

Núria León González

**LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO PRENATAL:
ORIENTACIONES PARA SU DETECCIÓN Y ABORDAJE.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

dirigido por la Dra. Blanca Deusdad Ayala

Grado de Trabajo Social



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2014

“MOTIVACIÓN DEL ARTICULO”

El maltrato prenatal es un concepto relativamente nuevo donde en relación a Catalunya, fue en la *Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia*, cuando se estableció por primera vez este tipo de maltrato legalmente, dotando al feto de un valor y derechos que antes no tenía y que ahora se debe proteger. Este avance legal legitimó a la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia para solicitar al juez las medidas necesarias para hacer efectiva la protección del feto, pudiendo llegar a la retirada hospitalaria del neonato si se constata la existencia de maltrato prenatal. Por tanto, este hecho abrió un nuevo campo de trabajo para los profesionales del ámbito social para prevenir e intervenir en los factores sociales que pueden inducir a situaciones de maltrato prenatal y sus consecuencias en los diferentes niveles, ámbito en el que actualmente aún queda mucho por avanzar.

Durante mi estancia de prácticas universitarias en un Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia, equipo especializado donde llegan los casos de niños y adolescentes que requieren la apertura de un expediente de riesgo grave o desamparo, pude percibir que cuando se deriva algún caso de maltrato prenatal a este equipo, el caso llega en una situación de alarma elevada debido a que la situación no ha podido ser controlada por otros servicios o no se ha detectado con anterioridad y el feto corre peligro de sufrir alguna consecuencia negativa.

Por este motivo y por ser un tipo de maltrato relativamente nuevo a nivel legal y que por lo tanto, aún queda mucho que estudiar e investigar y que también debía ser un tema desconocido para la sociedad en general, llegó mi interés por saber más sobre el maltrato prenatal. Con esta experiencia intuía de la importancia que debía tener el trabajo de prevención en este tipo de maltrato, ya que permitiría controlar los casos mucho antes, sin necesidad de llegar al EAIA y evitando daños en los futuros bebés y en sus madres.

Sin duda se trata de un tema que presenta discusiones éticas al tratarse de proteger a un feto, a un niño no nacido, por lo que decidí escoger este tema para investigar tanto la importancia como el derecho de realizar un trabajo de prevención para el maltrato prenatal.

“LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO PRENATAL: ORIENTACIONES PARA SU DETECCIÓN Y ABORDAJE”

Núria León González
Universidad Rovira i Virgili
nuria.leong@estudiants.urv.cat

Resumen: El maltrato prenatal es aquel que se produce antes del nacimiento. Comprende aquellas actuaciones o circunstancias que de manera intencional o negligente pueden lesionar al feto, provocando que el bebé nazca con un crecimiento anormal, patrones neurológicos anómalos o síntomas de dependencia física entre otros. Este artículo pretende orientar a los profesionales a detectar situaciones de riesgo en la mujer gestante para poder empezar un trabajo de prevención con la finalidad de evitar que aparezcan dichas consecuencias negativas en el futuro bebé, así como evitar que la situación se eleve a un ámbito judicial. También pretendemos incidir en la importancia de la prevención del maltrato prenatal mediante la descripción y concienciación de las diferentes consecuencias que puede causar al feto y al neonato.

Se ha llegado a la conclusión de que nos encontramos con un tipo de maltrato muy complejo y multifactorial, en el cual es necesario un trabajo interdisciplinar y de coordinación entre diferentes profesionales, tanto del ámbito social como sanitario, para poder hacer factible esta detección y prevención precoz de situaciones de maltrato prenatal, así como para poder intervenir en la problemática de una forma integral. También se ha concluido la necesidad de concienciar a la población en general y a profesionales de todos los ámbitos, sobre las consecuencias que puede provocar este tipo de maltrato en el recién nacido y el trauma que puede suponer para una madre la retirada del bebé, para que comprendan la gravedad de esta problemática y la importancia de trabajar para su prevención.

Palabras clave: maltrato, fetal, prenatal, drogas, embarazo, prevención.

Abstract: Prenatal abuse is one that occurs before birth. Comprises those actions or circumstances that intentionally or negligently can injure the fetus, causing the baby to be born with an abnormal growth, abnormal neurological patterns or symptoms of physical dependence, among others. This article aims to guide practitioners to detect risk situations in the pregnant woman to start prevention work in order to avoid the appearance of such negative consequences in the future baby and prevent the situation rises to a judiciary. We also intend to emphasize the importance of prenatal abuse prevention and awareness by describing the different effects that can cause the fetus and neonate. It has come to the conclusion that we have a kind of complex and multifactorial abuse in which an interdisciplinary and coordination work between different professionals, both social and health, is needed to make possible the early detection and prevention prenatal abuse situations and to intervene in the issue in a holistic manner. It also concluded the need to educate the general public and professionals in all fields, on the consequences that can cause this type of abuse in the newborn and trauma may involve removing a baby to understand the seriousness of this problem and the importance of working for prevention.

Keywords: abuse, fetal, prenatal, drugs, pregnancy, prevention.

INTRODUCCIÓN

En ocasiones, muchos de nosotros hemos podido apreciar como el proceso de gestación es concebido de una forma muy simple, al considerar el principio de la vida de un bebé en el momento en el que nace. Debido a esta forma de pensar sobre la gestación y porque relativamente hasta hace poco no había muchos métodos de saber lo que pasaba en el vientre materno, ni las consecuencias de una mala gestación para el desarrollo postnatal del bebé, es fácil considerar los nueve meses de gestación como algo poco importante.

Dentro de nuestro contexto, el maltrato prenatal es aquel que se produce antes del nacimiento del niño (Bringiotti, 2002). Por tanto, aquellas actuaciones o circunstancias que de manera intencional o negligente dañen a los bebés durante el periodo de gestación en cualquiera de sus etapas del desarrollo, es denominado maltrato prenatal y está comprendido dentro del maltrato infantil (Loredo-Abdala, 2004). Entendemos que la prevención del maltrato infantil incluye también todas las actividades destinadas a la detección de situaciones de riesgo durante el embarazo. Esta detección de los factores biológicos y sociales que pueden afectar al desarrollo tanto prenatal como postnatal del niño y la necesidad de prevención, comprende el no culpabilizar a la madre, sino actuar sobre estas situaciones, siendo la clave de este proceso. (González Nieto, 2007).

Siguiendo a Bringiotti (2002), el maltrato prenatal puede producirse por *acción*, cuando acciones voluntarias de la madre influyen negativa o patológicamente en el feto, entre las más habituales consumo de tóxicos (síndrome de abstinencia neonatal) y alcohol (síndrome alcohólico fetal). También puede producirse por *omisión*, referido a no atender a las necesidades y cuidados del propio cuerpo de la mujer embarazada que afectan negativamente al feto, entre ellas tener un embarazo sin el control prenatal adecuado, alimentación inadecuada o insuficiente o exceso de trabajo físico. Este tipo de maltrato también incluye al progenitor o compañero de la mujer embarazada cuando este la maltrata a nivel físico o incluso si no atiende sus necesidades básicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no define el maltrato prenatal, pero lo incluye dentro de las tipologías del maltrato infantil. Por otro lado, la OMS asegura que la prevención es más rentable que hacer frente a las consecuencias del maltrato infantil. Los maltratos prenatales, en los casos más severos resultan evidentes y es necesaria la aplicación del código penal, pero en la gran mayoría se podrían prevenir y eliminar los indicadores de riesgo que pueden afectar al desarrollo del feto con un trabajo de concienciación de las futuras madres, de la sociedad en general y mediante una educación maternal para que las gestantes aprendan a cuidarse a sí mismas y a su futuro bebé.

El origen del problema, como indica Francés (2011), radica en que es probable que muchos casos de maltrato prenatal pasen desapercibidos porque habitualmente las consecuencias son evidenciadas solo después de nacer. A su vez, asociar una causa-efecto de estas consecuencias es difícil de demostrar, siendo los informes médicos y sociales de los profesionales la clave para acreditar el maltrato prenatal. Delante de esta dificultad

a la hora de detectar casos, el objetivo principal de este artículo es orientar a los profesionales, tanto sanitarios como sociales, a detectar situaciones de riesgo en mujeres gestantes que pueden derivar en un maltrato prenatal. Todo ello con la finalidad de poder empezar un trabajo de intervención para eliminar los indicadores de riesgo detectados y así poder prevenir las posibles consecuencias negativas, tanto para el feto y del desarrollo posterior del neonato como para la madre.

Por otro lado, este artículo no se basa en intervenir en casos severos donde debido a la gravedad que ya existente en el desarrollo del feto, obligatoriamente deberán elevarse a un nivel judicial o derivarse al Servicio de Atención a la Infancia y Adolescencia (SAIA) para que valore la posibilidad de retirada hospitalaria una vez nazca el bebé. Este artículo pretende orientar a los profesionales para evitar llegar a situaciones extremas, detectar precozmente e incidir en la importancia de la prevención. También se pretende la concienciación sobre las consecuencias que puede causar al feto y al desarrollo postnatal del niño, así como aumentar la sensibilidad de los lectores sobre esta problemática para que comprendan la importancia de prevenir este tipo de maltrato.

Como indica Marcovich (1978) el hablar del maltrato infantil en las diferentes culturas desde el punto de vista antropólogo resulta peligroso sino se estudia el concepto que cada cultura tiene de la infancia. Por eso, hay que tener en cuenta que las diferencias socio-culturales y económicas no son razón de negligencia, ya que por ejemplo, en países en vías de desarrollo en muchas ocasiones las mujeres gestantes no tienen posibilidades de alimentarse correctamente o de realizar un control médico adecuado, ya que no está dentro de sus posibilidades por no disponer de los medios necesarios para hacerlo (Mercau, 2005).

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

La metodología que sigue el artículo se basa por un lado, en un trabajo cuantitativo de consulta de datos y estudios estadísticos disponibles, y por otro lado, en la información cualitativa extraída de la experiencia de prácticas en un Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia (EAIA), asistiendo a jornadas de formación, consultando expedientes de riesgo en *nasciturus*¹ y realizando conversaciones informales con diferentes profesionales conocedores de la problemática del maltrato prenatal o que han intervenido en alguna ocasión.

