientos en centros de menores de tres años como hemos podido comprobar en la revisión de casos reales que hemos realizado.

Acogimiento en centro maternal. Finalmente, aunque no esté previsto en la normativa, hay que hacer referencia al acogimiento en centro maternal, que implica tanto a la madre como al bebé.

En Cataluña, la DGAIA dispone de servicios residenciales que acogen chicas embarazadas o madres menores de edad y sus bebés, y también existen servicios que acogen madres adultas con sus bebés, estén tutelados o no por la DGAIA. Este acogimiento tiene como objetivo acompañar y dar apoyo a la chica menor de edad embarazada tutelada o a la madre menor de edad o no y al bebé, para intentar que se pueda hacer cargo del bebé y no haber de separarlos.

2.2. EL INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO RECIÉN NACIDO

El interés superior del niño es un derecho sustantivo, un principio interpretativo y una norma de procedimiento que tiene como objetivo garantizar el goce pleno y

²⁰ Artículo 21.3 de la Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor (en adelante LIOPJM).

efectivo de todos los derechos reconocidos en la Convención y su desarrollo holístico, que comprende el desarrollo físico, mental, espiritual, moral, psicológico y social del niño.²¹

El artículo 3.1 de la Convención sobre los derechos del niño establece que «en todas las acciones que conciernen al niño, tanto si las llevan a cabo instituciones de bienestar social públicas o privadas, tribunales de justicia, autoridades administrativas o cuerpos legislativos, la consideración principal debe ser el interés primordial del niño».

Este interés superior del niño con respecto a la separación de su madre en el momento del nacimiento tiene dos manifestaciones fundamentales que son las siguientes:

1.-Derecho del niño recién nacido a no ser separado de sus padres a no ser que sea necesaria la separación para preservar el interés superior del niño.

El artículo 9 de la Convención establece:

1. «Los estados miembros velarán por que el niño no sea separado de sus padres contra su voluntad, excepto cuando las autoridades competentes, de acuerdo con la legislación y los procedimientos aplicables, decidan que esta separación es necesaria para el interés primordial del niño. Esta decisión puede ser necesaria en casos especiales, como cuando los padres maltratan o abandonan al niño o cuando los padres viven separados y se debe tomar una decisión sobre el lugar de residencia del niño.

²¹ El interés superior del niño lo ha desarrollado e interpretado la Observación general núm. 14 del Comité de los Derechos del Niño (2013), sobre el derecho del niño de que su interés sea una consideración primordial, de la que hemos partido para dar esta definición, y de la nueva redacción del artículo 2 de la LOPJM, modificado por la Ley orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

2. »En cualquier procedimiento relativo al párrafo 1, todas las partes interesadas han de tener la oportunidad de participar en él y de dar a conocer su opinión.
3. »Los estados miembros han de respetar el derecho del niño separado de uno de sus padres o de ambos de tener relaciones personales y contacto directo con los dos regularmente, excepto si eso va contra su interés primordial.»

A los efectos de la interpretación del interés superior del menor de edad, los aspectos esenciales que hay que tener presentes son los siguientes:

- «La protección del derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo del menor y la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto materiales, físicas y educativas como emocionales y afectivas.»²²
- «La conveniencia de que su vida y su desarrollo tengan lugar en un entorno familiar adecuado y libre de violencia. Se debe priorizar la permanencia en su familia de origen y se debe preservar el mantenimiento de sus relaciones familiares, siempre que sea posible y positivo para el menor.»²³
- «El efecto irreversible del transcurso del tiempo en su desarrollo.»²⁴
- «La necesidad de estabilidad de las soluciones que se adopten para promover la integración efectiva y el desarrollo del menor en la sociedad, así como de minimizar los riesgos que cualquier cambio de situación material o emocional pueda ocasionar en su personalidad y desarrollo futuro.»²⁵

²² Artículo 2.2.a) de la LIOPJM.

²³ Artículo 2.2.c) de la LIOPJM.

²⁴ Artículo 2.3.c) de la LIOPJM.

²⁵ Artículo 2.3.d) de la LIOPJM.

2.-Derecho al respeto a la vida privada y familiar del recién nacido

La familia es el núcleo básico para la protección, la atención y la formación de los menores de edad.

En este sentido, el artículo 8 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950, reconoce el derecho al respeto a la vida privada y familiar y establece que «toda persona tiene derecho al respecto de su vida privada y familiar» y prohíbe toda «injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho», excepto en los casos que estén previstos en la ley y que «constituyan una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención del delito, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás».

En ocasión de este precepto, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos se ha podido pronunciar en numerosas sentencias sobre la extensión de este derecho, partiendo de la premisa que todo menor de edad debe estar integrado en su familia desde el momento mismo de su nacimiento.

Por ello, es importante destacar que, antes de adoptar una medida de separación, es necesario considerar previamente las posibles alternativas y debe haber razones suficientes y graves que justifiquen esta intervención. En definitiva, es posible la separación, pero es el último recurso.

2.3. DERECHOS DE LOS PROGENITORES Y FAMILIARES DEL RECIÉN NACIDO

Los progenitores son los que, en primer lugar, tienen la obligación legal de asistir y proteger a los hijos menores de edad. Por ello, la actuación de los poderes públicos es siempre subsidiaria y por imposibilidad o por incumplimiento de esta obligación.

Por ello, el artículo 5 de la Convención establece que «los estados miembros han de respetar las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres y, si fuera el caso, los de los miembros de la familia extensa o de la comunidad de acuerdo con los usos locales, de los tutores legales u otras personas que tengan la responsabilidad y, de acuerdo con el desarrollo de las capacidades del niño, darle la dirección y la guía adecuadas para que pueda ejercer los derechos reconocidos en esta Convención».

Y el artículo 3.2 de la Convención establece que, en la actividad administrativa protectora, siempre hay que tener presente los derechos y deberes de los progenitores, al disponer que «los estados miembros se comprometen a asegurar a los niños toda la protección y atención necesarias para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y los deberes de sus padres, tutores legales u otras personas que tengan la responsabilidad legal y, con este fin, deben tomar todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas».

En este sentido, el artículo 12 de la Ley 14/2010, bajo el epígrafe «Respeto y apoyo a las responsabilidades parentales», establece:

- 4.** «Los padres y las madres tienen responsabilidades comunes en la educación y el desarrollo de los hijos menores de edad. Las políticas de atención y protección de los niños y los adolescentes han de incluir las actuaciones necesarias para la efectividad de sus derechos, teniendo en cuenta que el

bienestar de los niños y los adolescentes está íntimamente relacionado con el de sus familias.

5. »Los poderes públicos han de proporcionar la protección y la asistencia necesarias a las familias para que puedan asumir plenamente sus responsabilidades.»

Por lo tanto, las necesidades de los bebés las tienen que satisfacer los progenitores con el apoyo de los poderes públicos, y esta función de los progenitores se debe tener presente en la determinación del interés superior del menor de edad que se debe valorar «de acuerdo con los principios de necesidad y proporcionalidad, de manera que la medida que se adopte en el interés superior del menor no restrinja o limite más derechos de los que ampara».²⁶

Pero, en última instancia, hay que recordar siempre que «en caso de que no se puedan respetar todos los intereses legítimos concurrentes, prevalece el interés superior del menor sobre cualquier otro interés legítimo que pueda concurrir»²⁷. La tarea de los progenitores es una función que han de ejercer en beneficio del niño o de la niña, ya que solo sus derechos y sus intereses son realmente legítimos; si causan perjuicio al niño o la niña incumplen su función, y es cuando los poderes públicos deben intervenir.

Con respecto al resto de familia biológica del recién nacido, merecen una especial atención los casos en que hay hermanos, en los cuales toda intervención deberá ponderar y proteger, en la medida de lo que sea posible, los derechos de relación y contacto entre hermanos.

²⁶ Artículo 2.3 *in fine* de la LIOPJM.

²⁷ Artículo 2.4 de la LIOPJM.

Con respecto a los otros familiares (abuelos, tíos...) que pueda haber, hay que garantizar la preferencia legal²⁸ por las medidas de protección que supongan la integración familiar con personas que tengan un vínculo de parentesco con el bebé.

2.4. LA PROTECCIÓN DEL NIÑO ANTES DE NACER O EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO

En la tercera consideración del preámbulo de la Declaración de los derechos del niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959, se recogía que «el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y atenciones especiales, incluida la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento». Consideración que se reproduce en el preámbulo de la Convención sobre los derechos del niño aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989.

En el derecho civil español²⁹ y en el derecho civil catalán³⁰ se reconoce que «el concebido tiene la consideración de persona a los efectos que le sean favorables, siempre que llegue a nacer». Pero en el ámbito de las instituciones públicas de protección, la cuestión de cómo proteger al futuro bebé no ha sido tan clara.

Se ha considerado que, cuando la criatura no ha nacido ni cuando los padres no han podido ejercer la potestad, no se puede producir el supuesto de hecho de que el bebé carezca de asistencia, no puede haber una falta de ejercicio o un ejercicio deficiente. Según esta opinión, el riesgo de desprotección, si este no es efectivo, no puede dar lugar al desamparo.

²⁸ Artículo 127.3 de la Ley 14/2010.

²⁹ Artículo 29 del Código civil español de 1989.

³⁰ Artículo 211-1.2 del Código civil de Cataluña.

Esta es una objeción importante: a los progenitores no se les ha dado nunca la oportunidad del cuidado efectivo de su hijo..., por ello, si se desampara, se debe exigir que el riesgo de desprotección esté bien fundamentado y sea grave.

En la normativa estatal histórica sobre protección de menores de edad, solo se recogían disposiciones sobre la protección y el amparo de la mujer embarazada³¹ y relativas a la función de procurar el cumplimiento de todas las «instituciones que tengan por objeto velar y proteger la vida del niño antes de su nacimiento y en los primeros meses de vida».³²

La posibilidad de declarar el desamparo antes del nacimiento la encontramos recogida normativamente por primera vez en Cataluña en la Ley 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de los menores desamparados y de la adopción, que en su artículo 2.1 estableció que «el organismo competente a que se refiere el artículo 1 debe tomar las medidas necesarias para alcanzar la protección efectiva de los menores desamparados y, preventivamente, antes de nacer, cuando se prevea claramente la situación de desamparo del futuro bebé».

Sin embargo, había la duda de si este precepto implicaba claramente la posibilidad de declarar el desamparo, dado que solo habla de «las medidas necesarias», pero la jurisprudencia menor de las audiencias provinciales de Cataluña avaló la posibilidad de declarar el desamparo del concebido pero no nacido.

Actualmente, el artículo 110.4 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, establece claramente que «la declaración preventiva de desamparo antes del nacimiento es procedente cuando se prevé claramente la situación de desamparo del futuro bebé».

³¹ Artículo 2.1 del Real decreto de 24 de enero de 1908.

³² Artículo 35.a) del Real decreto de 24 de enero de 1908. Regulación que se contenía también en el Decreto de 2 de julio de 1948, por el que se aprobó el texto refundido de la legislación sobre protección de menores.

A pesar de ello, el debate sobre cuál es la fórmula más adecuada para intervenir en estos casos se ha vuelto a producir en la redacción de la legislación estatal sobre esta materia.

Inicialmente la LIOPJM no hacía ninguna referencia a este tema, pero la reforma efectuada en el 2015 —que, recordamos, no es aplicable a Cataluña—, aborda esta problemática considerando el maltrato prenatal como una situación de riesgo —y, por lo tanto, si se aplicara en el caso de Cataluña el maltrato prenatal, como a situación de riesgo, sería competencia de la Administración local—³³ de la manera siguiente³⁴:

«La Administración pública competente, para intervenir en la situación de riesgo, debe adoptar, en colaboración con los servicios de salud correspondientes, las medidas adecuadas de prevención, intervención y seguimiento de las situaciones de posible riesgo prenatal, a los efectos de evitar con posterioridad una eventual declaración de situación de riesgo o desamparo del recién nacido. A estos efectos, se entiende por situación de riesgo prenatal la falta de **cuidado** físico de la mujer gestante o el consumo abusivo de sustancias con potencial adictivo, así como cualquier otra acción propia de la mujer o de terceros tolerada **por** esta que perjudique el desarrollo normal o que pueda provocar enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales al recién nacido. Los servicios de salud y el personal sanitario han de notificar esta situación a la Administración pública competente y al Ministerio Fiscal. Después del nacimiento se ha de mantener la intervención con el menor y su unidad familiar para que, si es necesario, se declare la situación de riesgo o desamparo del menor para su protección adecuada.»

Por lo tanto, hay que evaluar la aplicación de estas distintas regulaciones legales para valorar adecuadamente cuál es la opción más adecuada para salvaguardar el interés superior del bebé.

³³ Véase artículo 99 de la Ley 14/2010.

³⁴ Artículo 17.9 de la LIOPJM.

2.5. DERECHO AL PROPIO CUERPO Y DERECHO A DECIDIR SOBRE LA PROPIA MATERNIDAD VERSUS MALTRATO PRENATAL Y PROTECCIÓN DEL FUTURO BEBÉ

El embarazo y la maternidad son decisiones libres y autónomas de la madre. Desde una perspectiva legal, las mujeres mayores de edad y las menores de edad con bastante grado de madurez tienen derecho a decidir sobre su maternidad.³⁵

Desde una perspectiva ética, el principio de autonomía implica la capacidad para decidir por sí mismo y asumir la responsabilidad de las propias decisiones.