En el presente artículo se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos médicas y biomédicas principales (ISOC, Medline, Imbiomed, Medigraphic). También se ha revisado diversa documentación realizada por organizaciones oficiales como la ONU, el observatorio de la infancia y la biblioteca de la OMS.

¹ Expresión latina «el que va a nacer». Término jurídico que designa al ser humano desde que es concebido hasta su nacimiento. Hace alusión, por tanto, al concebido y no nacido.

Esta revisión bibliográfica me ha permitido constatar la carencia de estudios y de datos cuantitativos disponibles a nivel estatal sobre el maltrato prenatal, que sin duda ha dificultado la labor de investigación. Por este motivo es importante remarcar que, de los materiales seleccionados para mostrar datos estadísticos, la mayoría proceden de países latinoamericanos, debido a la dificultad para encontrar datos cuantitativos a nivel estatal. Estos estudios son de carácter comparativo, referido a las consecuencias que pueden aparecer en los fetos y neonatos de las mujeres gestantes que consumen sustancias tóxicas durante el embarazo frente a aquellas que no lo hacen, o de mujeres gestantes adolescentes y no adolescentes. Por tanto, no se tendrá en cuenta como factor diferencial el contexto social donde ha tenido lugar la realización de estos estudios, porque solamente se pretende observar las posibilidades de aparición de consecuencias negativas para el futuro bebé en cada uno de los grupos, así como la causa-efecto del consumo de tóxicos por parte de la mujer gestante en el feto y neonato.

LOS LÍMITES DEL MALTRATO PRENATAL

Estado legal del maltrato prenatal.

Antes de empezar con esta cuestión, es importante indicar que no tendremos en cuenta aspectos relacionados con el derecho a la vida o aquellas legislaciones relacionadas con el aborto, ya que en este artículo hablamos sobre *el nasciturus*, es decir, «*aquel bebé que va a nacer*» y queremos que aquel bebé que sabemos que va a nacer, lo haga en el mejor estado posible. A nivel ético, sería discutible el concebir como delito o no aquellas acciones u omisiones que una madre gestante realiza con su cuerpo durante el embarazo y que puede perjudicar negativamente el feto o la obligación de informar o denunciar dichos hechos ante la autoridad competente. Todo depende del valor que cada persona o sociedad le atribuya a un feto o embrión aun no nacido, pero veamos a continuación que dice la legislación sobre este tema.

A nivel internacional, la Organización de las Naciones Unidas, en su artículo 3 refleja que todas las acciones que conciernen a los niños, deben tener como una consideración primordial el interés superior del niño. A sí como, los Estados miembros se comprometen a asegurar a los niños su protección y atención necesarias para su bienestar. De forma más específica, en la Convención de derechos de los niños de Naciones Unidas, en el artículo 24, establece que los Estados miembros tienen que adoptar las medidas apropiadas para asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal y desarrollar la atención sanitaria preventiva. A nivel europeo, el Parlamento Europeo aprobó la Carta Europea de los derechos del niño, que a pesar de no hacer referencia explícita, destaca la importancia de la protección a los niños por parte de todos los Estados miembros, sobre todo para aquellos niños en una situación más vulnerable.

A nivel estatal, la Ley orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor contribuye a un amplio marco jurídico de protección a la infancia. El artículo 13 indica que toda persona o autoridad que detecte una situación de riesgo o desamparo de un menor deben comunicarlo a la autoridad. Es decir, es la obligación de

todo ciudadano de notificar lo sucedido a la autoridad y de los empleados o funcionarios de la administración pública de realizar una denuncia. ¿Pero qué pasa en casos de maltrato prenatal donde no es tan obvio esta situación de riesgo?

Recordemos el artículo 157 del Código Penal de España, donde existe un delito tipificado referido de las lesiones del feto, en el que se especifica:

El que, por cualquier medio o procedimiento, causare en un feto una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave tara física o psíquica.

Según este artículo, se pueden imponer penas dependiendo de las lesiones causadas al feto, según la gravedad o si han sido producidas intencionadamente o no. Referido a esto, en caso de lesiones donde no existe voluntariedad de lesionar, la embarazada ésta excluida de tal figura delictiva. Con dicha ley podemos ver que aparece una nueva concepción sobre la importancia del hecho de lesionar a un feto e incluso con consecuencias judiciales, siempre que sea intencionadamente, lesiones graves y con voluntad explícita de lesionar, aunque sin duda resulta algo difícil de demostrar.

El maltrato prenatal en la ley de infancia de Catalunya.

Referido a Catalunya, la prevención del maltrato prenatal quedó reflejada en la *Ley 37/1991, sobre las medidas de protección de los menores desamparados y en adopción* en el artículo 2 donde se explicita que:

La autoridad competente debe tomar medidas necesarias para lograr la protección efectiva de los menores desamparados y preventivamente antes de nacer, cuando se prevea claramente el desamparo del futuro bebé.

Actualmente en Catalunya disponemos de la última ley de infancia vigente, *Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los derechos y oportunidades en la infancia y adolescencia (LDOIA)*, que deroga a la anterior y la cual permitió avanzar legalmente sobre el reconocimiento del maltrato prenatal. En el artículo 105 se hace referencia explícita al maltrato prenatal como situación de desamparo y la define como “*Los perjuicios graves al recién nacido causados por maltrato prenatal*” y concreta que hay maltrato prenatal cuando; la progenitora gestante no tiene cuidado del su propio cuerpo, consciente o inconsciente, cuando la progenitora consume drogas, alcohol o sustancias psicotrópicas durante el proceso de gestación y cuando la progenitora es víctima de violencia de género, es decir, existencia de un maltrato producido indirectamente al feto por parte de la persona que maltrata a la mujer en proceso de gestación.

La importancia de esta ley radica en que además de unificar todas las leyes anteriores relacionadas con la infancia, también reconoce y regula por primera vez el maltrato prenatal, dotando al feto de un valor que antes no tenía y que ahora se debe proteger. Otra novedad de esta ley, es el principio rector que la domina, el interés superior del niño o adolescente que debe inspirar y fundamentar las actuaciones públicas, así como

todas las decisiones y actuaciones realizadas por los progenitores, por los titulares de la tutela o de la guarda, por las instituciones públicas o privadas encargadas de protegerle y asistirle o por la autoridad judicial o administrativa. Por tanto, esta ley incorpora por primera vez el reconocimiento legal del maltrato prenatal, de manera que el artículo 110.4 reconoce legitimación a la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA) para solicitar al juez las medidas socio-sanitarias necesarias en relación con la madre para hacer efectiva la protección del feto.

Podemos ver que con esta nueva legitimación para poder actuar judicialmente, podríamos llegar a la retirada hospitalaria del bebé una vez nacido si se constata la existencia de maltrato prenatal. Un motivo más por lo que los profesionales sanitarios y sociales deben aprender a detectar los casos de maltrato prenatal desde la fase de gestación más temprana posible, para así evitar llegar a un maltrato severo y prevenir graves consecuencias en el bebé que produzca su retirada, con las consecuencias traumáticas que ello produciría al neonato y a la madre.

Referido a la prevención, en el título III de la LDOIA se hace referencia a la prevención general, donde las administraciones públicas deben desarrollar actuaciones para prevenir a los niños de situaciones perjudiciales para su desarrollo o bienestar. Dentro de estas situaciones, nombra cualquier tipo de maltrato y aunque no lo mencione explícitamente, podemos deducir que el maltrato prenatal estaría incluido. En esta ley, no se indica explícitamente ni se ofrecen orientaciones sobre cómo prevenir el maltrato prenatal ni ningún tipo de maltrato, pero prevé la elaboración posterior de listas de indicadores y de recomendaciones para la prevención que deberá realizar el departamento competente en infancia y adolescencia en colaboración con otros departamentos y entidades.

La aprobación de estas listas de indicadores previstas en la LDOIA en el año 2010, no se realizó hasta el año 2013 según la orden, *BSF/331/2013, del 18 de diciembre por la cual se aprueban las listas de indicadores y factores de protección de los niños ya adolescentes*, donde los indicadores del maltrato prenatal estaban incluidos. Por tanto, podemos ver que hasta hace muy poco había un déficit en el ámbito preventivo que dificultaba la actuación de los profesionales ante posibles casos de maltrato prenatal, por lo que la publicación de dichos indicadores fue una herramienta fundamental que permitió avanzar en la detección de posibles casos y en su prevención.

También destacar que la LDOIA dedica otro apartado, dentro de la prevención general, a la realización de programas de información y sensibilización sobre problemáticas que afecten a la población infantil en Catalunya, por tanto, que la población en general y los profesionales dispongan de información y sean conscientes sobre las consecuencias de cada tipo de maltrato, está contemplado dentro de la prevención.

La teoría de la programación fetal: La importancia del desarrollo fetal.

La teoría de la programación fetal de Barker (1997) defiende que el desarrollo durante la época fetal determinará el estado de salud a lo largo de toda la vida del individuo. Se basa en que durante periodos críticos del desarrollo un embrión o feto que carece de nutrientes esenciales o está expuesto a sustancias perjudiciales como tabaco, alcohol o drogas, puede verse forzado a alterar su proceso de desarrollo normal para sobrevivir. Estas adaptaciones pueden dar lugar a una alteración permanente en la función de algunos órganos del feto, lo que puede incrementar el riesgo de contraer ciertas enfermedades más adelante. De manera que, el efecto de la programación fetal, a corto plazo permite la supervivencia del feto, mientras que a largo plazo predispone a enfermedades en la vida adulta. Basándonos en esta teoría, reforzamos la necesidad del objetivo de nuestro artículo, la importancia de detectar precozmente hechos que perjudiquen al feto y trabajar para prevenir las posibles consecuencias y enfermedades que podrían perjudicarlo durante toda la vida.

Tipos de actos negligentes en el maltrato prenatal.

Siguiendo la aportación de Mercau (2005), jefe de neonatología, es imprescindible el conocimiento y la búsqueda de actos negligentes durante el embarazo para así poder empezar una correcta prevención y una adecuada estrategia para evitar las consecuencias en el feto. Hay que tener en cuenta que se trata de actos negligentes que proceden tanto de la propia mujer gestante como del ámbito sanitario o terceras personas, además, algunos actos son mucho más graves que otros, provocando consecuencias en el feto a diferentes niveles. Veamos los diferentes actos negligentes con los que un profesional se puede encontrar.

Tabla 1: Tipos de actos negligentes en el maltrato prenatal.

Tipo de acto negligente en el maltrato prenatal	Descripción
Rechazo del embarazo	La madre rechaza a su feto, incluso puede intentar maniobras abortivas.
Indiferencia del embarazo	La madre actúa como si no estuviera embarazada. Niega su embarazo.
Falta de control médico	Cuando la madre ha realizado durante todo el embarazo menos de cinco controles prenatales.
Falta de una adecuada preparación para la lactancia	La madre no prepara sus pezones con masajes periódicos que permitan una mejor succión por el recién nacido.
Negligencia personal en la higiene de la embarazada	La madre no cuida su aseo personal, teniendo los medios para hacerlo.
Negligencia personal en la alimentación de la embarazada	La madre no ingiere una alimentación adecuada y equilibrada, disponiendo de una indicación nutricional

	médica y de los medios necesarios para cumplirlo.
Negligencia personal en la vestimenta de la embarazada	La madre se viste con ropa no adecuada a la situación climática del día, se viste con ropa rota, sucia y dispone de los medios económicos.
Exceso de trabajo corporal	La futura mamá realiza tareas impropias de su estado. Jornadas de trabajo prolongadas o movilización de objetos pesados.
Automedicación	La futura madre ingiere medicamentos desconociendo si esta medicación puede afectar al feto.
Medicaciones excesivas	La embarazada recibe por indicación médica medicaciones en forma excesiva. Mala praxis.
Medicaciones inadecuadas	Proceder inadecuado por prescribir un medicamento sin estar autorizado.
Realización de exámenes invasivos innecesarios	Exámenes realizados sin tener una necesidad clínica real que los justifique y que ponen en riesgo la vida del feto.
Exposición a radiaciones	La embarazada sometida a prácticas que impliquen recibir radiaciones.
Presencia de enfermedades previsibles	Por una falta de prevención y control de enfermedades transmisibles, que pueden causar en el feto malformaciones o infecciones graves en el recién nacido.
Consumo de tabaco	Graves alteraciones que produce en el recién nacido bajo peso y partos prematuros.
Consumo de drogas	Independientemente de la cantidad, de la calidad, del tiempo o de la forma que se produzca el ingreso de la droga a su organismo, puede producir alteraciones en el feto. Síndrome de abstinencia neonatal.
Consumo de alcohol	La ingesta de alcohol debe desaconsejarse por las alteraciones potenciales que se pueden presentar en el feto. Síndrome de abstinencia neonatal.
Condiciones sociales de hábitat	Lugares donde faltan las condiciones mínimas de habitabilidad necesarias para el desarrollo de un embarazo.
Prostitución, promiscuidad	Dificultan el establecimiento del vínculo madre – feto.
Embarazo producto de una violación	Conduce a un vínculo deteriorado desde el momento mismo de la concepción.
Intento de aborto	La realización de maniobras abortivas o ingesta de drogas que pueden determinar la expulsión del feto.

Fuente: Mercau, Carlos A. (2005). Maltrato en el embarazo y en el recién nacido. *Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía*. Vol. 10 – N° 1

A pesar de que Mercau no incluye en su tipología la agresión física contra la mujer gestante, considero importante añadir el siguiente acto negligente, como ya la incluye Bringiotti, (2002):

Agresión física contra las mujeres embarazadas.	Una tercera persona, progenitor o compañero de la mujer embarazada la maltrata a nivel físico o no atiende sus necesidades básicas.
---	---

Niveles del maltrato prenatal y momento de la gestación.

Otra variable que los profesionales deben tener en cuenta a la hora de detectar situaciones de riesgo en la mujer gestante y cogiendo como referencia la *Guía para detectar, notificar y derivar situaciones de maltrato infantil* (2001), son los diferentes niveles de gravedad que se pueden presentar dependiendo de la intensidad y frecuencia de los actos negligentes, así como de las consecuencias negativas en el desarrollo del feto.

1) LEVE. Las conductas de negligencia o desatención en la gestación de la madre no son muy frecuentes y/o la intensidad es leve. La situación del feto no presenta secuelas negativas como consecuencia de dichas conductas.

2) MODERADO. Las conductas de negligencia en los cuidados de la madre son frecuentes y generalizadas. Puede hablarse de una falta importante de atención a las necesidades de gestación, no obstante, hay algunos aspectos positivos y no hay actitud deliberada de dañar al feto. Las consecuencias en el desarrollo del niño aunque pueden apreciarse, no se consideran graves.

3) SEVERO. Las conductas de negligencia en los cuidados de gestación son constantes y de intensidad elevada. La evolución del desarrollo del feto presenta un daño y su desarrollo futuro se encuentra seriamente comprometido. El feto necesita atención o tratamiento especializado.

El nivel de gravedad se valorará en función de la mayor o menor probabilidad de que se produzca consecuencias dañinas al feto y de la previsión de severidad de los daños que pueda provocar la conducta negligente en el recién nacido. Por tanto, los profesionales pueden encontrarse delante de diferentes niveles de maltrato prenatal, llegando incluso a estar obligado en casos severos, en calidad de ciudadano y de profesional, a dar parte a la autoridad competente.

A demás del nivel de maltrato prenatal que los profesionales se pueden encontrar, también deben tener en cuenta otra variable que es el periodo de gestación en el que se encuentra la madre, ya que durante el primer periodo de la gestación se puede realizar el trabajo de prevención de consecuencias negativas con más efectividad. Podemos hacer referencia al informe de la *Reunión consultiva técnica de la OMS sobre la elaboración de una estrategia de promoción del desarrollo fetal óptimo* (2003), donde explica que el desarrollo del feto queda determinado en gran medida en el primer trimestre y que en este periodo el embrión es sumamente sensible. Especifica el perjuicio durante este periodo sobre todo del consumo de tóxicos y las carencias nutricionales por una dieta inadecuada. Durante el segundo y el tercer trimestre el crecimiento del embrión está muy influenciado por factores maternos como el estrés, el trabajo físico y el balance energético. A demás, indica que los malos tratos durante el último periodo elevan peligrosamente el riesgo de prematuridad.

Por tanto, a parte de los tipos de actos negligentes que se pueden presentar, también hay que tener en cuenta el nivel de gravedad, así como el periodo de gestación en el que se produce. La combinación de todas estas variables determinará la afectación del futuro bebé. Por estos motivos, se considera importante la necesidad de que todos los profesionales y también la sociedad en general, sean capaces de detectar actos negligentes durante el embarazo, sobre todo durante el primer periodo donde tendríamos más posibilidades de evitar daños irreversibles al bebé.

CONSECUENCIAS DEL MALTRATO PRENATAL

Siguiendo la aportación de Mercou (2005) continuamos describiendo las consecuencias del maltrato prenatal, con la finalidad de concienciar a los lectores sobre los diferentes daños que se pueden causar al feto y al neonato.

Tabla 2. Consecuencias del maltrato prenatal.

Consecuencia	Tipo de hecho negligente asociado con más frecuencia	Descripción
Prematuros	Tabaco, drogas, alcohol, condiciones de hábitat, embarazos no controlados, embarazos rechazados y exceso de trabajo corporal	Provoca condiciones de inhabilitación fetal que determinarían el parto prematuro.
Sufrimiento fetal	Consumo de tabaco y drogas.	Mecanismo de vasoconstricción placentaria que provoca hipoxia e hipercapnia que caracteriza al sufrimiento fetal agudo o crónico.
Retardo de crecimiento intrauterino	Consumo de tabaco, drogas o una nutrición no adecuada.	Recién nacido de bajo peso
Malformaciones fetales	Uso de medicación teratogénica, radiaciones, enfermedades previsibles, drogas y alcohol.	Falla completa o parcial de estructuras, alteraciones morfológicas o funcionales.
Sepsis neonatal	Enfermedades previsibles, infecciones adquiridas por la madre no controlada o realización de test invasivos innecesarios.	Provoca infección en la sangre del recién nacido.
Síndrome de abstinencia	Uso de drogas	Circulan en la unidad feto placentaria y al suprimirse su consumo por el parto origina en el recién nacido un cuadro convulsivo por abstinencia.
Desarrollo cerebral comprometido.	Uso de drogas, alcohol, enfermedades previsibles o alteraciones de la nutrición.	Dificultades en el desarrollo cerebral.

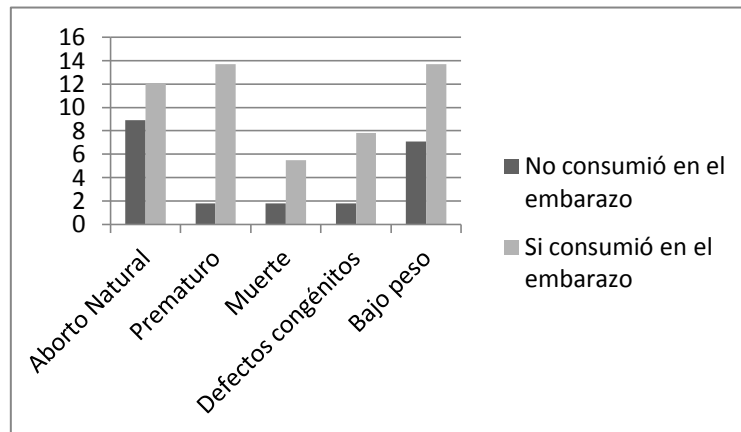
Disfunción motora.	Uso de drogas, alcohol, enfermedades previsibles, alteraciones de la nutrición.	Alteraciones o deficiencias del aparato motor que afectan al sistema óseo, articulaciones, nervios y músculos.
Dificultad de aprendizaje	Uso de drogas, alcohol, alteraciones de la nutrición y enfermedades previsibles.	Alteraciones que se manifiestan en dificultades en la adquisición de habilidades y conocimientos.
Infecciones de transmisión vertical	Enfermedades previsibles.	Aparición de infecciones.
Desarrollo de un mal vínculo madre-feto:	Rechazo del embarazo.	No respeta la higiene, comida, controles médicos o vestimenta entre otros.
Desarrollo de un mal vínculo con el padre con el embarazo(padre expulsado)		El padre no participa del embarazo, ya sea por decisión propia o de la madre y no cubre las necesidades básicas.