Sin embargo, cuando una mujer ha aceptado llevar una vida adelante, su función materna pasa a ser prioritaria y el derecho al propio cuerpo no puede ser el derecho prevalente porque su cuerpo alberga otro de quien ella es responsable.

El inicio de la maternidad empieza con el cuidado del niño en proceso de gestación. El riesgo de causar perturbaciones importantes en el embrión o feto está científicamente documentado. Se conocen los efectos potencialmente teratógenos del tipo de alimentación, medicación, efectos de la marihuana, cocaína, heroína, metadona, alcohol, tabaco y otras drogas sobre el feto. Las diferentes consecuencias de los teratógenos dependen de la fase de formación del embrión o feto y de su propia estructura biológica individual. Los impactos emocionales que recibe la madre gestante también pueden tener efectos sobre la bioquímica cerebral del feto, lo cual implica que no solo la mujer es responsable de su hijo en camino sino que su pareja, sea o no sea el padre biológico de la criatura, también lo es. Su función tiene que ser proteger a la mujer gestante y evitarle situaciones que la podrían perturbar (como escenas de agresividad o daños emocionales).

³⁵ Artículo 212.7 del Código civil de Cataluña y artículo 47 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo.

Por lo tanto, tenemos que pensar que la función parental se inicia en el momento en que la vida de la criatura empieza a desarrollarse y se tiene la responsabilidad de cuidarla. La ley ya reconoce el derecho de la mujer a suspender esta formación en caso de que tome la decisión de interrumpir el embarazo durante las primeras semanas, cuando esta vida todavía está en estado embrionario. Una vez ha pasado este tiempo, determinado legalmente, si no se ha suspendido esta vida, hay que aceptar las responsabilidades parentales que se derivan de esta decisión.

El objetivo principal de los profesionales es trabajar por el bien de los niños, lo cual implica también dar apoyo a los progenitores que son quienes han de asegurar la protección presente y futura de los hijos o hijas.

Por lo tanto, respetar el derecho a decidir o el principio de autonomía no implica renunciar a dar toda la información necesaria, de manera clara y comprensible e, incluso, ayudar a la mujer a tomar la mejor decisión para su propio beneficio y de sus hijos presentes o futuros.

En este trabajo hay que ponderar adecuadamente los derechos sin que la madre o el padre tengan que vivir la intervención de los profesionales como una coacción o una amenaza. Especialmente difíciles son aquellas situaciones en que los profesionales consideran que si se mantiene la decisión de ser madre y padre, el futuro bebé puede estar en situación de desamparo, y asesoran a los progenitores para que sigan un programa de planificación familiar.

Cuando sea necesario, el profesional debe informar, asesorar o recomendar a la mujer para que pueda decidir teniendo criterio, con libertad, pero también con responsabilidad sobre su maternidad.

En última instancia, se podría plantear en situaciones de especial gravedad para el futuro bebé la sujeción forzosa de la mujer embarazada a un tratamiento o ingreso no voluntario, por ejemplo, para la desintoxicación de una adicción. Esta sujeción forzosa no se puede plantear con la legislación actual, vista la regulación actual en

materia de autonomía del paciente. No obstante, éticamente tenemos que poder afrontar estas situaciones y no abandonar la función protectora del futuro bebé.

3. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CASOS DE SEPARACIÓN DEL BEBÉ DE LA MADRE EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO

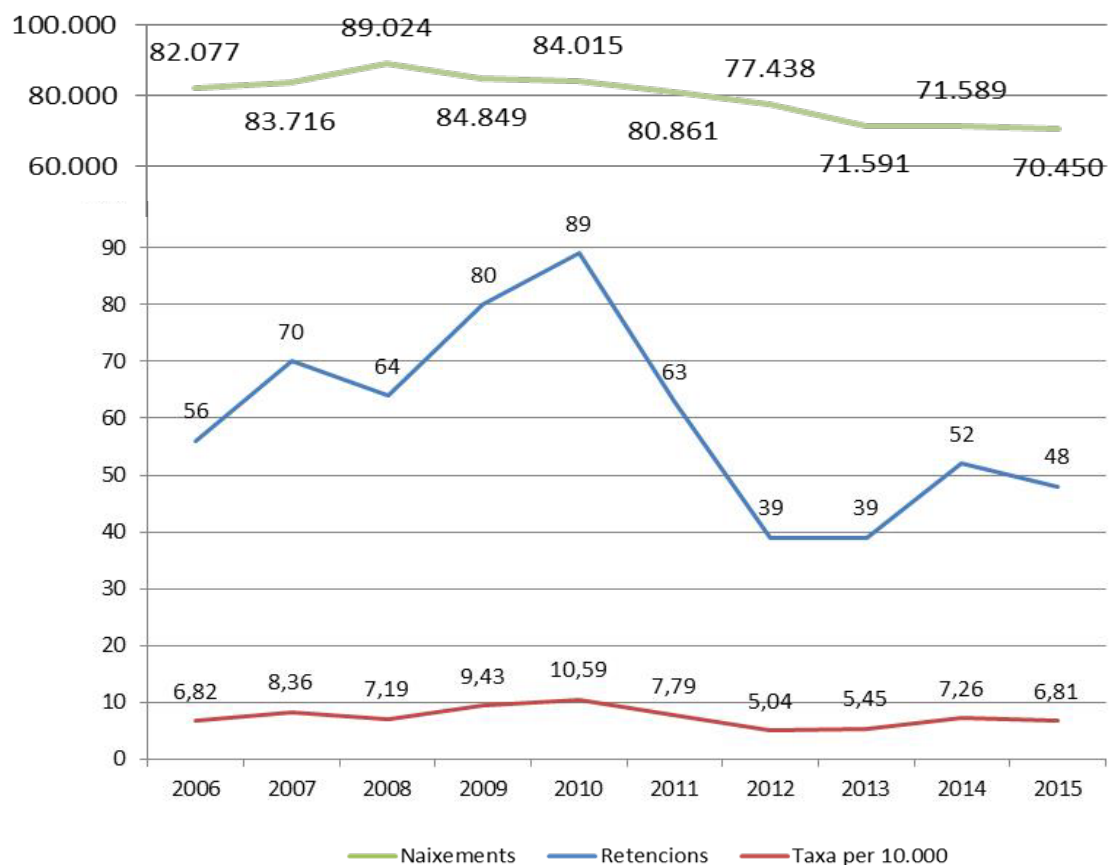
Dado que no es una problemática muy conocida, consideramos adecuado hacer una breve referencia a cuáles son los aspectos cuantitativos y cualitativos de esta realidad.

En Cataluña, entre 5 y 10 bebés de cada 10.000 nacimientos son declarados en situación de desamparo y separados de la madre en el momento del nacimiento por decisión de la entidad pública de protección, que en Cataluña es la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA) del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.

Concretamente, la tasa media por cada 10.000 nacimientos durante 10 años ha sido de 7,47. En el gráfico siguiente podemos ver la evolución de los nacimientos, separaciones del bebé de la madre, y tasa anual en Cataluña entre el 2006 y el 2015.



Retenciones por nacimientos. Cataluña 2006-2015



Con respecto al maltrato prenatal, prácticamente la mitad de los expedientes de desamparo abiertos por esta causa han conllevado la separación del bebé de la madre, como podemos ver en el cuadro siguiente:

Expedientes de desamparo abiertos por maltrato prenatal:

- 2013: 88 (porcentaje de separaciones **44,32%**)
- 2014: 98 (porcentaje de separaciones **39,79%**)
- 2015: 83 (porcentaje de separaciones **57,83%**)

Media de separaciones por expedientes de desamparo abiertos por maltrato prenatal: 51,67%

Estos datos son semejantes a los de otro estudio que se ha publicado recientemente sobre el maltrato prenatal en Cataluña,³⁶ que dan un porcentaje de separación del 53,4% de los casos de maltrato detectados y datos parecidos en el resto de ítems analizados.

A partir de esta realidad hemos efectuado una revisión de todos los casos producidos durante un periodo concreto de tiempo, concretamente el primer semestre del año 2015 (un total de 20 casos).

De este análisis podemos destacar los datos siguientes:

- La edad media de las madres a quienes se ha retirado el bebé es inferior a la media de las mujeres que dan a luz en Cataluña (la media de los casos estudiados es de 27,65 años; la media de Cataluña es de 31,89 años³⁷).
- Hay un elevado porcentaje de madres de nacionalidad extranjera (concretamente el 52,94% de las mujeres eran de nacionalidad extranjera,

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 el citado estudio de García, J.; Campistol, E.; López-Vilchez, M. A.; Morcillo, M. J.; Mur, A., pág. 154, la media de edad de las madres fue de 28,11, inferior también a la media de edad de las madres de Cataluña, y destaca que un 16,2% eran menores de 20 años.

cuando el porcentaje de mujeres de nacionalidad extranjera en Cataluña es del 13%³⁸).

- El 60% de las mujeres tenía pareja identificada.
- Un 20% de las mujeres ya tenían hijos o hijas que previamente habían sido también declarados en situación de desamparo y tutelados por la Administración.³⁹
- En un 65% de los casos se daba una situación de precariedad⁴⁰ o pobreza.⁴¹
- Con respecto a los principales motivos de desamparo⁴² que provocaron la separación son los siguientes:
 - Falta de cuidado del propio cuerpo (incluye la falta de seguimiento de los controles): 45%.
 - Falta de colaboración: 45%.
 - Problemas de salud mental: 35%.
 - Ingesta de drogas o sustancias psicotrópicas durante la gestación: 30%.
 - Violencia machista: 20%.⁴³

³⁸ En el citado estudio de García, J.; Campistol, E.; López-Vilchez, M. A.; Morcillo, M. J.; Mur, A., pág. 152, también hay una sobrerrepresentación de las mujeres extranjeras, que suponen el 38% del total.

³⁹ En el citado estudio de García, J.; Campistol, E.; López-Vilchez, M. A.; Morcillo, M. J.; Mur, A., pág. 152, las mujeres con hijos retenidos previamente representan el 30,5%.

⁴⁰ En el citado estudio de García, J.; Campistol, E.; López-Vilchez, M. A.; Morcillo, M. J.; Mur, A., pág. 152 y 154, se destaca que solo el 24% de las madres tenía trabajo, cuando la media de empleo en Cataluña es más de dos veces superior.

⁴¹ La pobreza no es causa de desamparo. En este sentido, el artículo 17.1 de la LIOPJM, cuando regula las actuaciones en situación de riesgo, establece: «La concurrencia de circunstancias o carencias materiales se considera un indicador de riesgo, pero nunca puede desembocar en la separación del entorno familiar.» Y, en este mismo sentido, el artículo 18.2, párrafo segundo, de la LIOPJM, también establece: «La situación de pobreza de los progenitores, tutores o guardadores no se puede tener en cuenta para la valoración de la situación de desamparo.»

Por lo tanto, en los casos analizados, aunque han sido otros motivos los que han justificado el desamparo, hemos encontrado que esta circunstancia concurría en un porcentaje muy elevado de los casos, como también el porcentaje de mujeres de nacionalidad extranjera. Por ello, consideramos que habría que analizar estos datos en un estudio más amplio.

⁴² Pueden concurrir dos o más en un único caso.

⁴³ En el citado estudio de García, J.; Campistol, E.; López-Vilchez, M. A.; Morcillo, M. J.; Mur, A., pág. 152 y 155, el resultado, 20%, es totalmente coincidente. Y es 10 veces superior a la media de las mujeres en España.

Con respecto a las medidas de protección adoptadas en los casos revisados, han sido las siguientes:

Medida inicial:

- Acogimiento en familia de urgencia y diagnóstico (65%).
- Centro de acogida (15%). Este dato es importante porque revela que todavía un porcentaje significativo de bebés son acogidos en centro.
- Familia extensa (10%).
- Centro maternal (10%).

Medida final:⁴⁴

- Retorno con la madre (30%).
- Adopción (30%).
- Acogimiento simple en familia ajena (15%).
- Acogimiento en familia extensa (10%).
- Acogimiento de urgencia por oposición judicial (5%).
- Centro de acogida (menor con 80% de discapacidad) (5%).
- Otros (traslado del expediente a otro país) (5%).

En cuanto al tiempo transcurrido entre el nacimiento y la medida definitiva y estable, ha sido el siguiente en los casos estudiados:

- 2 años o más:⁴⁵ 33,33%.
- Entre 1 año y 2 años: 25%.
- Menos de 1 año: 41,66%.

⁴⁴ Como medida final, hacemos referencia a mediados del año 2017, es decir, han pasado entre dos años o dos años y medio desde el momento del nacimiento.

⁴⁵ Es decir, han pasado dos años o más desde el momento de revisión del caso y no hay todavía medida definitiva.

No hemos encontrado que el tipo de medidas de protección inicialmente adoptadas para proteger al bebé tengan algún efecto en la probabilidad del retorno con la madre. En los casos analizados, se retornaron cuatro niños que estaban en acogimiento de urgencia y diagnóstico, un niño acogido en centro maternal (el otro niño acogido en este tipo de centro se orientó hacia la adopción) y uno acogido en familia extensa.

Finalmente, para ilustrar las situaciones objeto de análisis, recogemos dos de los casos estudiados:

CASO 1

Madre de 34 años, de nacionalidad española, sin pareja, con cuatro hijos previamente tutelados.

Con una larga historia de consumo (cannabis y cocaína), admite el consumo de cocaína y cannabis durante el embarazo. Presenta un trastorno límite de la personalidad. Tiene poca conciencia de su realidad y presenta una falta de estabilidad y fracaso en los diversos planes de mejora con los otros hijos.