Fuente: Mercau, Carlos A. (2005). Maltrato en el embarazo y en el recién nacido. *Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía*. Vol. 10 – N° 1

Consecuencias del consumo de alcohol y drogas durante el embarazo.

Cogiendo los resultados reflejados en el artículo de Berenzon, Romero, Tiburcio, Medina-Moral y Rojas (2007), en el cual realizaron un estudio de casos donde se entrevistaron a 200 mujeres que solicitaron ayuda para tratar problemas relacionados con el alcohol. De las 200 mujeres entrevistadas, 134 mujeres habían estado embarazadas alguna vez y el 57,5% de ellas consumió algún tipo de bebida durante el período de gestación. En este estudio no tendremos en cuenta el hecho de que todas las mujeres entrevistadas tenían problemas con el alcohol y por eso la alta incidencia de mujeres que consumieron durante el embarazo (57,5%), tampoco tendremos en cuenta la variable social por ser un estudio realizado en un país latinoamericano, ni los factores sociales y causas que inciden en el consumo de drogas durante el embarazo, porque en este análisis nos centraremos en sus efectos y en las posibilidades de aparición de la consecuencia del hecho de que una mujer gestante consuma alcohol durante el embarazo, frente a la mujer gestante que no lo consume.

Grafico 1: Consecuencias del consumo de alcohol en los hijos.



Fuente: Berenzon, S. Romero, M. Tiburcio, M. Medina-Moral M. Rojas, E. (2007). Riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la Ciudad de México. *Revista Salud mental*. Vol. 30, N° 1, pp. 14-22. Año 2007, México.

Como podemos ver, el 12% de las mujeres que consumieron alcohol durante el embarazo sufrieron un aborto natural frente al 8,9% de las mujeres que no consumieron. El 13,7% de las mujeres que consumieron alcohol tuvieron bebés prematuros frente al 1,8% de las mujeres que no consumieron. El 5,5% de los bebés de madres consumidoras murieron frente al 1,8% de los bebés de las mujeres que no lo hicieron. El 7,8% de los bebés de madres consumidoras de alcohol durante el embarazo sufrieron defectos congénitos frente al 1,8% de las mujeres que no consumieron y el 13,7% de los bebés de madres que consumieron alcohol nacieron con bajo peso frente al 7,1% de los bebés de las madres que no consumieron.

Los defectos congénitos relacionados con el consumo de alcohol durante el embarazo están causados por el síndrome alcohólico fetal (SAF), ya que el alcohol es un generador potencial de malformaciones y se trata de daños previsible y fácilmente evitables (Falcón y Luna, 2007). Este síndrome provoca una deformación facial muy característica de esta afectación, que incluye cabeza de tamaño pequeña, ojos de tamaño inferior a lo normal, mejillas aplanadas y la ranura entre la nariz y el labio superior mal desarrollada. A demás, el SAF es una de las principales causas de retraso mental en niños, junto a problemas orgánicos, neurológicos y psicológicos (Jiménez, 2009).

Por tanto, si nos fijamos en las mujeres que consumieron alcohol durante el embarazo frente a las que no lo hicieron, vemos que hay una divergencia significativa. De manera que, las mujeres que consumen alcohol durante el embarazo tienen más posibilidades de aparición de consecuencias negativas en el feto o en el neonato, frente a las mujeres que no consumen alcohol. Por otro lado, en la investigación realizada por Loredó-Abdala (2005), se concluyó que el consumo de drogas por parte de la madre durante la gestación provoca en el neonato:

Tabla 3: Principales patologías de los hijos de madres que consumieron drogas durante el embarazo.

Algunos neonatos presentaron más de uno de estos problemas.

Consecuencia	Porcentaje
Síndrome de abstinencia	25,00%
Prematuro	23,68%
Infecciones	15,78%
Enfermedades de transmisión sexual	15,78%
Síndrome de dificultad respiratoria	11,35%
Abandono	10,00%
Malformaciones congénitas	2,36%
Enfermedades digestivas	1,31%

Fuente: Loredó-Abdala, Arturo. (2005). Morbilidad neonatal por drogadicción de la mujer embarazada. *Acta pediátrica México*; 26 (5), pp. 244-9. Año 2005, México.

Como podemos ver, el hecho de consumir drogas durante el embarazo, provoca con mayor incidencia en el recién nacido un síndrome de abstinencia en 25% de los casos estudiados (más frecuente con heroína); seguido de bebés prematuros en un 23,68%; la afección de talla y perímetro cefálico en el 18.42%, enfermedades de transmisión sexual en un 15.78%, abandono en el 10% de los casos, malformaciones congénitas en un 2,36% y enfermedades digestivas en un 1,31% de los casos. Podemos concluir que el síndrome de abstinencia neonatal por drogas es una de las consecuencias más frecuentes y también más trascendentales en el desarrollo postnatal del neonato.

La aparición y la duración del síndrome de abstinencia en neonatos dependerán del tipo de droga consumida y de la última vez que la madre consumió antes del parto, pero en general aparecen entre las 24-48 horas después del parto. Los síntomas más destacados son irritabilidad, temblores, hiperactividad, llanto agudo, convulsiones, alteraciones digestivas y alteraciones cardio-respiratorias entre otras. También podemos encontrar problemas tardíos en el desarrollo postnatal relacionadas con el comportamiento, agresividad, hiperactividad, retrasos madurativos y está muy relacionado con la muerte súbita del lactante (Echeverría, 2003). Estos síntomas en el recién nacido es un indicador de alarma, con el que junto a otras pruebas médicas, se puede establecer que ha habido un maltrato prenatal por el consumo de drogas durante la gestación y proponer la retención hospitalaria para poder valorar la situación socio-familiar de la madre y su familia.

INCIDENCIA DEL MALTRATO PRENATAL.

En el año 2007 des de diferentes centros hospitalarios de Tarragona se detectó un aumento significativo del número de bebés nacidos con síndrome de abstinencia. Este hecho mostró un aumento del consumo de drogas y alcohol durante el embarazo, no podemos decir que supusiera un aumento del maltrato prenatal, pero sí de este tipo de hecho negligente. El consumo de drogas tiene un progresivo aumento en jóvenes en edad de procrear y de ahí, que cada vez sea más frecuente la aparición de gestantes consumidoras de drogas (García, Lastra, Medina, Martínez, Lucena y Martínez, 2002). Tal vez sea porque el consumo de sustancias toxicas durante el embarazo provoca las consecuencias más graves y evidentes en el recién nacido, sea este el tipo de maltrato prenatal más visible y preocupante para los profesionales, así como su necesidad de prevención.

La adolescencia como factor de riesgo.

Cogiendo como referencia el estudio de Ramos, Barriga y Pérez, (2009) pudieron concluir con sus resultados que, el embarazo en mujeres adolescentes es un factor de riesgo para el maltrato fetal y la forma más frecuente fue la atención prenatal deficiente. Se entrevistaron 1.120 mujeres que acudieron para ser atendidas por el nacimiento de su hijo, de ellas se tomaron 333 casos en quienes se encontró maltrato fetal y de las restantes se tomó un grupo de 333 mujeres en las que no se encontró maltrato fetal. De las 333 mujeres que cometieron maltrato fetal, la forma más frecuente fue el control prenatal inadecuado en el 69,7% de casos, seguido por el consumo de drogas en el 24,5%, la agresión física a la mujer embarazada en el 5,6% y el 20,7% realizó combinaciones de las diferentes formas de maltrato fetal.

Veamos en la siguiente tabla la comparación de los diferentes tipos de maltrato prenatal entre las adolescentes y no adolescentes en un estudio realizado en México.

Tabla 4. Maltrato prenatal en madres adolescentes y no adolescentes.

Variable	Adolescente (%)	No adolescente (%)
Control prenatal inadecuado		
Si	54,6%	37,3%
No	45,3%	62,6%
Consumo de drogas		
Tabaquismo		
Si	15,7%	12,5%
No	84,2%	87,4%

Cocaína		
Si	2,4%	1,2%
No	97,5%	98,7%
Marihuana		
Si	1,4%	0%
No	98,5%	100%
Alcohol		
Si	5,9%	2,8%
No	94%	97,1%

Fuente: Ramos, R. Barriga J. y Pérez, J (2009). Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. *Revista Ginecología y obstetricia de México*. Vol. 77, N° 7, pp. 311-6, año 2009, México.

Al comparar el grupo de casos de mujeres adolescentes con las no adolescentes se observó que el 54% de las adolescentes llevó un control prenatal inadecuado frente al 37,7% de las adultas y el 25,6% de las adolescentes consumieron drogas durante el embarazo (tabaco, cocaína, marihuana o alcohol) frente el 16,6% de las adultas. Por otro lado, la violencia física durante la gestación se registró en un 5,6% en total, las adolescentes fueron agredidas en un 4,4% y las no adolescentes en un 2,1%. Por tanto, podemos ver que el maltrato prenatal tiene más incidencia durante la adolescencia.

INTERVENCIÓN FRENTE AL MALTRATO PRENATAL

Indicadores de riesgo para detectar maltrato prenatal.

En el apartado de intervención nos centraremos en el estudio de caso del Tarragonés para ver cómo se detectan casos de maltrato prenatal. Para ello tendremos como referencia los resultados del trabajo realizado por la Comisión Interdepartamental de Coordinación y Actuaciones dirigidas a Niños y Adolescentes con discapacidad o riesgo a padecerlas (CTIC) del Tarragonés, que durante estos últimos años ha hecho un gran esfuerzo de trabajo coordinado cuyo resultado ha sido la publicación del *Protocolo de coordinación de actuaciones para la prevención y el abordaje del maltrato prenatal* (2010). Este protocolo muestra una forma de trabajar en coordinación con los servicios, técnicos, programas y departamentos del territorio y tiene la finalidad de ayudar a la detección de gestantes de alto riesgo y facilitar una respuesta e intervención rápidas.

Los indicadores de riesgo para ayudar a detectar situaciones de maltrato prenatal que presentamos a continuación, es una nueva versión revisada por la CTIC durante el año 2014, siguiendo la *Orden BSF/331/2013, de 18 de diciembre, por la cual se aprueban las listas de indicadores y factores de protección de los niños y adolescentes*. La lista de indicadores está dividida en indicadores de riesgo y de riesgo grave según su nivel de alarma y comprenden diversas situaciones personales, familiares y sociales consideradas de riesgo en el embarazo y que los profesionales deben tener en cuenta en su globalidad.