El bebé es acogido por familia de urgencia y diagnóstico con un régimen de visitas inicial una hora semanal.

La madre ingresa en un centro de rehabilitación y evoluciona positivamente; hace un proceso de cambio personal y se muestra capaz de dar al bebé un espacio de seguridad y vinculación afectiva. Nueve meses después de la separación se determina el retorno.

CASO 2

Madre de 38 años, de nacionalidad extranjera, con pareja. Otros tres hijos no tutelados en el momento del nacimiento.

Consume metanfetaminas; no asiste al control ni al seguimiento del embarazo. No tiene conciencia de los problemas de salud del bebé. Se aprecia inicialmente una buena relación con los otros hijos, aunque se tienen antecedentes de falta de control gestacional en anteriores embarazos, falta de atención a los problemas de salud de los hijos, e inestabilidad y precariedad domiciliaria.

Negligencia y desatención de las necesidades básicas de todos los hijos. Se desamparan. No colabora. Situación social de precariedad. No sigue las orientaciones del Centro de Atención y Seguimiento a las Adicciones (CASD). Da positivo en analíticas y no asiste a las visitas de seguimiento. Tiene un pronóstico de recuperabilidad negativo a corto plazo.

Se propone el acogimiento en familia de los cuatro hermanos, si puede ser, juntos. Solo se acogen juntos los dos pequeños. Los otros hijos desaparecen (hay denuncia por sustracción contra los progenitores).

4. SOBRE EL MALTRATO PRENATAL

4.1. POSIBLES CONSECUENCIAS DEL MALTRATO PRENATAL

Una madre capacitada y estable inicia la relación afectiva y los cuidados y atención hacia el futuro bebé antes de su nacimiento.

Las madres pueden presentar problemas y dificultades, a menudo en varias áreas, y eso puede tener efectos sobre el niño en gestación y futuro bebé. A modo de ejemplo, varios estudios ponen de manifiesto que la exposición a situaciones de violencia machista durante el embarazo y el postparto pueden dar lugar a la creación de vínculos de apego inseguros y de baja calidad.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.

Siguiendo el Protocolo de coordinación de actuaciones para la prevención y el abordaje del maltrato prenatal⁴⁷ podemos decir, por ejemplo, que el consumo de drogas ilícitas por parte de la mujer embarazada comporta una situación perjudicial a la madre, el feto y el recién nacido. Las drogas que consume la mujer gestante pueden repercutir en el normal crecimiento del feto, en la adaptación del bebé a la vida extrauterina con manifestación del síndrome de privación, o incluso en el normal desarrollo del niño.

Hay múltiples drogas que pueden tener repercusión fetoneonatal, ya sea de manera aguda o crónica. Las consecuencias que pueden tener sobre el bebé dependen del tipo de droga, de las dosis, del tiempo de drogadicción, etc.

Dado que la mayor parte de las drogas pasan al feto a través de la placenta, la sobreestimulación de los sistemas de neurotransmisión del feto puede producir anomalías en los patrones de proliferación, diferenciación y migración neuronal, así como alteraciones persistentes en la responsividad de la célula y alteraciones secundarias de carácter compensatorio que contribuyen a déficits conductuales posteriores.

Como problemas precoces, podemos destacar el estrés fetal, con evacuación de meconio y aspiración. Este se suele correlacionar con un test de Apgar bajo. La prematuridad también tiene una incidencia elevada en el bajo peso para la edad de gestación, que es casi la norma. Hay que destacar también la posibilidad de que se produzca una disminución del perímetro craneal, el aumento de malformaciones congénitas, la fragilidad y ruptura de los cromosomas y los infartos cerebrales, así como anomalías en el comportamiento neurológico. Además, hay que tener en cuenta el síndrome de abstinencia de drogas del recién nacido como consecuencia probable. También se ha descubierto más incidencia del síndrome de la muerte súbita del lactante.

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).

Como problemas tardíos, conviene destacar que hay estudios que alertan que la exposición del feto a las drogas puede repercutir en el desarrollo del niño en forma de retrasos madurativos que incluyen los pondoestaturales o alteraciones del comportamiento (agresividad, hiperactividad, etc.). Hay que decir, sin embargo, que estas incidencias también se pueden ver condicionadas, en negativo o positivo, por el posterior entorno familiar de estos niños.

Los hijos de madres consumidoras de drogas presentan también un alto riesgo biopsicosocial por el aumento del riesgo de daño generacional progresivo, por vía congénita y genética, que tiene como consecuencia múltiples malformaciones congénitas, alteraciones neurológicas y deterioro de la salud mental, hecho que predispone a la adquisición de nuevas adicciones.

Además representan un impacto social y económico muy importante para el sistema de apoyo a las personas, que se traduce en lo que se indica a continuación:

- Aumento de los gastos en salud por más índice de desnutrición, más morbilidad y más frecuencia y gravedad de las hospitalizaciones, los exámenes y los procedimientos médico-quirúrgicos.
- Aumento del *pool* (cantidad) de pacientes crónicos que requieren equipos multidisciplinares para un tratamiento más adecuado.
- Aumento del gasto social causado por disfunción familiar, maltratos infantiles, delincuencia y drogadicción juvenil, embarazo en adolescentes e incapacidad laboral.
- Fumar durante el embarazo está relacionado con:
 - Aborto espontáneo.
 - Muerte neonatal.
 - Nacimiento del bebé con menos peso.

- Muerte súbita del lactante.
- Aumento del riesgo de infecciones respiratorias en la infancia y la adolescencia.
- Retrasos en el desarrollo del lenguaje y problemas de aprendizaje.
- Problemas de conducta. Se ha relacionado con el TDAH.

El consumo de cocaína, *crack*, heroína y cannabis se ha relacionado con:

- Crecimiento intrauterino retardado.
- Aborto espontáneo.
- Parto prematuro.
- Aumento de partos distócicos.
- Menor peso al nacer.
- Síndrome de abstinencia neonatal.
- Anomalías congénitas.
- Daños cerebrales del bebé.
- Alteraciones cognitivas, de aprendizaje y comportamiento.

El consumo de cualquier bebida alcohólica durante la gestación puede dar un síndrome alcohólico fetal (SAF), caracterizado por:

- Retraso en el crecimiento intrauterino y después del parto.
- Alteraciones del sistema nervioso central (SNC), entre las cuales se puede encontrar retraso mental (generalmente moderado), niveles bajos de atención, labilidad emocional, trastornos del comportamiento, etc.
- Alteraciones de la morfología craneofacial altamente distintivas, con la presencia de microcefalia, anomalías palpebrales, labios hasta con hundimiento del labio superior, nariz chata, etc.

Con independencia del efecto físico que puede producir la exposición a tóxicos, la exposición al estrés psicosocial del feto y de los recién nacidos puede producir secuelas en su desarrollo. El maltrato o la negligencia prenatal es un factor de riesgo, además, para una probable continuidad de maltrato postnatal.

4.2. INDICADORES PARA DETECTAR EL MALTRATO PRENATAL

Los indicadores para detectar y valorar el maltrato prenatal los encontramos publicados en la Orden BSF/331/2013, de 18 de diciembre, por la que se aprueban las listas de indicadores y factores de protección de los niños y adolescentes.

Estos indicadores y factores son los que deben servir para valorar la situación personal, familiar y social del recién nacido y su posible situación de riesgo o desamparo.

Con respecto a los indicadores para detectar las situaciones de riesgo y de desamparo legalmente definidos, los que hacen referencia a las situaciones compatibles con maltrato prenatal son los siguientes:⁴⁸

- La madre presenta falta de atención al propio cuerpo durante el embarazo.
- La madre es consumidora de sustancias tóxicas (drogas y alcohol) de manera habitual.
- La madre es maltratada, físicamente o psíquicamente, durante el embarazo por la pareja o familiares.

⁴⁸ El instrumento de cribado de estas situaciones se puede encontrar en el enlace siguiente:

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

- El bebé presenta síndrome de abstinencia al nacer.
- El bebé tiene lesiones físicas o neurológicas por un control médico inadecuado de la madre durante el embarazo.

Con respecto a la lista de indicadores y de factores de riesgo, protección y pronóstico incorporados como herramienta de valoración al Sistema de Información de la Infancia y la Adolescencia (Sini@) para que los utilicen los equipos especializados, los que hacen referencia al maltrato prenatal son los siguientes:

- El niño presenta síndrome de abstinencia al nacer.
- La madre presenta embarazo sin control médico con riesgo para el feto.
- La madre presenta consumo de tóxicos durante el embarazo.
- La madre es maltratada durante el embarazo.
- Se manifiestan conductas de riesgo para el feto realizadas por la madre (vive en la calle, no ha aceptado ninguna ayuda...).
- La madre presenta autolesiones, especialmente en la zona del feto, intentos de perder al niño durante el embarazo, rechazo del niño durante la gestación.
- El niño tiene lesiones físicas o neurológicas a causa del control médico inadecuado de la madre durante el embarazo.

Una madre no presenta competencias parentales suficientes cuando, pudiendo evitarlo, pone en riesgo la vida y las capacidades en proceso de maduración de su hijo o hija. Ahora bien, hay que pensar que la experiencia de tener un niño puede producir cambios en las capacidades y competencias maternas que no se deben subestimar.

5. SOBRE EL DESAMPARO Y SEPARACIÓN DEL BEBÉ POR INCAPACIDAD DE LOS PROGENITORES PARA EJERCER SUS FUNCIONES O RIESGO DE FUTURO MALTRATO

Otro supuesto de desprotección en el cual se puede determinar la separación del bebé en el momento del nacimiento –que puede coexistir con indicadores de maltrato prenatal o no– es aquel en el que se valora la posibilidad de separación del bebé en el momento del nacimiento por la existencia de antecedentes previos de maltrato en hijos o hijas anteriores que pueden hacer pensar en dificultades para cuidar adecuadamente al bebé y en un futuro maltrato.

5.1. SITUACIONES MÁS FRECUENTES DE INCAPACIDAD

5.1.1. Negligencia

El aspecto más prevalente en el cuidado inadecuado de los nasciturus, recién nacidos y bebés es la **negligencia**. Este aspecto afecta a varias áreas de manera simultánea y puede llevar otras problemáticas asociadas, como la pobreza, la inestabilidad laboral, la soledad, el consumo de sustancias tóxicas y las relaciones conflictivas.

Esta negligencia, en el aspecto psicológico, proviene muchas veces de las representaciones de vínculo afectivo inseguro en la madre o padre con sus figuras de apego y de procesos de duelo y pérdidas no elaborados, y puede provocar emociones como el miedo, la ansiedad, la rabia, la culpa...

Todo eso hace que los padres y madres vulnerables tengan más dificultades para ofrecer el marco de cuidado y protección estable que los niños necesitan encontrar, y pueden llegar a situaciones de negligencia grave y, a veces, al maltrato físico.

5.1.2. Adicción

Muchas investigaciones científicas ponen de manifiesto el riesgo de que las madres con adicción a las drogas presenten dificultades para establecer un vínculo seguro con el niño, ya que son poco receptivas a las señales del bebé, tienen poca capacidad para ofrecerles apoyo y estimulaciones adecuadas, y son resistentes al contacto físico y visual con el bebé (Blackwell, P. L.; Lockman, J. J.; Kaiser, M., 1999) (Lagasse, S., 2003).

Las madres consumidoras no suelen tener solo este problema de adicción. A menudo va asociado a problemas psicológicos, traumas y experiencias de infancia

adversa que, en algunos casos, favorecen más vulnerabilidad a sufrir trastornos mentales (Sadurní, M.; Sadurní, G.; Pérez Burriel M.; Pino, M. T., 2010).

Hemos hecho una revisión de los datos ⁴⁹ de los niños y adolescentes desamparados en los que uno de los motivos principales es la drogodependencia de los progenitores, que les afecta de manera grave. De esta revisión ha resultado la prevalencia de un 11,6% de casos en los que uno de los motivos de desamparo era la drogodependencia de los progenitores (de los 6.914 casos de menores de edad en medida de protección provisional o definitiva, en 805 uno de los tres motivos principales de desamparo deriva de la drogodependencia de los progenitores, tutores o guardadores). (Fecha de consulta: 31 de mayo de 2017. Fuente: Sini@).

⁴⁹ Fuente: Sini@.