Tabla 5: Listado de indicadores de riesgo.

INDICADORES DE RIESGO
1. Embarazo sin control (También se considera si solo ha realizado una o dos visitas).
2. Embarazo mal vivido o no deseado.
3. Maternidad prematura o con falta de responsabilidad.
4. Desnutrición o mala alimentación materna.
5. Consumo de tabaco durante la gestación de “forma habitual”
6. Madres con deficiencias psíquicas.
7. Gestantes con múltiples parejas y comportamiento promiscuo.
8. Situaciones de enfermedades graves, crónicas o agudas sin control.
9. Gestante sin soporte afectivo i/o familia conflictiva.
10. Renuncia del hijo gestante.
11. Gestante que estén cumpliendo medidas penales.
12. Vivienda sin las condiciones de habitabilidad o falta de vivienda.

Tabla 6: Listado de indicadores de riesgo grave.

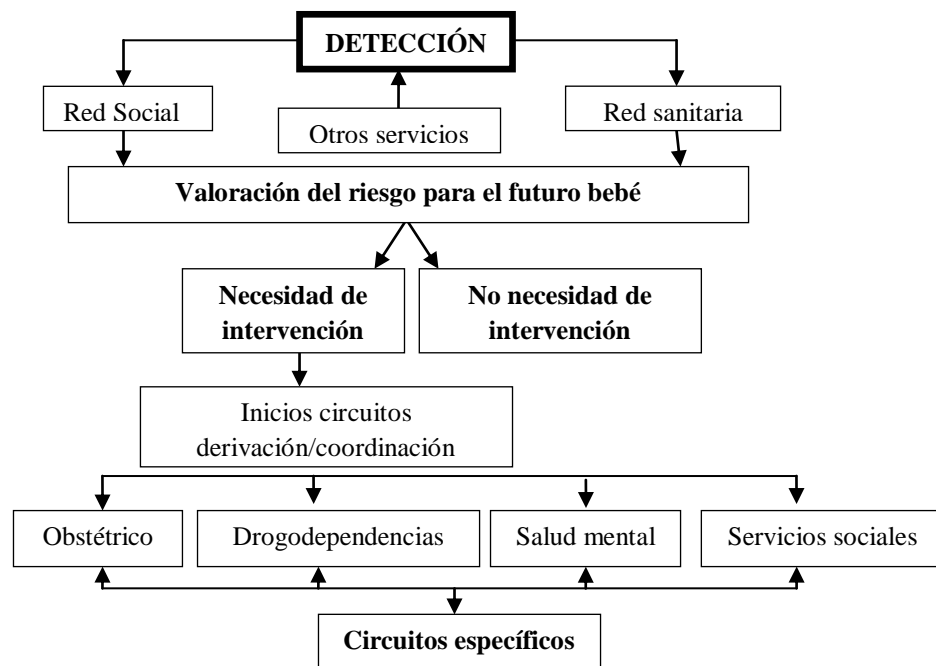
INDICADORES DE RIESGO GRAVE
1. La gestante presenta embarazo sin control médico con riesgo para el feto.
2. No acudir a las visitas programas de patología obstétrica (ARO).
3. Prostitución activa durante el embarazo.
4. Ingestión descontrolada de fármacos.
5. Consumidora de sustancias tóxicas (drogas y alcohol) de forma habitual.
6. Trastornos mentales severos u otras enfermedades mentales importantes.
7. Gestantes con itinerancia de exclusión social.
8. Antecedentes por abuso o negligencia en hijos anteriores.
9. Maltrato familiar i/o de género o negligencia contra la madre.

Fuente: Documentación interna de la Comisión interdepartamental de coordinación y actuaciones dirigidas a niños y adolescentes con discapacidad o riesgo a padecerlas (2014), Tarragona.

Circuitos de derivación de gestantes de alto riesgo.

Continuamos con la aportación de la CTIC que mediante el análisis de los recursos y servicios específicos en el territorio de Tarragona elaboraron un protocolo que incluye diferentes puntos de la red de servicios que tienen la posibilidad de detectar situaciones de riesgo para el feto. Hacemos referencia a este protocolo, porque es un buen ejemplo de cómo es posible que un territorio en concreto analice sus servicios, se organicen y se coordinen para abordar esta problemática de forma integral.

Circuito 1: Circuito general para la derivación de gestantes de alto riesgo desde diferentes servicios de Tarragona.

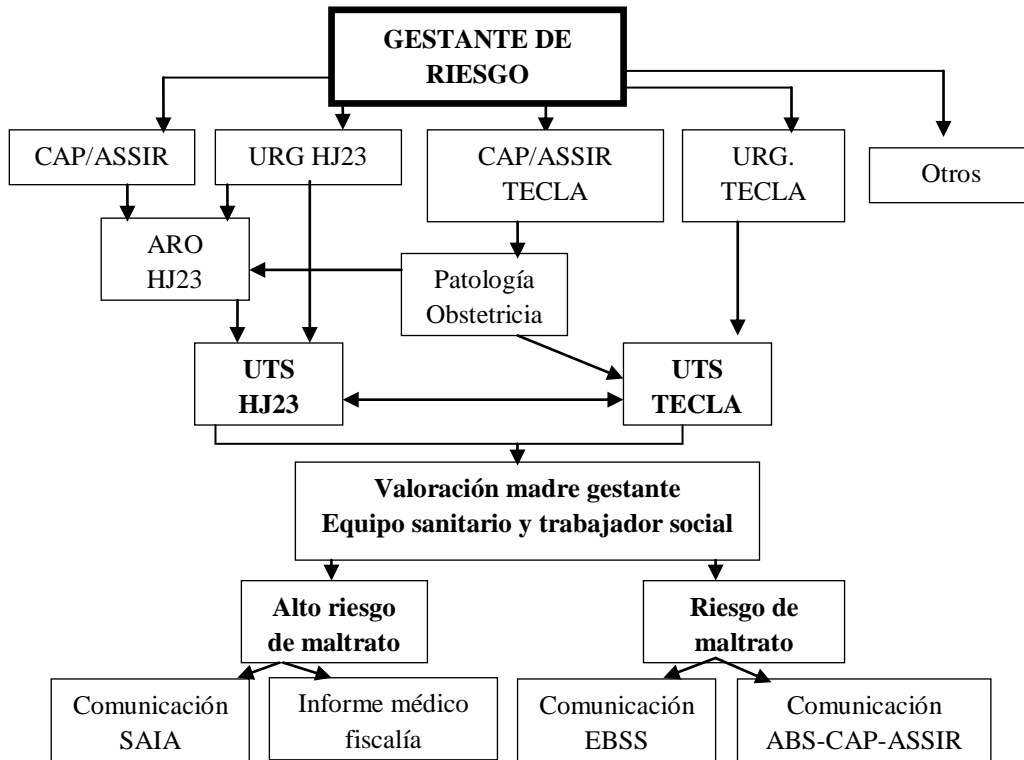


Fuente: *Protocolo de coordinación de actuaciones para la prevención y el abordaje del maltrato prenatal. (2010). Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Secretaría de Infancia y Adolescencia. Barcelona. Colección Herramientas, N° 9.*

Este circuito general para la derivación de gestantes de alto riesgo representa que la detección de una situación de riesgo se puede iniciar desde diferentes puntos de la red de servicios, entre ellos, tanto la red social como sanitaria. La iniciativa de intervención puede darse por parte de la madre gestante, de su entorno o de los profesionales que han podido intervenir.

Podemos ver que toda intervención empieza con la detección de una situación de riesgo, a partir de ahí, habrá que valorar el riesgo que hay para el futuro bebé y determinar la necesidad de intervenir o no. En caso que a partir de esta primera valoración se crea necesaria la intervención, se iniciará el circuito interno de cada servicio. Los equipos y servicios que integran este circuito general y desde donde hay más posibilidades de detectar casos de maltrato prenatal, son los servicios de obstetricia, el CAS de drogodependencias, el CSM/CSMIJ/SESM-DI (salud mental) y los servicios sociales. A continuación veremos, de forma general, cada protocolo interno de los servicios mencionados anteriormente e incidiendo en el papel del trabajador social en cada uno de ellos.

Circuito 2: Circuito obstétrico para la derivación de gestantes de alto riesgo en el ámbito de la salud.

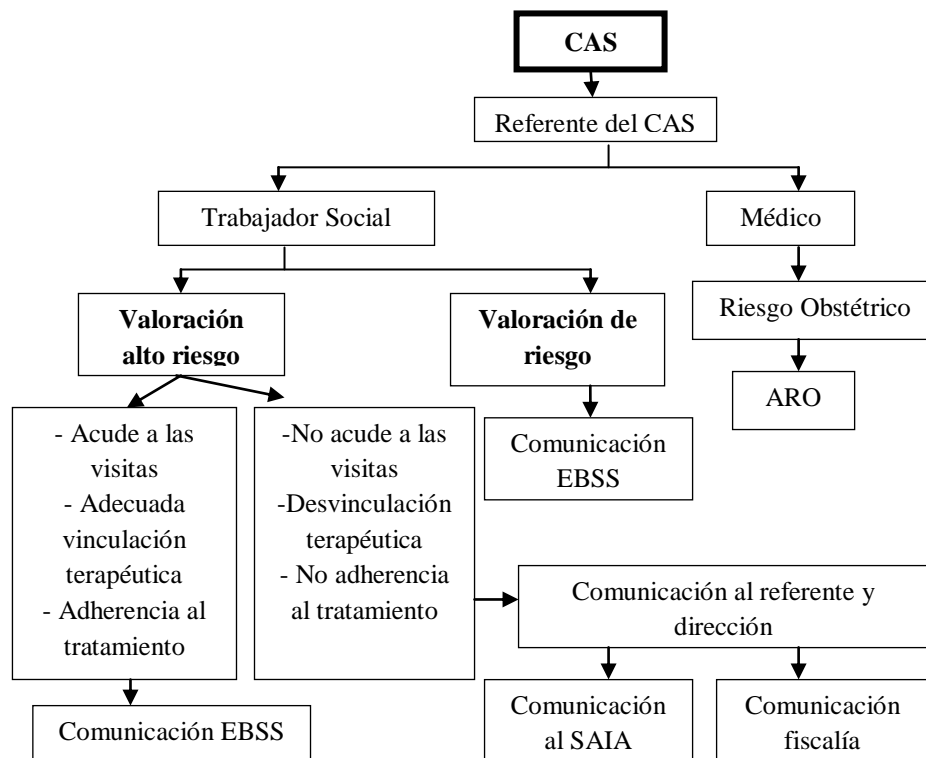


Fuente: *Protocolo de coordinación de actuaciones para la prevención y el abordaje del maltrato prenatal. (2010). Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Secretaría de Infancia y Adolescencia. Barcelona. Colección Herramientas, N° 9.*

Cuando desde diferentes servicios del centro hospitalario se detecta una gestante de alto riesgo, se realiza una demanda de intervención a la Unidad de Trabajo Social del hospital (UTS) y estos, junto con los servicios sanitarios, realizarán una valoración de la situación global de la madre y del riesgo real para el futuro bebé. El trabajador social iniciará un diagnóstico social mediante diferentes fases de intervención como puede ser contactar directamente con la familia de la madre gestante y coordinarse con la red social y otros servicios para explorar posibles situaciones de riesgo.