6. LA VALORACIÓN SOBRE LA PROCEDENCIA DE LA SEPARACIÓN DEL BEBÉ DE SU MADRE EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO

6.1. CRITERIOS ESPECÍFICOS PARA VALORAR Y PONDERAR EL MALTRATO PRENATAL EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO

Para valorar el maltrato prenatal debe haber, por una parte, la constancia de que la madre y el padre han descuidado su función parental, que es la de procurar seguridad y protección a la nueva vida que empieza. Por otra parte, se recomienda que haya una valoración. Esta valoración del daño tiene dos dimensiones diferentes. Una es la valoración del daño causado al niño durante el proceso gestacional, compatible con un maltrato prenatal. La otra es la valoración del riesgo de maltrato al que el recién nacido puede volver a estar expuesto. Estas dos dimensiones se comentan seguidamente:

6.1.1. Daño causado al niño durante su proceso gestacional compatible con un maltrato prenatal

Este punto se debería dividir en tres tipos de valoraciones:

- a)** Daño presente y observable en el recién nacido.⁵⁰
- b)** Sería conveniente disponer de un instrumento de evaluación que permita valorar el daño causado al bebé compatible con un maltrato prenatal durante su periplo gestacional. Este instrumento podría ser una herramienta que compartieran los obstetras, las comadronas y el personal sanitario. Este mismo instrumento podría facilitar la valoración de la reversibilidad del daño causado.
- c)** Daño potencial no observable en el periodo perinatal o neonatal.
- d)** No todos los daños producidos en la estructura y funcionalidad del cerebro o daños en otras partes del organismo se detectan en el momento o semanas después de nacer, porque son daños que afectan a zonas del organismo que todavía no han madurado. Por otra parte, las dificultades de aprendizaje posteriores asociadas a la exposición prematura a drogas también pueden ser consecuencia de una falta de interacción positiva o de estimulación durante la infancia y no –o no solo– a la exposición intrauterina a la sustancia. De todos modos, sería conveniente tener registradas las posibles consecuencias, entre otras finalidades, para poder desarrollar programas de atención preventivos y reparadores para estos niños y niñas.
- e)** Nivel del riesgo de daño al que el feto ha sido expuesto.

⁵⁰ El daño causado debe ser uno de los elementos objetivos fundamentales para proceder a valorar el nivel de gravedad de la situación de desprotección. Como ejemplo, podemos ver: *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>. Con respecto al maltrato prenatal, consultar las páginas 66 y 67.

- f) No todos los organismos responden igual a las sustancias teratógenas. La resiliencia del feto a los componentes tóxicos de estas sustancias también se debe tener en cuenta. Además, la madre puede haber tenido conductas de riesgo, como no haber aceptado el control médico durante la gestación y, a pesar de eso, el bebé puede nacer sin problemas y sano. En caso de que no se observe ningún daño compatible con un maltrato prenatal, es igualmente conveniente registrar el nivel de riesgo de daño al que el feto ha sido expuesto como medida de alerta y prevención de posibles futuras negligencias parentales.

6.1.2. Valoración del riesgo del maltrato en el periodo posterior al nacimiento

El punto más delicado aquí es poder valorar si la madre y el padre continuarán, después del parto, descuidando a su niño y, por lo tanto, hay que separar al bebé del núcleo familiar como medida preventiva. La Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia dispone del Simulador del Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo,⁵¹ que puede ayudar a valorar el nivel de riesgo de maltrato que ofrece la pareja parental.

Es importante remarcar la importancia de mejorar los procesos de valoración y toma de decisiones, dado que los estudios que existen detectan elevados porcentajes de profesionales que cometen un significativo número de errores.⁵²

⁵¹ Este simulador se puede encontrar en el siguiente enlace:

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. Estos autores concluyen lo siguiente:

«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.» Pág. 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

6.2. ASPECTOS Y CRITERIOS COMUNES AL MALTRATO PRENATAL Y LAS OTRAS CAUSAS

6.2.1. Valoración de la capacidad de unos progenitores antes de que tengan la oportunidad de ejercer

La separación está justificada cuando pensamos que la integridad física del bebé corre un alto riesgo, sea por maltrato físico o por graves negligencias que lo pongan en peligro. Como hemos dicho, el interés superior del niño debe prevalecer sobre cualquier otro derecho.

Pero como hemos visto, la valoración del riesgo futuro de maltrato es muy difícil y requiere que se elaboren protocolos e instrumentos rigurosos en este proceso. La decisión de no permitir que unos padres ejerzan como tal solo se puede adoptar cuando los riesgos para el bebé no son asumibles en la medida que no tengan reparación posible.

Es difícil tener que decidir quién tiene derecho a ser madre o padre, especialmente en el caso de padres noveles que no han podido ejercer nunca, y demostrar su capacidad o incapacidad, si no consta un maltrato prenatal. En este caso, los riesgos no están fundamentados en antecedentes demostrados de maltrato a hijos anteriores, por lo que los elementos para valorar la imposibilidad de correcto ejercicio de la potestad parental deben ser objetivables y graves, y se debe justificar por qué se descartan otras alternativas que, con control y seguridad para el bebé (p. e. centros maternos), puedan evitar la separación.

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.» Pág. 645 y 646.

Por lo tanto, reiteramos la importancia de disponer de instrumentos objetivos que midan el riesgo de maltrato futuro atendiendo a las dificultades para ejercer las funciones de maternidad o paternidad medidas a través de una escala elaborada.

Sin embargo, la decisión en estos casos no puede ser adoptada por una persona; es necesario que la adopte dialogadamente un grupo de profesionales expertos y de diferentes disciplinas.

6.2.2. Determinación de la mejor alternativa viable para la protección del niño o adolescente: *primum non nocere*

Ante un daño presente y un riesgo futuro de maltrato es necesario valorar si se evita una situación de daño más alto por aplicación del principio de no maleficencia.

En este sentido la separación de un bebé de su madre es una situación negativa ya que implica la privación de su derecho a una vida privada conjunta y al pleno desarrollo de las relaciones materno-filiales. Por lo tanto, constatados un daño y un posible riesgo de un daño futuro, es necesario valorar, sin precipitación y de manera colegiada, que la intervención y medida propuestas deben suponer un balance netamente positivo para el niño.

En esta valoración de qué intervención es posible realizar para disminuir el riesgo, es necesario tener presente:

- el nivel de riesgo,
- el proceso de desarrollo y de apego del bebé,
- el grado de reconocimiento del problema por la familia y motivación por el cambio,
- la capacidad de adaptar los procesos y decisiones administrativas y judiciales a las necesidades y tiempo del bebé, y
- los recursos accesibles.

Estos aspectos los analizaremos a continuación, una vez expuestos los aspectos esenciales del apego de los bebés, con relación a los daños de la separación relacionados con los riesgos a evitar.

6.2.3. Apego y desarrollo en bebés

El apego es una necesidad primordial del desarrollo humano y parte de nuestra constitución biológica. Todos los niños desarrollan algún tipo de apego dependiendo de las interacciones que se establezcan entre ellos y los adultos que los cuidan.

El apego ha sido definido como la necesidad de los seres humanos de buscar la proximidad de personas de crianza con el objetivo de obtener los cuidados y protección necesarios. Esta proximidad de las personas de crianza (que, en contextos naturales, son la madre y el padre) no solo garantiza la supervivencia sino que depara las experiencias de amor, base de una personalidad sana, y los aprendizajes sociales que un niño necesita para convertirse en miembro de una comunidad. Las relaciones entre padres e hijos son consideradas primordiales dentro de la teoría del vínculo afectivo, pero hay que tener en cuenta que no son las únicas. Otras personas como los hermanos, y más adelante la pareja, también generan procesos de vinculación afectiva.

Desde una perspectiva evolutiva, J. Bowlby⁵³ (1907-1990), padre de la teoría del apego o vínculo afectivo, proclamó, siguiendo estudios etológicos, que los niños nacen con unos dispositivos biológicos que los predisponen a querer mantenerse próximos a la persona primordial de crianza, que generalmente es la madre. Bowlby definió el apego como una forma de conducta pulsional que sigue un modelo y pasa por unas fases evolutivas comunes a todos los humanos (Marrone, 2009)⁵⁴. Esta

⁵³ Las obras de John Bowlby son varias. Se puede consultar su trilogía *Apego y pérdida*. Vol. 1, 2 y 3. Barcelona: Paidós, 1998.

Una síntesis de la obra de Bowlby se puede encontrar en SADURNÍ, M. *Vínculo afectivo y desarrollo humano*. Barcelona: Editorial UOC, 2011.

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

pauta de conducta humana perdura a lo largo de la vida, si bien toma características diferenciadas según la edad y periodo vital, y es considerada una pauta de conducta normal más que un signo de inmadurez que es necesario ir dejando atrás a medida que nos hacemos mayores.

Los niños no están apegados de manera continuada. La necesidad de proximidad materna o persona de apego se activa cuando el niño no está bien, ya sea porque tiene hambre, sueño, está enfermo o experimenta cualquier emoción negativa y malestar. Cuando el bebé todavía no puede andar o gatear, las conductas que se activan para obtener esta proximidad son el llanto o levantar los brazos para ser cogido. En niños un poco mayores se activan las conductas de seguir al padre o la madre para mantener la proximidad y los cuidados o protección parentales. A partir de los 3 años la confianza establecida con las personas de apego comporta que el niño pueda contener parcialmente la necesidad inmediata de la proximidad y búsqueda de regulación afectiva y esperar que los padres estén disponibles, o sustituir el contacto físico por una palabra tierna o una caricia. Eso no se aplica en el caso de que el dolor, malestar o ansiedad del niño depase un umbral tolerable.

Las conductas de apego se desactivan cuando el niño ha recuperado el bienestar y la calma. En este sentido, con la proximidad de la madre no es suficiente, es necesario que ella sea capaz de devolver la tranquilidad y restaurar la sensación de bienestar al hijo o hija. Hay que diferenciar las conductas de apego de la relación afectiva que mantiene a dos personas unidas a lo largo del tiempo. La tonalidad de esta relación se ha gestado, precisamente, en la calidad de las respuestas parentales o de pareja a las necesidades de apego.

La teoría del vínculo afectivo subraya que los recién nacidos, de manera progresiva y a través de fases determinadas, se van apegando a las personas que los cuidan y lo hacen aunque estos cuidados no sean de calidad. Bowlby comenta el hecho de que los niños se apegan a sus madres y padres aunque hayan tenido comportamientos abusivos.

Cuando la madre y el padre son estables y sus cuidados y atención hacia el niño son de amor y buen trato, los niños van creando dentro suyo un patrón o modelo de relación afectiva que se caracteriza por la confianza hacia ellos, confianza que le predispone a desarrollar relaciones sociales basadas en la empatía y la comprensión. Si los padres o personas de crianza no han sido estables, o sus cuidados han sido negligentes o inconsistentes, el patrón interno que se desarrolla se caracteriza por la inseguridad hacia la capacidad parental de dar amor, protección y calma. Esta inseguridad y falta de confianza en el otro se puede generalizar en otras relaciones afectivas, y puede provocar que el niño evite depender de los demás o, al contrario, que hiperactive sus necesidades afectivas. En último término, esta inseguridad lo hace vulnerable al desarrollo de trastornos de conducta y a otras alteraciones clínicas.

6.2.4. Vínculo inseguro y salud mental

Un vínculo inseguro en la infancia puede ser un predictor de futuros problemas de salud mental en la edad adulta. Las últimas investigaciones han demostrado que el apego seguro y una comunicación afectiva positiva entre la madre, el padre y el bebé es crítica para una óptima maduración de los sistemas cerebrales que regulan los procesos emocionales, la modulación del estrés y la capacidad de autorregulación (Shore, 2000).⁵⁵

Si un niño crece con experiencias de separación, dolor, miedo o rabia a su alrededor y sin posibilidad de compensación, su desarrollo puede seguir un patrón patogénico y su sustrato neurobiológico puede quedar afectado (Watt, 2003).⁵⁶

6.2.5. Daños que puede provocar la separación del bebé de su madre

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: Bridge to affective neuroscience". En: CORRIGALL, J.; WILKINSON, H. (ed.) *Revolutionary connections: Psychotherapy and neuroscience*. Londres: Karnac, 2003.

Es necesario ponderar los daños de la separación *versus* el riesgo a evitar, por eso es necesario que se tengan siempre presentes en el momento de valorar la posible separación.

Los daños que puede causar al bebé la separación de sus progenitores pueden derivar de la afectación a alguno de los siguientes aspectos:

- **Puede dificultar el establecimiento de un proceso de sincronía mutua**

Cuando un niño nace tiene diferentes necesidades primordiales, que son comunes a todos los bebés. Sin embargo, si bien todos los recién nacidos comparten unas características comunes, desde el primer momento ya podemos distinguir las diferencias. El pediatra T. B. Brazelton (1995)⁵⁷ alerta de que se deben observar, por ejemplo, los diferentes niveles de sensibilidad que presentan los recién nacidos a los estímulos (auditivos, visuales, táctiles); la capacidad de regulación de sus estados; las técnicas de calma y cuna que le son más adecuadas; su orientación a la cara y voces humanas, y la respuesta de adaptación al abrazo, entre otros aspectos.

Es importante que, desde el primer momento, las personas que deben ser el padre y la madre (que ya lo son por naturaleza biológica o derecho de adopción) observen cómo es el bebé y sean capaces de establecer una sincronía mutua y un buen ajuste.

- **Puede dificultar que la madre o el padre se vincule de manera adecuada al bebé**

Por parte de la madre o el padre, estos primeros días en que deberá cuidar de su pequeño o pequeña y aprender como regularlo serán muy importantes para establecer un buen vínculo afectivo (*bonding*). El *bonding* es el lazo afectivo que hace que una madre o un padre se vincule a un niño o niña determinado y se sienta internamente motivado para cuidarlo y defenderlo de cualquier peligro

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

(aquello que antes se denominaba *instinto maternal* es una predisposición que se activa cuando la madre empieza a cuidar de un niño). Como la madre ya ha empezado a cuidar a su hijo dentro del útero, ya suele existir cierto *bonding* en el momento de nacer el bebé, si bien este vínculo afectivo de la madre hacia su hijo se hará más fuerte a lo largo de los primeros días y semanas con el contacto continuado con él.