Después de esta primera intervención, se puede llegar a valorar, por una lado, la existencia de un riesgo de maltrato prenatal leve donde se coordinará el caso con el Equipo Básico de Servicios Sociales (EBSS), con el Área Básica de Salud (ABS) y/o con el área de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) de referencia de la madre gestante para que realicen un seguimiento y si es necesario, un plan de trabajo para minimizar los indicadores de riesgo detectados inicialmente. Por otro lado, pueden valorar la existencia de un alto riesgo de maltrato, informando de este caso al Servicio de Atención a la Infancia y Adolescencia (SAIA) o a la fiscalía donde se realizará un estudio del caso más exhaustivo para valorar la retirada hospitalaria del bebé.

Circuito 3: Circuito para la derivación de gestantes de alto riesgo des del CAS.

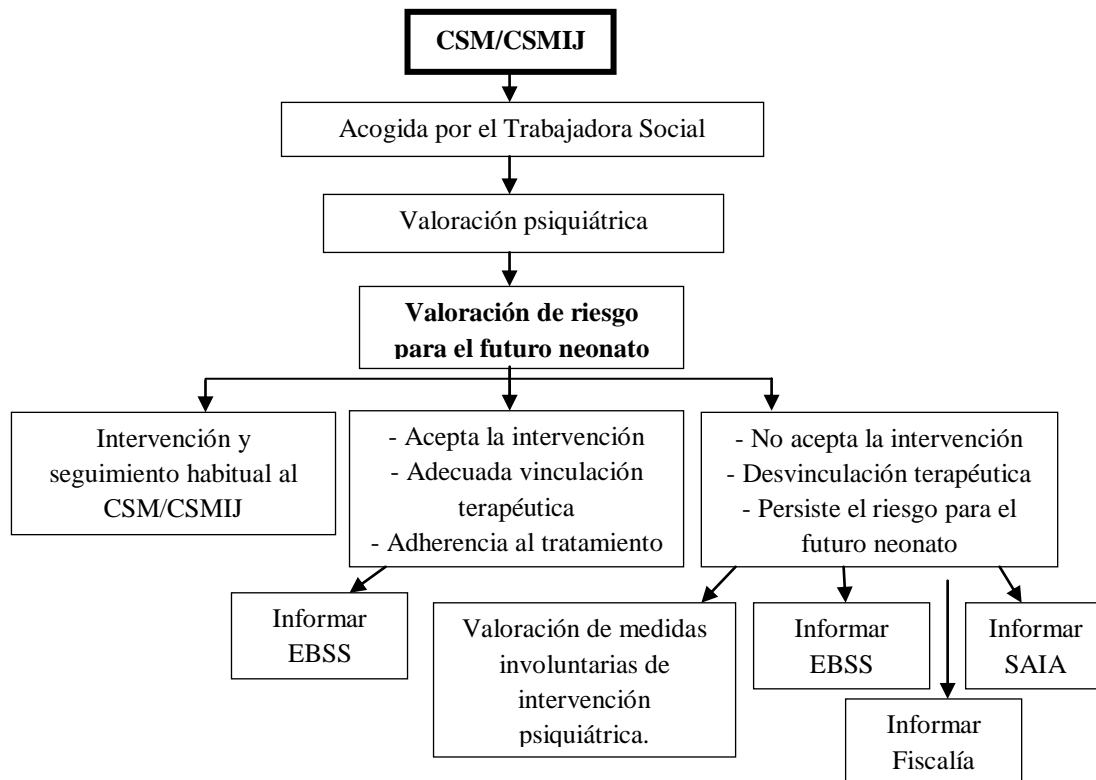


Fuente: *Protocolo de coordinación de actuaciones para la prevención y el abordaje del maltrato prenatal. (2010). Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Secretaría de Infancia y Adolescencia. Barcelona. Colección Herramientas, N° 9.*

El objetivo de la intervención desde el Centro de Atención y seguimiento a las Drogodependencias (CAS) es la abstinencia total de drogas para favorecer el buen desarrollo del embarazo y prevenir futuras consecuencias negativas para el bebé. Debido a los graves daños que el consumo de drogas puede producir en el feto, en este caso, el profesional referente se coordinará con todos los servicios con los que sea necesario su intervención; entre ellas la intervención médica, enfermería e intervención social, para hacer una valoración global de la situación. En la fase de coordinación con la intervención social, será el trabajador social quien realizará una valoración del entorno familiar y social de la gestante para tener en cuenta cualquier circunstancia que suponga un peligro para el desarrollo feto y del futuro bebé.

Después de este primer diagnóstico, el trabajador social junto al referente del caso y el equipo médico, pueden llegar a valorar riesgo leve en la madre gestante, coordinándose con el EBSS de referencia para que inicie un seguimiento y si es necesario, un plan de trabajo para minimizar los riesgos detectados, o puede valorar una situación de alto riesgo, donde si acude a las visitas y colabora con el tratamiento se comunicará el caso al EBSS para coordinar la intervención más apropiada a cada caso, pero si hay un abandono del tratamiento se comunicará al SAIA y a la fiscalía para valorar la posibilidad de retirada hospitalaria.

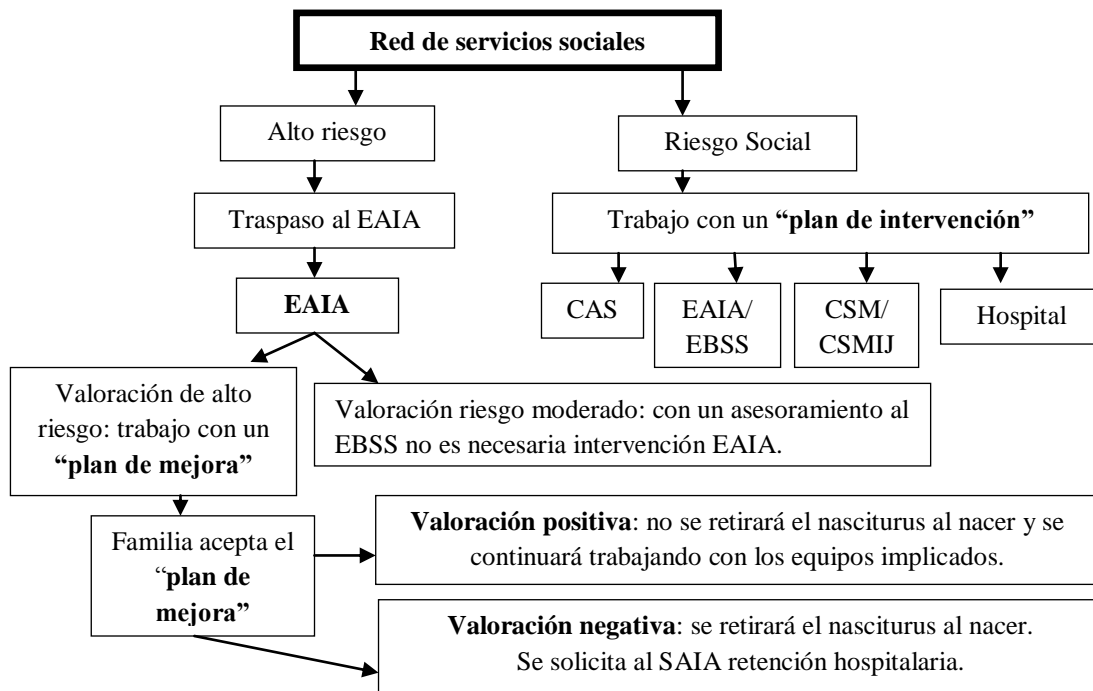
Circuito 4: Circuito para la derivación de gestantes de alto riesgo desde servicios de salud mental.



Fuente: *Protocolo de coordinación de actuaciones para la prevención y el abordaje del maltrato prenatal. (2010). Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Secretaría de Infancia y Adolescencia. Barcelona. Colección Herramientas, N° 9.*

En este caso, el terapeuta de referencia de la mujer embarazada será quien valore los riesgos del ámbito psicopatológico y el trabajador social quien valore los riesgos a nivel socio-familiar. Si de la valoración de ambos profesionales, se valora que hay una existencia de riesgo para el futuro neonato, pero se considera también que es un caso trabajable porque colabora en el tratamiento y tiene una adecuada evolución, se informará a los servicios sociales básicos para que hagan un seguimiento y si es necesario, un plan de trabajo para intervenir en otros ámbitos donde se hayan detectado indicadores de riesgo y se continuará con el tratamiento en el centro de salud mental. En cambio, si se valora que hay riesgo social y a la vez no es una situación trabajable porque no acepta la intervención y continúa el riesgo para el neonato, se podrán realizar medidas involuntarias de intervención psiquiátrica, comunicar al SAIA y a fiscalía para valorar la posibilidad de retirada hospitalaria al nacer.

Circuito 5: Circuito para la derivación de gestantes de alto riesgo desde servicios sociales.



Fuente: *Protocolo de coordinación de actuaciones para la prevención y el abordaje del maltrato prenatal. (2010). Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Secretaría de Infancia y Adolescencia. Barcelona. Colección Herramientas, N° 9.*

Cuando desde servicios sociales se detecta una situación de riesgo en la mujer gestante, el trabajador social realiza una primera valoración, tanto de la madre gestante como de su familia extensa y se inicia un plan de intervención que contendrá aquellos aspectos en los que se debe trabajar para eliminar los indicadores de riesgo detectados, que incluirá una coordinación continua con otros servicios, para iniciar una intervención global y prevenir cualquier daño que pudiera sufrir el futuro bebé. Si la valoración de este plan de intervención es positiva, significa que se puede trabajar en el medio y se continuará la intervención desde servicios sociales básicos en coordinación con todos los servicios que la madre pueda necesitar.

En el caso de que desde la primera valoración de servicios sociales básicos ya se valore una situación de alto riesgo o que la valoración del plan de intervención sea negativa, se derivará al Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia (EAIA). El EAIA como equipo especializado de atención a la infancia y adolescencia en alto riesgo social, evalúan las situaciones de los niños y adolescentes y sus familias. En función del diagnóstico de la madre gestante y su familia, el equipo puede valorar un riesgo leve-moderado y asesorar a los servicios sociales para que sean ellos quien continúe interviniendo.

Por otro lado, pueden valorar una situación de alto riesgo, que conllevará abrir expediente de riesgo y tener que empezar un plan de mejora en este equipo. El plan de mejora consta de aquellos objetivos que la madre

gestante debe cumplir para minimizar la situación de riesgo detectada y en este documento se deja claro a los progenitores, a la madre gestante y/o a su familia que si la situación de alto riesgo no disminuye y no se cumplen los objetivos pactados, se podrá solicitar al SAIA la asunción por parte de la administración de las funciones tutelares una vez el bebé nazca hasta hacer una valoración de la medida de protección más idónea para el neonato.

Si la valoración del plan de mejora es positiva, no se producirá la retirada hospitalaria del neonato y se continuará el seguimiento de la madre y del bebé en coordinación con los diferentes servicios implicados.

En cambio, si la valoración es negativa, ya que a pesar de haber informado y explicado a la madre los riesgos existentes, ésta no ha adoptado una conducta adecuada y por tanto la situación de alto riesgo no ha disminuido evidenciándose un maltrato prenatal que está afectado al desarrollo del feto, se abrirá expediente de desamparo y el EAIA solicitará al SAIA la retención hospitalaria una vez nazca el bebé y empezará una valoración para determinar la medida de protección más adecuada para el recién nacido.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El hecho de plantear discusiones sobre el maltrato prenatal implica el valor que cada sociedad o individuo concede a la infancia, al desarrollo prenatal y la concienciación que cada uno tenga sobre este tipo de maltrato. Por este motivo, un importante impedimento para la detección y prevención precoz de situaciones de maltrato prenatal, es la consideración ética que parte de la población tiene de que nadie tiene derecho a inmiscuirse en la manera en que los padres cuidan a sus hijos (Martínez González, 1997). Sin embargo, ¿dónde empieza el derecho del futuro niño a ser protegido? Si recordamos las indicaciones mencionadas durante el artículo sobre la LDOIA, podemos concluir que esta ley resultó un gran avance para darle al feto un derecho a ser protegido que antes no tenía y que permitió el inicio de un trabajo de prevención a nivel legal e institucional.

Desde la teoría de la programación fetal de Barcker (1997), donde establece que condiciones adversas durante el desarrollo fetal puede causar cambios permanentes en los órganos del feto que incrementará el riesgo de enfermedades y determinará el estado de salud del individuo a lo largo de su vida, hasta la aportación de Falcón y Luna (2007) donde afirman que nos encontramos ante un ser especialmente vulnerable que ante la acción imprudente de la madre genera no solo una situación de riesgo sino un daño directo sobre su salud, nos indican la necesidad de proteger al feto de acciones exteriores que puedan dañarlo.

Dentro de los diferentes actos negligentes y de sus consecuencias (Mercau, 2005), podemos encontrar diferentes síndromes propios y característicos del maltrato prenatal derivado del consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo, que condicionan el desarrollo postnatal del neonato y las condiciones de vida de

forma muy significativa. Tanto el síndrome alcohólico fetal (Jiménez, 2009) como el síndrome de abstinencia neonatal (Echeverría, 2003), son una muestra de las graves consecuencias estandarizadas resultado de acciones negligentes por parte de las mujeres gestantes. Cabría analizar y tener en cuenta el contexto social en el que se encuentran las madres, ya que no se trata de culpabilizarlas, sino de intervenir para mejorar su situación y así minimizar los indicadores de riesgo.

Las posibilidades de aparición de consecuencias negativas en el feto y neonato son, significativamente mayores, en mujeres gestantes que consumen sustancias tóxicas durante el embarazo (Berenzon, Romero, Tiburcio, Medina-Moral y Rojas, 2007), por lo que es muy importante tener en cuenta que en gran medida, se trataría de daños en neonatos predecibles y evitables. También es importante tener en cuenta el hecho de que la adolescencia sea un factor de riesgo para el maltrato prenatal, sobre todo derivado de un control prenatal inadecuado (Ramos, Barriga y Pérez, 2009), por lo que tanto la sociedad como los profesionales deberían poner especial atención en este grupo de edad. Con todas estas reflexiones, opino que ya podemos empezar a considerar la importancia de la prevención del maltrato prenatal.

En toda esta problemática, también es importante tener en cuenta las consecuencias en la salud que tendrá para la madre llevar una mala gestación o el trauma a nivel psicológico que puede causar que a una madre le retiren su bebé. Con esto quiero decir que, no solo es importante trabajar para la prevención del maltrato prenatal con la finalidad de evitar consecuencias negativas en el neonato, sino también para evitar daños en las propias madres. Como otro problema ético, podríamos encontrar la confrontación entre derechos, por un lado los de la madre y por otro los del feto, por ejemplo, en el consumo de sustancias tóxicas por parte de la mujer embarazada, encontramos el derecho de la mujer de decidir sobre su propio cuerpo, pero se confronta con el derecho del feto a ser protegido. Ante esta situación, es necesario un trabajo con la madre para concienciarla sobre el daño que está haciendo al feto y que sobrevalga el derecho del feto, a la vez que se disponga de recursos sociales que permitan mitigar estos consumos.

Como hemos visto, a pesar de haber un importante avance a nivel legal, ¿Por qué llegar al nivel judicial una vez se ha constatado el maltrato prenatal si se puede hacer un trabajo de prevención? Aquí radica la importancia y necesidad de saber detectar actos negligentes para poder empezar un trabajo de prevención que evitaría esos graves perjuicios para el futuro bebé y además, no haría falta llegar al nivel judicial ni ascender al SAIA para valorar la retirada de las funciones tutelares y proceder a una tutela inmediata por parte de la administración una vez nazca el bebé.

Tengamos en cuenta que llegar a estos extremos, significaría la retirada hospitalaria del bebé una vez nazca, con los consiguientes daños psicológicos y emocionales tanto para el bebé como para la madre ¿y por qué separar a una madre de un hijo si primero se puede realizar una labor de prevención? Para poder empezar un trabajo de prevención del maltrato prenatal, primero tenemos que ser capaces de detectar dichos casos, antes

de que sea demasiado tarde para evitar daños en el bebé nacido y tener que llegar a la retirada de las funciones tutelares.

Como forma de ampliar nuestro conocimiento sobre el maltrato prenatal, hemos incluido una lista de actos negligentes y de las consecuencias de dichos actos (Mercau, 2005), información que creo de gran utilidad para orientar a los lectores sobre qué actos pueden perjudicar al feto y concienciarlos sobre que daños podrían provocar y susceptibles de ser tenidos en consideración para su prevención. A pesar de estar de acuerdo con los actos negligentes de Mercau (2005), también es importante tener en cuenta que unos actos tienen mayor o menor probabilidad de que produzca daños en el feto, que no todos causaran los mismos daños al recién nacido y que en muchas ocasiones, se presentan varios actos negligentes a la vez y no solo uno de ellos, que pueden llegar en su conjunto, a provocar un maltrato prenatal en sus diferentes niveles. En todo caso, la situación se agrava al realizar el acto negligente a pesar de que la madre gestante tenga los medios adecuados para evitarlo y que, a pesar de haberle informado de los riesgos para el feto de sus acciones no cambie su comportamiento. Con todo esto quiero decir, que se trata de un tipo de maltrato difícil de detectar y de clasificar, tratándose de una problemática con multiplicidad de factores que hace que su intervención sea muy compleja.

Coincidiendo con González Nieto (2007), la complejidad de este problema es tan grande que requiere soluciones muy complejas. Por ello, es tan importante realizar un trabajo coordinado entre los diversos recursos, servicios y profesionales que permite abordar esta problemática de forma integral. Como hemos visto en los circuitos de intervención, tanto el trabajador social como el trabajo coordinado, adquieren un papel muy importante en esta multiplicidad de factores que crean esta problemática. El trabajador social tiene una función relevante en esta complicada intervención, pues es el profesional que en todos los circuitos, valora la situación social de la gestante y de su familia extensa y que a través de la coordinación con otros profesionales, se desprende la necesidad de intervenir o no intervenir en el caso detectado y cómo hacerlo. Sería interesante analizar casos de madres gestantes en riesgo para ejemplarizar la intervención explicada y ver cómo están interviniendo estos profesionales, aunque esto sería motivo de otro artículo.

Una herramienta muy útil para detectar situaciones de riesgo en la madre gestante, es la lista de los indicadores de riesgo. Pero el hecho de rellenar dicho cuadro de indicadores, solo nos ofrece una idea aproximada de la situación del riesgo para el feto, por eso es tan importante el trabajo de valoración posterior realizado por el trabajador social, donde realiza un estudio sociofamiliar de la mujer gestante y de su familia, teniendo en cuenta todos los ámbitos de su vida, para poder examinar las situaciones de riesgo detectadas inicialmente, así como para detectar otras situaciones de riesgo que en principio no se habían contemplado, buscar las posibles causas e intervenir con un plan de trabajo para minimizarlas y realizar una labor de prevención.