- **Puede impedir que el niño discrimine a la madre o el padre como persona de apego primordial**

El bebé, por su lado, también viene predispuesto a apegarse a alguien. La naturaleza lo ha dotado de aquello que los científicos han denominado *conductas de apego*. A lo largo de estos primeros meses, estas conductas irán emergiendo y producirán su efecto. De entrada, de todo el repertorio de conductas que el niño tendrá más adelante, el recién nacido utiliza el llanto. El llanto está orientado a hacer saber a los padres que algo no va bien y conseguir su proximidad y atención. Una parte de este llanto va orientado a hacer que el padre o madre lo coja en hombros, lo meza y lo calme. El encuentro mutuo de ser sostenido y sostener en brazos tiene una correlación bioquímica en forma de liberación de hormonas (oxitocina, entre otras) que producen una sensación de bienestar y placer que siente tanto la madre o el padre como el hijo o hija y que contribuyen a este vínculo mutuo que denominamos vínculo afectivo.

Cuando los expertos en vínculo afectivo dicen que el bebé no nace con un vínculo afectivo ya construido dirigido a la persona que lo ha tenido en su útero no quieren decir que no sea importante, desde el primer momento, esta relación. Quieren decir que el encuentro entre madre, padre e hijo o hija pone las bases de toda una serie de procesos que son más complejos de lo que nos parece. Los niños humanos no se pueden apegar desde el momento de nacer a una madre o a un padre, a diferencia de las crías de otros animales, porque no tienen la suficiente fuerza ni tampoco la posibilidad de moverse para seguirla

(*apegar*, en términos científicos, quiere decir que la cría se coge con fuerza a la madre y también que la sigue caminando, volando o nadando, cuando se va de su vista). En este sentido, las crías de primates también tardan, a pesar de que menos que las humanas, a poder llevar a cabo estas conductas. Por eso, en crías de primates y humanas es generalmente la madre la que activa conductas para no separarse del bebé o para acercarse a él cuando llora.

El niño humano, antes de poder mostrar que ya tiene fuerzas y capacidades móviles para cogerse y seguir a la madre o el padre, debe diferenciarlos del resto de personas que lo rodean. A eso se le llama discriminación de la figura materna o paterna. Es decir, debe poder orientar estas conductas innatas de apego hacia un receptor, que, en circunstancias naturales, es la madre. La madre activa con la voz y la mirada que el bebé fije sus ojos en ella, ayudado por una predisposición biológica que lo orienta de manera prioritaria hacia los rostros y voces humanas más que hacia los objetos inanimados, como los estudios de Trevarthen⁵⁸ ya dejaron claro en la década de los 70 y 80. Esta fijación en el rostro de la madre permite que este rostro desconocido y que el niño no ve todavía como un todo global, vaya quedando dentro de la memoria en construcción del niño, de manera que hacia los 3-4 meses el niño ya lo diferencia claramente de otros rostros humanos y lo busca con la mirada si ve que la madre se va. Decimos que el niño ya discrimina su figura de apego primordial.

Si el bebé es cuidado por otra persona, es muy probable que la discrimine como figura de apego principal en detrimento de la madre o el padre.

- **Puede causar dificultades en la regulación emocional del bebé**

Los encuentros con la madre o el padre que ocurran cuando la madre lo alimenta, cambie los pañales, mezca, mire y hable al bebé, lo enseñe a la gente

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

que lo ha venido a ver, le toque los pies y las manitas, etc. son mucho más que espacios de cuidado y atención. En todas estas transacciones hay emociones que el bebé percibe porque está capacitado biológicamente para ello. Y también la madre o el padre recibe emociones de estos breves pero repetidos encuentros con su hijo. Se trata de una regulación emocional que va más allá del cuidado físico del bebé. La relación que se establece entre la madre o el padre y el niño desde el primer momento es primordial porque son dos sistemas que se afectan el uno al otro. Estos dos sistemas dependen de otros sistemas, ciertamente. Si su entorno no es favorable, esta sincronía mutua puede quedar afectada. Nuestra tarea como profesionales es garantizar que este proceso se pueda dar de la mejor manera posible.

Como conclusión de los anteriores puntos, podemos decir que se pueden producir daños que afectan al proceso de sincronía entre madre o padre y niño y el establecimiento del vínculo entre los dos.

Si al niño lo ponemos con una persona de acogida, es probable que este proceso de vinculación lo haga con esta otra persona, que al mismo tiempo puede establecer un *bonding* con el bebé, y que sea difícil revertir la situación sin causar algún tipo de trauma o padecimiento psíquico (tanto en el niño como en la persona de acogida).

6.2.6. Afectaciones en el vínculo del bebé producidas por la separación de la madre

a) Afectación del transcurso del tiempo (horas, días...) de la separación en el bienestar del bebé

Cada hora y cada día que el bebé no recibe la estimulación afectiva apropiada (a través de las caricias, de la mirada, de la voz, del ritmo, de la sincronía recíproca, etc.) es una pérdida y puede tener un efecto en su proceso de desarrollo.

En el momento que ponemos ante el bebé a una persona que responde a sus señales sociales, él fija la mirada en el rostro de esta persona e inicia el proceso de discriminación (primero) y de apego progresivo (segundo).

El daño emerge cuando lo separamos de esta persona. Este daño es más patológico cuanto mayor es el niño y más fuerte es el sistema de apego que ha construido con esta persona. El umbral para separar a un niño de una persona con la que está construyendo un apego, sin unas posibles consecuencias adversas patológicas, son, con más probabilidad, los primeros seis meses (con un máximo de los 12 primeros meses, es decir, antes del segundo año de vida). Se entiende que durante estos primeros meses el bebé recibe las estimulaciones afectivas correspondientes que le aseguran un buen desarrollo.

Si la persona que asume el rol de la persona de apego primaria ya era una persona de apego subsidiaria, facilitaremos la transición de la persona de acogida a la madre o el padre y viceversa.

El daño también emerge cuando el niño, cuando es un bebé, no puede llegar a discriminar una o varias personas del entorno como personas de apego porque va cambiando de educadores o de personas de acogida, o pasa mucho tiempo institucionalizado con personal sanitario que no es estable ni le puede dar una atención selectiva afectiva más allá de los cuidados básicos. En estos casos, el daño no se produce por la separación de la persona de apego, sino porque no se ha podido realizar un proceso selectivo de apego.

Otro caso en que puede haber daño es cuando, habiendo iniciado un fuerte apego con una persona que no es la propia madre o padre y sin haber iniciado ninguna forma científica reconocida de vinculación afectiva con la madre o padre, pretendemos sacarlo de la persona de acogida y devolverlo a la madre o padre. Es decir, lo que debemos entender es que el vínculo afectivo responde a un tipo

de interacción afectiva que conjuga con una relación estable y continuada que, en casos de separación, debería intentar ser diaria.

b) Cómo afecta la separación a la capacidad de vínculo de la madre o el padre y de asumir en el futuro de nuevo las funciones paternas

Los primeros momentos después del parto son importantes para la madre. Diferentes investigaciones apuntan que los niveles hormonales altos y los estímulos que recibe del contacto piel a piel con el bebé, del amamantamiento con pecho o biberón y del proceso de sincronía y reciprocidad que emerge en los breves momentos de interacción que un bebé puede aguantar sin cansarse, activan su capacidad materna y el vínculo afectivo que hará que discrimine a este hijo o hija por encima de todas las otras relaciones (con excepción de otros hijos suyos).

La experiencia en el trabajo terapéutico con madres que han tenido una separación del bebé o hijo mayor como medida de protección nos debe hacer reflexionar sobre la construcción de una cierta idealización del hijo o hija que las aleja de la realidad del dolor de la separación. En las situaciones de separación se puede generar en la madre o el padre un desconocimiento progresivo del desarrollo y características personales del hijo, así como la necesidad de llenar la carencia afectiva con otras relaciones o iniciando una nueva gestación.

c) Cómo afecta la generación de un vínculo entre el bebé y las personas acogedoras a la capacidad del bebé de apegarse a la madre o padre

Si estas personas son las figuras de apego primordiales, todavía se puede hacer de la madre y el padre unas figuras de apego subsidiarias (invirtiendo el orden natural que sería que las primarias fueran la madre y el padre y las subsidiarias, otras personas). En todo caso, el niño o niña tendrá unas personas primarias y unas subsidiarias y eso no tendría por qué perjudicarle gravemente. Eso se consigue simplemente cambiando la periodicidad en la que el bebé está con sus

padres con visitas más largas o más frecuentes. Sería necesario que los padres recibieran ayuda y apoyo, una parte de la cual debería venir de un nuevo tipo de personas de acogida, que no se focalizara solo en el niño sino en ayudar a los padres a hacer de padres. Sería recomendable no confundir al niño con la palabra *familia* y buscar nuevas formas para denominar a este servicio de acogida.

Si lo que hacemos es priorizar un vínculo primario con las personas de acogida y no aseguramos que se haga también un apego con los padres, la capacidad del organismo infantil para reorientar este apego, pasados los primeros 6-12 meses, disminuirá considerablemente y es posible que, si tardamos mucho, el proceso ya sea irreversible o muy difícil (como de hecho pasa en muchos casos).

6.2.7. Cómo se pueden minimizar los daños producidos al bebé separado de su madre

Algunos de los factores que pueden minimizar el daño producido por la separación del bebé de su núcleo familiar son:

a) En casos de posible retorno, preservar el contacto continuado con la madre o el padre mientras se ofrece al bebé una persona de apego subsidiaria

Si preservamos el contacto continuado con la madre o el padre al mismo tiempo que ofrecemos una persona de apego subsidiaria, el riesgo de daño se minimiza considerablemente. El hecho de que el niño haga más de un vínculo afectivo (con la madre o el padre y la persona acogedora) no tiene por qué perjudicarlo, ya que los niños pueden construir más de un vínculo afectivo. Lo que puede ser perjudicial es que se quiera forzar un vínculo con la madre o el padre cuando el proceso de apego no se ha realizado. Por ejemplo, haciendo que la madre o el padre vea al bebé solo una vez a la semana; que no se haya realizado el proceso de sincronía y ajuste mutuo en las primeras semanas y meses, o que la persona de acogida no quiera saber nada de la madre o el padre y produzca un

apego en exclusiva de la criatura hacia ella. O, a la inversa, que se rompa bruscamente un vínculo afectivo iniciado con la persona de acogida, por un retorno o por una adopción posterior.

En este sentido, la preferencia legal por el acogimiento en familia extensa como medida de protección del bebé está plenamente justificada, dado que puede permitir más continuidad en la atención porque la persona que ofrece este apego subsidiario es de la misma familia, lo cual permite, cuando es posible, la transmisión de la identidad de la familia biológica del niño, fortalecer su identidad cultural y étnica, y favorecer las relaciones con el resto de la familia.⁵⁹

En los casos que se prevé que el niño deba ser adoptado, se aconseja que la acogida por otras personas no sobrepase los 6 meses o el año de vida como fecha límite para evitar que se consolide un proceso de apego con otras personas que no podrán quedarse con él y cuya separación le producirá mucho dolor y desorientación. Además, el proceso de cambio de familia de acogida a la adoptiva debe ser progresivo y hasta que se pueda constatar que el niño o niña ya ha hecho otro vínculo con la familia adoptante.

b) Durante la estancia hospitalaria se debe procurar que la madre, el padre u otra persona de posible apego dé al bebé una atención más allá de los cuidados básicos

Es importante que al bebé, aparte de los cuidados básicos de atención alimenticia, control de la temperatura e higiene, se le proporcionen aquellas estimulaciones afectivas que son necesarias: el tacto afectivo, la mirada a los ojos mientras se le habla con ritmo y prosodia afectivos, el inicio de la sincronía mutua, la cuna y la regulación afectiva, etc.

⁵⁹ Sobre el acogimiento en familia extensa, ver: 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.



En el caso de necesidad de hospitalización del bebé que debe estar separado, consideramos que es necesario asignar a una persona de acogida que pueda acompañarlo en el hospital y fomentar este contacto humano con él.

c) Dar la posibilidad de recuperación a la madre o el padre a través de programas de apoyo de tiempo limitado

El proceso de apego del niño hacia la madre o el padre es progresivo. Según Bowlby, durante los seis primeros meses es más probable que el niño pueda reorientar su sistema de vínculo hacia otra persona.

En todo caso antes de los 12 meses la situación del niño se debería haber resuelto, antes de que el vínculo afectivo ya esté bien establecido y los procesos de pérdida y luto puedan afectarle más gravemente.

7. EL TRABAJO DE LOS PROFESIONALES

7.1. EL TRABAJO PREVIO DURANTE EL EMBARAZO

El trabajo previo es muy importante. Puede tener diferentes dimensiones:

7.1.1. Dimensión informativa

Cualquier padre y madre deberían estar bien informados de los tipos de daño que pueden provocar los diferentes agentes teratógenos, sobre todo los que pertenecen a drogas y medicaciones, pero también aquellos que pueden causar daño en la bioquímica fetal del niño, como el nivel de estrés o de ansiedad de la madre, etc. Esta dimensión informativa la puede dar el obstetra, la comadrona u otro personal sanitario. Esta información se ofrece a toda mujer gestante, así como también se le informa del tipo de análisis físico y psicológico que se lleva a cabo a lo largo del proceso de gestación, como el análisis de orina para buscar presencia de tóxicos y

una prueba que detecte problemas psicológicos como la depresión. Estas valoraciones se aplican como parte de un programa preventivo y deben ir orientadas a poder ofrecer a la madre recursos adecuados.