También considero importante tener en cuenta, el carácter subjetivo que puede tener el criterio técnico de un profesional cuando hay que decidir la existencia de un maltrato prenatal o no y destacar la gran responsabilidad que los profesionales tienen cuando intervienen en este tipo de casos. Por este motivo, es tan importante trabajar en coordinación con varios profesionales de diferentes especialidades, tanto médicas como sociales, para tener en cuenta todos los criterios técnicos y los factores implicados y llegar entre todos a una valoración de riesgo de maltrato prenatal lo más acertada posible. Otra idea a remarcar ante esta complejidad, es la necesidad e importancia de que los profesionales se formen sobre el maltrato prenatal para no cometer errores. A partir de los circuitos mostrados, podemos ver cómo tanto el trabajo de detección como el de prevención del maltrato prenatal requieren, efectivamente, de la coordinación entre muchos servicios y recursos para que entre todos y cada uno con su especialidad profesional, puedan realizar una valoración integral.

Si realizamos una valoración sobre los circuitos explicados y siguiendo comentarios de distintos profesionales que han colaborado en ellos, veremos que a pesar de tener aún que mejorar algunos aspectos derivados de la experiencia de su puesta en práctica, son de gran utilidad y han resultado ser un avance en la actuación frente a posibles situaciones de maltrato prenatal referido a que estandarizan el procedimiento a seguir. Estos circuitos orientan a los profesionales a cómo actuar frente a una sospecha o evidencia y aun que se debe valorar cada caso individualmente, los profesionales disponen de un circuito que les dirige sobre qué camino tomar dependiendo del caso con el que se encuentren y cómo evolucione, hecho que ha eliminado las dudas y los posibles errores sobre cómo actuar frente a un posible maltrato prenatal. Otra valoración muy positiva sobre este protocolo, es que los casos detectados como posible maltrato prenatal, son establecidos como “casos prioritarios” dentro de toda la red de servicios que colaboran en el protocolo, favoreciendo una intervención rápida que será fundamental para comenzar un trabajo de prevención precoz.

A pesar de los protocolos existentes, derivado de mi experiencia de prácticas, considero importante remarcar el hecho de que muchos profesionales del ámbito social se sienten inseguros a la hora de actuar frente a posibles casos de maltrato prenatal. Con esto quiero decir que, a pesar de que los protocolos les orientan sobre cómo actuar, necesitan más formación sobre este tema para poder detectar y valorar estos casos correctamente. La formación es esencial para afrontar aquellas situaciones en que se podrían presentar dilemas éticos, ya que tendrían las herramientas e información apropiadas para fundamentar sus actuaciones.

Como últimas aportaciones, también me gustaría incidir en la necesidad de hacer más énfasis en programas para la atención a la salud sexual y reproductiva, donde por un lado se potenciarían actividades dirigidas a dar asesoramiento y atención para la prevención de conductas de riesgo durante el embarazo, pero otro lado, promover programas de educación maternal para cuidados prenatales y postnatales. Se trata de la idea de educar y dar soporte a los padres durante el embarazo y también una vez nacido el bebé, sobre todo en caso de gestantes adolescentes, para ayudarlos a adquirir habilidades parentales que minimicen la posibilidad de aparición de indicadores de riesgo de maltrato prenatal e infantil.

También destacar, la poca información que disponemos actualmente sobre el maltrato prenatal, sobre todo la falta de estudios, investigaciones y datos cuantitativos a nivel nacional, ya que se trata de una problemática que ha ido detectándose en los últimos años derivado de los avances tecnológicos-médicos y aún debe estabilizarse el maltrato prenatal como un fenómeno en sí.

En último lugar, me gustaría destacar el papel que la sociedad tiene en esta problemática. Des de mi punto de vista, la sociedad en general también debería concienciarse sobre esta tipo de maltrato y reconocer los indicadores de riesgo ya que esto ayudaría a detectar y prevenir el maltrato tanto infantil como prenatal. Esto también implicaría que ellos mismos reconozcan el grado de responsabilidad que tienen, pero ya volveríamos a hablar de la ética individual de cada persona. Como indica Martínez González (1997), existen varios impedimentos que hacen que la población en general no sea capaz de detectar casos de maltrato infantil y en otros, no den el paso de notificarlos. Entre ellos encontramos el desconocimiento de cuáles son las situaciones de desprotección infantil, de sus consecuencias o desconocimiento de los indicadores de los distintos tipos de maltrato infantil, entre ellos el maltrato prenatal.

Por todo ello, invito a los lectores a profundizar en el tema y a tener en consideración los aspectos tratados en el artículo sobre todo la importancia de efectuar una prevención desde los distintos servicios públicos y privados, así como la importancia de la concienciación sobre el daño que los diferentes actos negligentes del maltrato prenatal pueden causar en el neonato y en todo su desarrollo posterior, ayudando así a detectar casos y contra más precozmente se detecte, más fácil será proteger al niño y a la madre.

BIBLIOGRAFÍA

BARKER, DJ y CLARK, PM. (1997). Fetal under nutrition and disease in later life. *Reviews of Reproduction*. N°2, pp 105-12.

BERENZON, S. ROMERO, M. TIBURCIO, M. MEDINA-MORAL M. y ROJAS, E. (2007). Riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la Ciudad de México. *Revista Salud mental*. Vol. 30, N° 1, pp. 14-22.

BRINGIOTTI, C. (2000) Manual de intervención en maltrato Infantil. s.a.

ECHEVERRÍA, J. (2003). Drogas en el embarazo y morbilidad neonatal. *Anales de pediatría*. 58 (6), pp.519-522

FAJARDO-OCHOA, F. y OLIVAS-PEÑUÑURI, M. (2010). Abuso fetal por Consumo Materno de drogas durante el Embarazo. *Boletín Clínico Infantil del Estado de Sonora*, Vol. 27, N°1, pp. 9-15.

- FALCÓN, M. y LUNA, A. (2007). Problemas ético-jurídicos en el consumo de drogas durante el embarazo. *Cuadernos de bioética*. 2, pp. 239-245
- FRANCÉS, F. (2011, enero - marzo). La protección del feto maltratado. *Gaceta internacional de ciencias forense*. N° 2, pp. 3
- GARCÍA, M. LASTRA, G. MEDINA, A. MARTÍNEZ, M. LUCENA, J y MARTÍNEZ, A. (2002). Enfoque diagnóstico-terapéutico del hijo de madre drogadicta: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. *Neonatología*. 15, pp.119-125
- GONZÁLEZ, T. (2007.) Protocol de seguiment de l'embarassada en risc sociofamiliar en un hospital. *Revista de treball social*. 181, pp. 80-88.
- INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES (2001). *Guía para detectar, notificar y derivar situaciones de maltrato infantil*. Recuperado 4 de marzo 2014 de, http://www.unav.es/icf/main/Planfamilia/aragon/Aragon_Guia_maltratoinfantil.pdf.
- JIMÉNEZ, R. (2009). Síndrome alcohólico fetal. *Revista Española de Pediatría*. 65 (3), pp. 211-212
- LOREDO-ABDALA, A. (2004). Abuso fetal: una condición infamante. *Maltrato en niños y adolescentes* (pp. 150-9). México: Editores de Textos Mexicanos.
- LOREDO-ABDALA, A. (2005). Morbilidad neonatal por drogadicción de la mujer embarazada. *Acta pediátrica México*; 26 (5), pp. 244-249.
- MARCOVICH, J. (1978). El maltrato a los hijos. México: Edicol.
- MARTÍNEZ, C. CASADO, J. y DÍAZ, J. (1997). Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos.
- MERCAU, C. (2005). Maltrato en el embarazo y en el recién nacido. *Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía*. Vol. 10 – N° 1
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003). *Promoción del desarrollo fetal óptimo: informe de una reunión consultiva técnica*. Recuperado 10 de marzo 2014 de, http://www.who.int/nutrition/publications/fetal_dev_report_ES.pdf.
- Protocolo de coordinación de actuaciones para la prevención y el abordaje del maltrato prenatal. (2010). Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Secretaría de Infancia y Adolescencia. Barcelona. Colección Herramientas, N° 9.
- RAMOS, R. BARRIGA, J. y PÉREZ, J. (2009). Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. *Revista Ginecología y obstetricia de México*. 77 (7), pp. 311-316

REVISTA “TRABAJO SOCIAL Y SALUD”

La revista “Trabajo social y Salud” se creó para fomentar la investigación y la producción científica en el campo del Trabajo Social y sus relaciones con la salud, la enfermedad, la promoción, la prevención y el sistema sanitario, así como para facilitar la comunicación entre los profesionales del trabajo social y de éstos con otras disciplinas, tales como la medicina o las ciencias sociales en general.

He elegido esta revista para la publicación de mi artículo porque la prevención y la intervención del maltrato prenatal necesitan del trabajo interdisciplinar tanto del trabajo social (factores sociales, indicadores de riesgo, recursos existentes, diagnóstico y valoración social...), como de lo profesionales de la salud (consecuencias sanitarias feto y madre, controles obstétricos, métodos para el buen desarrollo fetal, avances técnicos...), para intervenir en este tipo de maltrato de forma holística y poder tener en cuenta todos los ámbitos de la mujer gestante en riesgo. Se trata de una problemática multifactorial que crea tanto riesgos sociales como riesgos en la propia salud de la madre y del futuro neonato, haciendo indispensable la unión de conocimientos entre el ámbito sanitario y social para realizar una prevención de daños lo más adecuada y realista posible a cada caso.

A esta revista también le interesa publicar artículos que sean de interés para los trabajadores sociales que ejercen en el ámbito sanitario, por lo que los circuitos de actuación mostrados dentro del artículo, reflejan muy bien la labor que el trabajador social realiza ante esta problemática y dentro del ámbito sanitario, destacando también, el importante papel que el trabajador social tiene dentro de este ámbito relacionado con este tipo de maltrato.

Por tanto, el artículo trata de mostrar la coordinación y unión de medios, recursos y esfuerzos entre el ámbito social y sanitario para llegar a una acción común, la prevención del maltrato prenatal, llegando a una “intervención social en salud” gracias al diálogo y trabajo interdisciplinar entre ambos campos.

Por otro lado, se hizo una búsqueda de revistas que fueran más específicas sobre la infancia o el maltrato infantil, pero las que se encontraron relacionadas directamente con el trabajo social habían dejado de editarse (*Bienestar y Protección Infantil e Infancia y Sociedad*), quedando únicamente revistas sobre infancia relacionadas con otras disciplinas, como la educación o la psicología.



La importancia de la prevención del maltrato prenatal: orientaciones para su detección y abordaje by [Leon Gonzalez, Núria](#) is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](#).

Puede hallar permisos más allá de los concedidos con esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>