También se informa de las posibles consecuencias que pueden haber en el caso de que la madre y el padre, conscientes y bien informados, perseveren en prácticas que podrían poner en riesgo la vida o el desarrollo sano de su hijo o hija en proceso de gestación. Estas medidas pretenden que los padres perciban más el aspecto positivo, de ayuda, que focaliza la atención en el bienestar del niño y en servicios públicos disponibles, y no la dimensión reprobatoria.

7.1.2. Dimensión formativa

Un segundo nivel de prevención va ligado a la preparación para ser madre y padre. En las sesiones de preparación para el parto aconsejadas por el ginecólogo o personal sanitario, se incluyen sesiones de preparación para la maternidad y paternidad en las cuales se explica de manera sencilla pero eficaz como se debe cuidar del niño durante el embarazo y los primeros días una vez haya salido del hospital, como se consigue tener vínculos de base segura, como se ayuda al niño en el proceso de regulación emocional, las técnicas de calma y cuna, qué hay que hacer durante los cólicos, qué hay que hacer cuando no come, cuando no duerme, etc. Se trata de unas pocas sesiones grupales pero que seguramente pueden servir de ayuda preventiva en situaciones de riesgo más leves.

7.1.3. Dimensión terapéutica

Los dos puntos anteriores son aplicables a todos los padres en general. En cambio, la dimensión terapéutica está reservada a aquellos padres que deben entrar en un recurso de ayuda. El tipo de ayuda depende del tipo de problema que presente la mujer o la pareja (toxicomanías, violencia machista, enfermedad mental, etc.). La derivación a los recursos la hacen los profesionales de atención a la infancia o los

profesionales de atención sanitaria que acompañen el embarazo de la madre. Es necesario que la madre perciba la dimensión de ayuda de estos profesionales, tal como se ha reiterado, y no de aviso de castigo y retirada del niño. Así, durante los meses de gestación, se evalúa el grado de dificultad que presenta la mujer, y su pareja, en el ejercicio de las funciones maternas y paternas en esos momentos y se prevé el nivel de dificultad futuro. Este recurso se lleva a cabo a través de unas sesiones estructuradas y limitadas.

En estas sesiones se puede informar a la madre y su pareja de todo lo que puede pasar una vez haya dado a luz: el médico valorará los posibles daños que haya recibido el niño y se trabajará con ellos para que puedan tener cuidado de él de manera adecuada. También se debe explicar que, a partir de un cierto nivel de daño causado o de riesgo de causarlo, estos se entienden como una agresión y negligencia hacia el niño y se deben tomar medidas preventivas hasta estar seguros de que la madre y el padre han hecho los cambios necesarios para garantizar la seguridad del niño. El hecho de que la madre o la pareja acepten los recursos que se les ofrece se considerará un paso positivo y un factor a tener en cuenta.

Se explica en qué pueden consistir las medidas de prevención que se deben tomar para asegurar que el bebé esté bien mientras la madre (y la pareja) soluciona, con la ayuda de los profesionales, sus problemas y mejora en sus funciones.

Estas medidas pueden ser:

- No separación de la madre y el niño con trabajo terapéutico dentro de comunidades terapéuticas de madres y niños.
- Ayuda a través de un recurso del tipo «madres que ayudan a otras madres». Este recurso implica a una mujer (o una pareja o familia) que ayuda a esta madre en su proceso de cambio mientras cuida de su hijo. Eso no implica una separación, porque esta persona mantiene un contacto

diario y estrecho con la madre, le muestra cómo debe cuidar del hijo y le ofrece este espacio para que ella pueda, con la ayuda de los profesionales, *recuperarse* y recibir al hijo con las garantías del buen trato.

Esta dimensión terapéutica tiene como objetivo hacer que la madre o unidad familiar se vaya sintiendo atada a este hijo, de manera que eso se convierta en un factor motivacional de cambio.

7.1.4. El trabajo con el padre

El padre en estas situaciones de riesgo o desamparo puede ser desconocido o estar presente, pero no por ello hay que olvidar, cuando sea posible, su papel durante el embarazo, el parto y la crianza del bebé en beneficio de este último.

El conocimiento y la determinación de la filiación paterna, en beneficio del propio interés del niño, es un aspecto que hay que tener presente. Es necesario informar a la madre y al presunto padre, e implicarlos en el trabajo y en la realización de las actuaciones para la determinación legal de la filiación paterna.

Se debe tener presente siempre la figura paterna y trabajar para que el padre pueda ser un participante activo en este proceso. Conseguir su implicación puede suponer un beneficio considerable desde el punto de vista emocional y en el cuidado de la madre y del futuro bebé.

Como conclusión de los puntos anteriores, proponemos un cambio de modelo que incluya una información y formación dirigidas a toda la población sobre la necesidad de los buenos cuidados físicos y psicológicos durante el proceso de gestación, los efectos que se pueden producir (desde la muerte intrauterina hasta las anomalías cardíacas, anomalías cerebrales, dificultades de regulación emocional de los bebés, etc.), las consecuencias que nuestra ley disponga y, sobre todo, los recursos que se ofrecen a todas las mujeres y las unidades familiares que crean necesitarlos o a las que el médico o los servicios sociales aconsejen (dimensión terapéutica).

Con la madre (y el padre, en su caso), en la dimensión y el recurso terapéuticos previos al parto, se debe trabajar para:

- a) Comprender en profundidad qué la ha llevado a aquella situación.
- b) Determinar los pasos a seguir. No darle un plan de trabajo hecho, sino implicarla para que ella misma pueda ir diseñando y evaluando los cambios que se consideren y los que ella haya comprendido a partir del trabajo que se ha hecho en el punto a).
- c) Hacer que hable del hijo o hija en gestación y de cómo cuidará de él, así como de su propia infancia y del cuidado que recibió. Se trata de ir cambiando los patrones de vínculo afectivos internos a lo largo de todo el embarazo.
- d) Evaluar con ella las situaciones que le provocan ansiedad y estrés (trabajo, traumas, relaciones afectivas actuales, excitación o sopor causado por las sustancias tóxicas, etc.); ayudarla a buscar soluciones adecuadas para ella, y dotarla de recursos personales y estrategias para afrontar estos momentos.
- e) Conseguir establecer una alianza afectiva con el profesional que la atiende con el fin de motivarla para el cambio.
- f) Preparar un nuevo perfil de persona acogedora que entienda cuál es el papel que debe hacer y presentar este recurso a la madre o al padre, así como el recurso de las comunidades terapéuticas de madres y niños. En caso de que la madre o el padre tengan un buen pronóstico, hay que procurar que no pierdan su papel de madre o de padre; al contrario, hay que reforzarlo.

7.2. LA TOMA DE DECISIÓN DE LA SEPARACIÓN DEL BEBÉ DE SU MADRE

La trascendencia y complejidad de estos casos hace que sea especialmente importante que haya un proceso para tomar la decisión suficientemente pautado y deliberativo.

Esto es fundamental, tal como hemos expuesto en el punto 6.1.2, y hay que tenerlo presente a la hora de mejorar los instrumentos y los criterios de valoración de los profesionales sobre la gravedad de la desprotección. Por eso, consideramos que el proceso de toma de decisión debe ser dialogado y colegiado.

Como punto de partida, se debe garantizar en primer lugar, en la medida que se pueda, que la madre y el padre (en caso de que se conozca) están informados, y se debe valorar qué comprensión tienen de la situación, la posible separación, las consecuencias y las alternativas que hay.

En segundo lugar, la decisión debe ser producto de un proceso deliberativo en el cual se debe poder debatir todos los aspectos sociales, médicos, psicológicos, éticos y legales; se debe hacer una revisión de casos precedentes, e identificar y analizar las posibles alternativas existentes.

En tercer lugar, en este proceso deben participar siempre el referente del equipo técnico que ha intervenido y ha hecho la valoración del caso, los que tengan que tomar la decisión y expertos de diferentes disciplinas (como mínimo: expertos sociales, médicos, psicológicos, jurídicos y éticos). Es recomendable también que, siempre que sea posible, participen todos los profesionales que sean referentes de

la madre y el padre en otros ámbitos (salud, educación, servicios sociales...) para tener una visión de la situación más completa y contar con elementos que se deben tener presentes a la hora de decidir.

Finalmente, la decisión debe estar justificada y fundamentada; debe recoger los hechos, el proceso deliberativo, la fundamentación jurídica, la decisión y los recursos que se pueden interponer.

En situaciones de urgencia se pueden adoptar medidas cautelares de separación (por ejemplo, en el caso de una madre no conocida que en el momento previo al parto, o durante o después de este, pone en peligro la integridad física del bebé), pero se debe procurar que la decisión sea dialogada tanto como sea posible entre los profesionales implicados, y se revise en el plazo más breve posible de acuerdo con los criterios expuestos en los párrafos anteriores.

Por sí sola, no es una situación de urgencia el parto de una mujer cuyo caso es conocido por un equipo especializado que le hace el seguimiento y que valora la situación de una posible desprotección del futuro bebé (el parto se puede producir en cualquier momento, no solo en horario de oficina, y a veces llega sin que el estudio, la información o el procedimiento se hayan completado). En estos casos, si no hay una conducta activa de la madre que ponga en peligro la integridad física del bebé, como en el caso de urgencia expuesto en el párrafo anterior, se considera que no se debe proceder a la separación, y que hay que esperar la valoración y el proceso de toma de decisión expuesto anteriormente para los casos ordinarios.

7.3. LA ATENCIÓN A LA MADRE DURANTE EL PARTO

La madre debe entrar en la sala de partos relativamente tranquila porque el bebé no debe ser separado de ella durante estos días hospitalarios. Lo debe tener según el

procedimiento habitual: deben dársele nada más nacer para que lo pueda alimentar, acariciar y abrazar. Quizás no lo puede tener en la habitación, y seguramente cuando lo tenga deberá haber cámaras o personal terapéutico que aprovechará estos momentos para guiarla, pero la situación ya no será tan traumática como el hecho de pensar que una vez acabado el parto le sacarán al niño. La madre debe llegar a esta situación sabiendo que le darán una información exhaustiva del reconocimiento médico de su hijo, que la psicóloga o el personal sanitario le ayudarán a adaptarse, y que recibirá los recursos de ayuda que le han presentado durante el proceso de gestación.

En caso de que una madre no haya recibido un proceso informativo, ni formativo, ni haya ido a ningún recurso terapéutico, hay que hacerlo durante los días que esté en el hospital, para explicarle bien por qué el niño no se queda en su habitación (pero igualmente será posible hacer el proceso de *bonding*).

7.4. EL TRABAJO DURANTE LA SEPARACIÓN

Aunque la mayoría de los partos se dan en un contexto hospitalario y hay unas garantías sanitarias, hace falta velar también por las condiciones ambientales y ofrecer a la madre y al bebé un entorno tranquilo, silencioso y con poca luz, y sobre todo promover el contacto físico entre los dos, piel con piel, en los primeros momentos del nacimiento.

«El hábitat» que garantiza la supervivencia de los mamíferos humanos es el cuerpo de la madre. Por lo tanto, desde la vertiente etológica, está demostrado que los animales recién nacidos y que son separados de la madre inician un comportamiento de «protesta-desesperación» (Pallás, C., 2009).

Teniendo en cuenta que el parto supone la interrupción de las condiciones tranquilas, seguras y estables del útero materno, los profesionales deben ayudar a la madre y al niño para que este se vaya adaptando al cambio. El contacto piel con piel supone apaciguar este cambio repentino de condiciones del bebé e iniciar el establecimiento de un vínculo seguro entre madre y bebé.

Los beneficios del contacto piel con piel son imprescindibles en bebés prematuros. El llamado «método canguro» que se lleva a cabo en unidades de recién nacidos procura al niño el beneficio del tacto, y favorece la interacción entre la madre y el niño. Por otra parte, no podemos olvidar que el entorno natural de desarrollo del niño es la familia, y en este sentido no habría que demostrar ningún beneficio adicional (Pallás, C., 2014).

Si se retirara el bebé, los profesionales deberían acompañar a la madre en el dolor de la separación y posibilitar que pueda alimentar a su bebé y cuidarlo aunque estuviera en condiciones estrictamente supervisadas.

La información sobre el daño causado al niño se debe explicar a la madre y al padre durante los días hospitalarios, y también se los debe ayudar a entrar a un recurso de apoyo que les posibilite, por ejemplo, entender las reacciones del bebé y la hipersensibilidad que este puede tener a consecuencia de la exposición a las sustancias tóxicas (por ejemplo, hay que explicarles que los niños expuestos a la cocaína pueden ser más irritables y llorar más) o a otras situaciones de riesgo. Este recurso de apoyo, en estas situaciones, puede ayudar a la madre o al padre a proporcionar el cuidado apropiado al bebé y a establecer un vínculo afectivo de base segura.

Por otra parte, hay que hacer un seguimiento a los padres y estimar, con los instrumentos adecuados, la calidad de la interacción y la relación afectiva que establecen con el niño –en los espacios donde pueden cuidarlo–, y la dificultad que presentan en el ejercicio de sus competencias parentales.

Tal como hemos dicho, recomendamos que el bebé no sea separado de su madre en el momento del parto. La madre, o el padre, en la línea argumentada, ha sido preparada a lo largo de los meses de embarazo, tanto de manera informativa como formativa (en caso de que haya hecho uso de los recursos) y, además, ha tenido un referente terapéutico que la ha acompañado y le ha explicado bien todo lo que pasará y las ayudas que recibirá. Sabe que la informarán enseguida de los daños causados, si los ha habido, con la intención positiva de darle las orientaciones que harán posible minimizar o revertir estos daños (el tipo de estimulación adecuada, el cuidado que debe tener de ella misma para no aumentar su nivel de frustración y cansancio, etc.). También la han preparado para que entienda que ella misma o su pareja, en la condición en que están, podrían, ni que fuera de manera involuntaria, causar más daños a este niño, y que, por eso, debemos protegerlo. Además, deberemos estudiar los recursos posteriores más viables (comunidades de madres y niños, servicios de acogida a la familia –madres que ayudan a otras madres–, el recurso de hermanas, tías o familia extensa, el servicio terapéutico postparto que continuará, etc.). Por lo tanto, lo que nos interesa ahora es que la madre y el padre estén lo más tranquilos posible y puedan disfrutar de estos momentos para conocer a su hijo o hija, darle el pecho o el biberón, etc.

No obstante, si hay un riesgo elevado, se puede hacer que el bebé esté en otra habitación y que se lo vayan llevándolo bajo vigilancia directa o por cámara a fin de que pueda establecer un contacto afectivo con el hijo desde el primer momento. Estos contactos pueden ser controlados por cámara y supervisados por el psicólogo o el profesional sanitario de apoyo. Así, desde el primer día, el profesional verá y podrá registrar el nivel de interacción que se establece entre madre, padre e hijo, las competencias maternas apropiadas que la madre manifiesta y las que no (con instrumentos objetivos que le permiten hacer observaciones sencillas y medibles), y les podrá empezar a ayudar.

En caso de que sea una madre que ayuda a otra madre, esta debe ir a verla y empezar a cuidar de ella y del niño (e, incluso, quizás se han podido conocer antes,

durante la gestación). En estos casos, sería aconsejable que la estancia hospitalaria se alargara un poco más (unos 4 días) con el fin de dar un mínimo de tiempo a todos estos profesionales que deben intervenir, y a la misma madre o padre, al bebé, así como a la familia extensa, si la hay.

7.5. COMO AFRONTAR EL CONFLICTO DURANTE LA SEPARACIÓN: EL APOYO POLICIAL

A pesar de todo el trabajo previo que se lleva a cabo, durante la separación puede haber situaciones conflictivas con la misma madre, el padre u otros familiares, que pongan en peligro la seguridad de los profesionales que intervienen y la del mismo bebé.

En estos casos, partiendo del principio de intervención mínima, hace falta requerir el apoyo policial de acuerdo con los criterios siguientes:

- a)** El apoyo policial en el momento de la separación se debe activar cuando haya indicios previos de hostilidad o rechazo manifiesto a la intervención de los profesionales por parte de la familia del recién nacido que hagan prever una situación de resistencia ante la actuación.
- b)** Antes de la intervención, es necesario que los agentes tengan conocimiento de los datos de la familia, las actuaciones previas de los profesionales en relación con la determinación del desamparo, y los indicios existentes de hostilidad o rechazo a la intervención profesional.
- c)** Justo antes de la intervención, hay que contactar con los intervinientes (profesionales de infancia o sus equipos técnicos, profesionales del centro sanitario o del servicio de seguridad) con el fin de establecer la estrategia de actuación y conocer qué personas de la familia se encuentran en el lugar.

Finalmente, aportamos recomendaciones sobre el tipo de intervención que es más adecuado en los casos de separación del bebé desde el punto de vista de la seguridad:

- a) A priori, la presencia policial no debe ser visible. Los agentes deben ir de paisano y se deben mantener en un segundo término, fuera de la vista de la familia, pero con suficiente distancia para seguir el desarrollo de los hechos y las reacciones de los intervinientes.
- b) Las decisiones que se deben tomar sobre el contacto directo del bebé con sus progenitores recaen sobre los profesionales que llevan a cabo la intervención. Solo en los casos en que los agentes actuantes consideren que hay un riesgo grave para la integridad física de las personas, se debe atender en aquello que estos dispongan.
- c) Se considera importante la presencia de una persona que fomente la mediación, atienda la situación de dolor de la familia y esté formada en los aspectos sensibles que se tratan en este documento, para poder transmitir a los progenitores los conceptos de asistencia y garantías con el fin de establecer los vínculos necesarios entre madre e hijo.
- d) Se considera fundamental que el personal de la DGAIA que interviene conozca de manera exhaustiva el expediente de la familia y del recién nacido, o que se facilite el contacto inmediato con los técnicos referentes del caso.
- e) Hay que asegurar que la situación posterior a la separación y el abandono del lugar de los intervinientes sea traspasada correctamente al servicio de seguridad del centro hospitalario, sobre todo cuando el recién nacido queda ingresado en el hospital.
- f) El uso de una cámara en la habitación donde está ingresada la madre es un elemento de seguridad respetuoso y efectivo recomendable en casos de separación del bebé, una vez hecha la valoración del marco legal pertinente. Hace falta informar a la familia de este elemento y transmitir que forma parte del proceso de acompañamiento para establecer el vínculo entre madre e hijo.

7.6. ACTUACIONES POSTERIORES A LA SEPARACIÓN

7.6.1. Generación de un vínculo alternativo

Según John Bowlby, si la madre biológica no puede ser la principal figura de apego, esta función puede ser llevada a cabo por otras personas. Si una persona sustituta da afecto y cuidados maternos al niño, esta lo tratará como cualquier otro niño que fuera atendido por su madre o padre.

Por otra parte, John Bowlby advierte también que en otras especies el nivel hormonal posterior al parto estimula la conducta materna, con lo cual también se activan las respuestas del niño o niña, y que una persona de acogida no parte de la misma situación. Explica que, en la especie humana, es un tema poco trabajado, pero que podría provocar un cierto desajuste entre la persona de acogida y el niño, al menos durante las primeras semanas de acoplamiento.

Lo que está claro y está científicamente probado es que el niño, aunque tenga diferentes personas a quien apegarse, desarrolla siempre un apego primario más intensivo hacia una figura.

Bowlby propone que esta tendencia del niño o la niña a apegarse a una persona concreta (aunque haya otras personas de apego subsidiarias) reciba el nombre de *monotropía*. Esta figura es la que reacciona más deprisa y de manera más eficaz a sus llamadas. Lógicamente esto suele corresponder a la persona con quien el niño convive y de la cual recibe atención más rato.

Pero no siempre es así, las dos variables que intervienen en la creación del vínculo afectivo, según Shaffer,⁶⁰ corroboradas por Bowlby, son:

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

- La capacidad de reacción del adulto ante el llanto o las llamadas de atención del niño o niña.
- La rapidez con que el adulto se involucra en la interacción social y comunicativa ante las señales que le hace el niño o niña.

Es por ello que, en las ocasiones necesarias, podemos disponer de una persona todo el día que cuide físicamente al niño y que sea poco sociable con el niño. En consecuencia, el niño hace el apego con otra persona a quien ve muy poco a lo largo del día pero, cuando hace falta, es sensible a las demandas de atención del niño e interacciona con él.

Todo eso nos puede hacer reflexionar sobre la pregunta: ¿con quién debe hacer el vínculo el niño si no lo puede hacer con su madre o padre? De entrada, hace falta que intentemos que el niño pueda hacer su proceso de apego con su madre, o padre, aunque no la vea constantemente durante todo el día. Con el apoyo adecuado, se puede conseguir que en los ratos que está se favorezca un proceso de apego de base segura.

Se debe prever la posibilidad de que si hay otra persona de apego, la madre o el padre, por más que les demos estos espacios diarios, acaben siendo personas de apego subsidiarias y no primarias. Pero aun así eso sería un mal menor porque, como hemos visto, si el retorno se hiciera dentro de los primeros seis meses, o como muy tarde dentro de los 12 primeros, el niño sería capaz de cambiar rápidamente su sistema de apego, y se vincularía de manera segura a su madre o a su padre, y haría un cambio con la persona de acogimiento, que ahora pasaría a ser una buena persona de apego subsidiaria. Hace falta evitar que haya cambios o alternancias de persona de acogimiento y romper los vínculos iniciados.

7.6.2. Amamantamiento y contacto con la madre, el padre y el resto de familiares

Es bueno que la madre lo pueda alimentar (con el pecho o el biberón), tanto para la madre como para el hijo o hija. Incorporar la pareja antes, a la dimensión terapéutica, y hacer que asuma sus funciones paternas aunque estas estén dañadas y se tengan que rehabilitar, no puede hacer ningún daño, siempre que el bebé esté protegido de posibles agresiones o negligencias.

En los casos que haya habido violencia machista esporádica (hay que saber si hay una orden de alejamiento), se debe ser extremadamente cauto y supeditar las visitas al hecho a que el padre esté recibiendo tratamiento o, en todo caso, las visitas se pueden llevar a cabo bajo control como aparte del programa terapéutico que la pareja está siguiendo. Si hay hermanos, abuelos u otros familiares próximos es bueno que conozcan al bebé, lo abracen, lo besen y lo integren en la realidad de sus vidas.

7.6.3. Posibilidad de retorno con la madre o el padre en caso de que estos cumplan con su plan de trabajo y disminuya el riesgo para el niño

Si el bebé ha establecido este vínculo subsidiario con la madre o el padre y se hace el retorno dentro de los seis o doce primeros meses de vida, se podría revertir el tipo de vínculo, como ya hemos explicado en secciones precedentes. Si ha pasado más de un año pero el niño ha podido desarrollar un vínculo afectivo con la madre o padre, se debe estudiar un plan de acoplamiento mutuo. Si no se han seguido las pautas dadas en este informe o no se ha establecido un apego con la madre o padre, es muy probable que este retorno sea más difícil y tenga más consecuencias perturbadoras para el niño.

En cualquier caso, la decisión del posible retorno o no retorno se debe regir por criterios objetivos y previamente detallados en el plan de trabajo, y recomendamos que sea una decisión colegiada y consensuada.

Desde el punto de vista legal, una de las preocupaciones de la Ley 14/2010, manifestada en el preámbulo, y especialmente pensada para las situaciones de desamparo de bebés, es la de reducir los tiempos de incertidumbre e indecisión. En este sentido, en el preámbulo de la Ley se manifiesta lo siguiente:

«Con la voluntad, además, de no prolongar las situaciones de incertidumbre con oposiciones injustificadas y a menudo extemporáneas de los progenitores o de los familiares –que acaban convirtiéndose en un perjuicio irreparable para el niño o el adolescente, que ve, completamente indefenso, como su infancia y adolescencia se escurre irremediabilmente en los centros de internamiento–, la nueva regulación limita el plazo para oponerse judicialmente a la declaración de desamparo a tres meses a contar desde la notificación de la resolución que la acuerda. Paralelamente, y con la misma finalidad, se establece un plazo de un año, a contar desde la notificación de la resolución administrativa de desamparo, para que los progenitores o los titulares de la tutela suspendidos en su potestad puedan solicitar que se quede sin efecto la intervención protectora acordada, siempre que se haya producido un cambio sustancial en las circunstancias que motivaron la declaración de desamparo. Esta revisión, no obstante, no es posible si ya se ha constituido el acogimiento preadoptivo, ya que prevalece el interés superior del niño o el adolescente ante cualquier otro derecho concurrente.»

Las limitaciones temporales se reflejan en diferentes preceptos:

- En el artículo 111 de la Ley 14/2010, cuando se limita a un máximo de seis meses «el estudio de la problemática del niño y la propuesta de medida protectora», y cuando está acogido en familia acogedora de urgencia o en centro de acogida. En esta línea, a pesar de no aplicarse en Cataluña, la reciente reforma del Código civil español de julio de 2015 establece de

manera expresa en esta materia que el acogimiento familiar de urgencia «debe tener una duración no superior a seis meses» (artículo 173 bis del Código civil español).

- En el artículo 115 de la Ley 14/2010, cuando se regula el cambio de circunstancias iniciales de la manera siguiente:
 1. Los progenitores que no han sido privados de la potestad parental o, si procede, las personas titulares de la tutela que no han sido removidas del cargo pueden solicitar al organismo competente en materia de protección de los niños y los adolescentes, dentro del plazo de un año a contar desde la notificación de la resolución administrativa de desamparo, que deje sin efecto la resolución que lo hubiese acordado, si se ha producido un cambio sustancial en las circunstancias que motivaron la declaración de desamparo y no se ha constituido la medida de acogimiento preadoptivo, velando siempre por el interés superior del niño o el adolescente.
 2. La solicitud se debe resolver en el plazo de tres meses. Pasado este plazo, la solicitud se entiende desestimada por silencio, a fin de salvaguardar siempre el interés superior del niño o el adolescente.
 3. Contra esta resolución se puede formular oposición judicial en el plazo de dos meses a contar desde la notificación o desde la finalización del plazo para resolver, en los términos establecidos por la Ley de enjuiciamiento civil.
 4. Transcurrido el plazo de un año establecido por el apartado 1, decae el derecho de petición de revisión y no es posible la oposición a las medidas que se adopten para la protección del niño o el adolescente.

Este plazo de un año es inferior al de dos años que prevé el Código civil estatal y coincide también con el plazo máximo de duración de la tramitación del expediente de desamparo, que es de un máximo de un año.⁶¹

No obstante, para cumplir estos plazos máximos (de entre seis meses y un año), que vemos que se ajustan a los plazos que el conocimiento científico también nos indica, es necesario hacer un planteamiento y un trabajo por parte de todos los agentes implicados (equipos especializados, servicios, órganos judiciales...) de una manera más intensa y coordinada durante este periodo de tiempo.

En este sentido, tal como indica el estudio sobre el acogimiento familiar en España,⁶² la cuestión de la temporalidad breve depende seguramente de la calidad de las intervenciones en el sistema de protección globalmente considerado. Si no se dispone de programas intensivos y de calidad a la hora de trabajar la reunificación familiar con las familias de origen, y si no se promueven ágilmente las adopciones de los bebés cuando la situación lo aconseja, las situaciones de incertidumbre se alargan indefinidamente y se rompe la norma de la temporalidad breve.

7.6.4. El papel de las familias acogedoras de urgencia. Ventajas e inconvenientes de la estancia del bebé en una familia puente, teniendo en cuenta las fases de desarrollo del vínculo afectivo

Estas familias de urgencia, que hacen de puente entre la familia del bebé y la familia acogedora posterior, solo deberían intervenir, tal como su nombre indica, en situaciones de urgencia. Es decir, cuando ha habido una situación inesperada y no

⁶¹ Artículo 106.6 de la Ley 14/2010.

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.

se ha preparado con tiempo el apoyo de la madre que ayuda a otra madre. El tiempo de estancia del bebé en esta familia debe ser lo más breve posible.

En cuanto a la familia de acogimiento de urgencia, no se debe considerarla como una familia del bebé, sino como unos profesionales que cuidan del niño durante un tiempo, como fecha límite dos o tres meses, los cuales no se puede sobrepasar.

En cualquier caso, todo bebé separado de sus progenitores en el momento del nacimiento debe ser protegido y acogido por una persona o familia. No es concebible la separación de un bebé en el momento del nacimiento ni su acogimiento en un centro.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

1. Los progenitores son los primeros que tienen la obligación legal de asistir y proteger a los hijos. Por eso, la actuación de los poderes públicos es siempre subsidiaria y la llevan a cabo por imposibilidad o por incumplimiento de esta obligación.
2. La falta de protección y cuidado apropiado de un niño se puede iniciar antes del nacimiento: cuando la madre, en estado de gestación, no cuida del propio cuerpo, ingiere sustancias tóxicas o se expone a situaciones de violencia y, con respecto al padre, cuando este no cuida a la mujer o la expone a situaciones de violencia y riesgo. En estas circunstancias hablamos de maltrato prenatal.
3. La familia es el núcleo básico para la protección, la atención y la formación de los niños. Por este motivo, antes de adoptar una medida de separación, es necesario considerar previamente las posibles alternativas.

4. En caso de producirse esta separación, debe haber bastantes razones y una situación grave que justifiquen la intervención. La separación de un bebé de su madre en el momento inmediatamente posterior a su nacimiento es una actuación especialmente grave y drástica para la afectación de los derechos e intereses de todos los implicados: el bebé, los progenitores y el resto de la familia. En definitiva, es posible la separación, pero es el último recurso.
5. La decisión de la separación y del posterior posible retorno o no retorno se debe regir por criterios objetivos. Hay que mejorar los procesos de valoración y la toma de decisión, y recomendamos que la decisión sea dialogada, consensuada y colegiada, con la participación de personas independientes y que no hayan intervenido en el trabajo, la intervención y la valoración previa.
6. Todo bebé separado de sus progenitores en el momento del nacimiento debe ser protegido y acogido por una persona o familia.
7. No es concebible el acogimiento en centro de un bebé separado de su núcleo familiar en el momento del nacimiento.
8. La familia, especialmente la madre, necesita apoyo y acompañamiento especializado, así como programas que le permitan, lo antes posible, la recuperación de sus competencias maternas.
9. En relación con el bebé, hay que tener en cuenta lo siguiente:
 - Por su constitución biológica, tiende a formar fuertes vínculos afectivos con determinadas personas. Una vez este vínculo afectivo se ha formado, la separación o la pérdida de estas personas le puede producir trastornos graves y alteraciones de la personalidad, y alterar el curso del desarrollo.
 - Desde el momento del nacimiento, el bebé necesita a sus padres para hacer el apego primario y establecer un vínculo afectivo seguro que le ayude a regular sus estados psicobiológicos, y le posibilite iniciar un proceso de apego seguro. En circunstancias naturales, esta persona es la

madre. El padre también es una persona importante que tiene funciones regulatorias similares. Padre y madre tienen, además, la función de protegerse mutuamente y ayudarse en las tareas de crianza.

- En el caso de retención hospitalaria, se debería favorecer que el bebé pudiera iniciar esta vinculación con su madre con ayuda de una figura profesional debidamente preparada en esta tarea, que ayudaría a la madre y al bebé en estos inicios y protegería al niño de posibles negligencias durante la estancia hospitalaria.
- En caso de que se produzca una separación temporal de la madre, una vez dada de alta del hospital, como consecuencia de la declaración de desamparo, se debería procurar que este vínculo afectivo pudiera continuar mientras los equipos profesionales trabajan con el núcleo familiar. A efectos prácticos, esto quiere decir que la madre y el padre deberían tener derecho a una visita diaria con su hijo o hija que les permitiera compartir tareas de crianza con la persona de acogida establecida, que debería hacer al mismo tiempo tareas de supervisión y de guía materna o paterna.
- Si preservamos el contacto continuado con la madre y el padre a la vez que ofrecemos una persona de apego subsidiaria para el niño, el riesgo de daño se minimiza considerablemente. El hecho de que el niño establezca más de un vínculo afectivo (con la madre o padre y la persona acogedora) no tiene por qué perjudicarlo, dado que los niños pueden construir más de un vínculo afectivo siempre que tengan una figura de apego primaria que, procuraremos, en casos de retorno, que sea la madre o el padre.
- El tiempo límite para separar a un niño de una persona con la cual está construyendo un apego, sin unas posibles consecuencias adversas patogénicas, son, con más probabilidad, los primeros seis meses (con un máximo de los 12 primeros). Transcurrido este tiempo, hay que advertir del riesgo que puede haber para el desarrollo del niño, dado que, a partir de

los 6 o 7 meses, el niño ya discrimina quién es su persona de apego y la separación puede causar un intenso dolor y perturbación.

- En los casos en que se prevé que el niño tenga que ser adoptado, hay que evitar que consolide el proceso de apego con otras personas que no podrán quedarse con él. Por eso, el paso hacia la adopción debería ser dentro de los primeros 6 meses de vida del niño, y establecer los 12 meses como fecha límite, y siempre llevando a cabo el proceso de apego previamente a la separación de las personas actuales de crianza.
- En los casos que la estancia del bebé en la familia de urgencia se alargara más allá de los 12 meses, habría que prever la posibilidad de que el niño se quedara en este mismo núcleo familiar, ya que un cambio le supondrá romper un vínculo afectivo ya en proceso de consolidación y eso le podría comportar un riesgo de alteración de su desarrollo y su salud mental.
- En los casos en que la madre o el padre no pueda hacerse cargo del niño en su totalidad, pero sea capaz de ejercer sus funciones maternas o paternas de manera parcial y con ayuda, se debe favorecer el recurso de acogimiento permanente con continuidad del vínculo afectivo con la madre o padre, que continuará siendo tan diario como sea posible. Esta orientación puede comportar una formación específica de las familias de acogida en el sentido que son «familias que acogen familias».
- Dado que se ha comprobado que el establecimiento de personas de crianza estable es necesario para un desarrollo sano, se propone revisar la actual medida de acogimiento en familia de urgencia y tener un solo perfil de familia de acogida que intervenga durante un periodo de corta o larga duración, dependiendo del progreso de los padres.
- En los casos en que el proceso de apego con la familia de acogida ya se haya establecido y el niño regrese con sus padres, este debería tener derecho a seguir disfrutando del afecto y las visitas de esta familia.

10. En relación con la madre y el padre, hay que tener en cuenta:

- La función materna y paterna se inicia en el momento que la vida del hijo o hija empieza a desarrollarse y se tiene la responsabilidad de cuidarlo. La ley ya reconoce el derecho de la mujer a suspender esta formación en caso de que tome la decisión de interrumpir el embarazo durante las primeras semanas, cuando esta vida todavía está en estado embrionario. Una vez pasado este tiempo, determinado legalmente, si no se ha suspendido esta vida, los padres deben aceptar las responsabilidades parentales que se derivan de esta decisión.
- Se debe velar para que toda mujer en estado de gestación y su pareja conozcan la ley y las consecuencias que pueden derivarse de incurrir en uno de los indicadores de maltrato prenatal.
- Toda mujer y su pareja tienen derecho a mostrar su voluntad de cambiar durante el proceso de gestación y, con esta finalidad, se les pone a disposición los recursos adecuados con el fin de ayudarlos en este proceso. Estos recursos deben estar integrados y fuertemente coordinados.
- En caso de que haya habido una declaración de desamparo y retención hospitalaria del recién nacido, los profesionales se deben esforzar para que la madre no perciba eso como un castigo para ella, sino como una medida preventiva ante el riesgo de que no pueda dar la atención necesaria al bebé. Es importante que perciba la dimensión de ayuda que se le ofrece tanto para ella como para el niño. Y más si tenemos en cuenta que, en casos de violencia machista, no siempre la madre ha podido evitar la desprotección de su hijo o hija en gestación. Y que, en los casos de toxicomanía, se trata de un trastorno de salud mental y, por lo tanto, la madre y el padre tienen derecho a ser considerados personas afectadas más que unos «padres maltratadores».

- La madre y el padre tienen derecho a ser atendidos por profesionales que los ayuden a gestionar el dolor de la separación del bebé y les den el apoyo psicológico necesario.
- Este dolor puede quedar más minimizado si no se separa el bebé de la madre en el momento del parto, si se le deja acariciar y alimentar al bebé, y si se lo ayuda a establecer el vínculo afectivo con su hijo. Interesa que la madre esté lo más tranquila posible y pueda disfrutar de estos momentos de conocimiento de su hijo aunque sea de manera supervisada, con el fin de evitar situaciones de riesgo para el bebé.
- En estos casos, es aconsejable que la estancia hospitalaria se alargue un poco más, podría ser de unos 4 días, con el fin de dar un mínimo de tiempo a todos los profesionales que deben intervenir para coordinarse y realizar las pruebas e informes pertinentes, y también a la misma madre, padre e hijo, con el fin de establecer este primer contacto importante con la ayuda del personal profesional sociosanitario debidamente formado para estas supervisiones y guía.
- En caso de que intervengan familias de acogida de urgencia, se recomienda que la relación de las familias y el inicio de trabajo conjunto se hagan durante el periodo de gestación. Lo mejor para estos primeros momentos de la vida del bebé es que haya una «madre que ayuda a otra». Hay que garantizar la preparación de estas personas para ayudar a la madre a establecer un vínculo afectivo seguro con su hijo o hija.
- La madre y el padre durante este primer año de vida deben poder acceder a programas especializados de formación o rehabilitación de las competencias parentales para poder optar por el retorno de su niño.
- Si durante este primer año de vida este programa fracasa o los padres no han alcanzado el nivel adecuado, habría que prepararlos para aceptar un acogimiento de larga duración, sin que eso implique la ruptura del vínculo



afectivo. Los padres deberían recibir el apoyo y la ayuda de profesionales, y la supervisión y la guía de la familia de acogida.

- Solo en casos en que los padres no puedan seguir ningún programa y sean valorados por los equipos de protección a la infancia como padres de riesgo grave, se puede pensar en un proceso de adopción dentro de los primeros 12 meses.
- En relación con el resto de familia biológica, hay que tener en cuenta:
 - a. En casos de hermanos, se debe favorecer el vínculo afectivo entre estos y evitar que, en caso de desamparo y separación de los padres, sean criados por diferentes familias de acogida.
 - b. En el caso de separar al bebé de su madre, la primera opción debe ser, siempre que sea posible, el acogimiento en familia extensa (abuelos, tíos u otras personas con una relación de parentesco con el bebé).

9. BIBLIOGRAFÍA

- 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. Anàlisis del maltrato prenatal en Cataluña 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 (julio/septiembre 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. REFERENCIAS LEGALES VIGENTES

- Convención sobre los derechos del niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989.
- Observación general núm. 14 (2013) sobre el derecho del niño a hacer que su interés superior sea una consideración primordial, del Comité de los Derechos del Niño.
- Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor (BOE núm. 15, de 17.1.1996).
- Código civil español, aprobado por el Real decreto, de 24 de julio de 1889 (BOE núm. 206, de 25.7.1889).
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil (BOE núm. 2, suplemento en lengua catalana, de 5.2.2000).
- Código civil de Cataluña, libro segundo, relativo a la persona y la familia (Ley 25/2010, del 29 de julio).

- Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia (DOGC núm. 5641, 2.6.2010).
- Decreto 289/2016, de 30 de agosto, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias (DOGC núm. 7196, 1.9.2016).
- Orden ASC/349/2010, de 16 de junio, del Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña (DOGC núm. 5656, 23.6.2010).
- Orden BSF/331/2013, de 18 de diciembre, por la que se aprueban las listas de indicadores y factores de protección de los niños y adolescentes (DOGC núm. 6530, 30.12.2013).

Enlaces web

- Instrumento de cribado para la discriminación de las situaciones de riesgo y de desamparo, que se puede encontrar en el enlace siguiente: http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematic/s/07infanciaiadolescencia/proteccio_infancia_i_adolescencia/destacats/Instrument_de_cribatge_de_situacions_de_risc_i_desempament/Eina-Cribratge_v2.0_activat.pdf
- Simulador del Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo, que se puede encontrar en el enlace siguiente:
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/