

col·lecció eines 26

Actualització del Protocol  
de coordinació d'actuacions  
per a la prevenció i l'abordament  
del maltractament prenatal

26



© D'aquesta edició: Generalitat de Catalunya, 2016

Departament de Benestar Social i Família  
Passeig del Taulat, 266-270  
08019 Barcelona



Aquesta obra està subjecta a una llicència Reconeixement-No Comercial-Sense Obres Derivades 3.0 de Creative Commons.

Se'n permet la reproducció, distribució i comunicació pública sempre que se'n citi l'autor o autors i l'editor, i no es faci un ús comercial de l'obra original ni se'n creïn obres derivades.

La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es>

1a edició (electrònica): gener de 2016  
Maquetació: gama, sl

Podeu trobar aquesta i les altres obres que ha publicat el Departament de Benestar Social i Família al nostre catàleg de publicacions:  
[http://benestar.gencat.cat/ca/el\\_departament/publicacions/](http://benestar.gencat.cat/ca/el_departament/publicacions/)

---

## Presentació

Em plau presentar-vos l'*Actualització del Protocol de coordinació d'actuacions per a la prevenció i l'abordament del maltractament prenatal*, la primera edició del qual es remunta l'any 2010. Cal celebrar la concreció i la revisió d'eines i instruments com aquest que responen a la voluntat i el compromís ètic dels diversos professionals implicats per tal d'incrementar el treball en xarxa, la coordinació i l'efectivitat en l'atenció precoç a nadons que són víctimes de maltractament.

Aquesta és una realitat dura i punyent agreujada pel consum de drogues, l'abús de fàrmacs o els problemes de salut mental dels progenitors contra la qual cal actuar amb rapidesa i determinació, de forma prioritària, ja que d'un abordament correcte en el moment adequat en depèn l'obtenció d'uns resultats òptims i esperançadors. Al capdavant estem treballant amb un col·lectiu extremament sensible: les nostres actuacions incideixen en la vida i la qualitat de vida d'uns éssers humans indefensos que algun dia esdevindran adults, persones que sense aquest acompanyament ni aquesta protecció –fins i tot abans de néixer– podrien arrossegar seqüeles irreversibles al llarg del seu períple vital.

Per sort, fa temps que ens hem dotat d'un marc legal, d'unes estructures i d'uns mecanismes que lluiten contra el maltractament infantil, també en l'etapa prenatal. Tot i que cal recórrer força camí encara, cada vegada més –com a societat– prenem consciència de la importància d'actuar preventivament, perquè intentar reparar els danys quan aquests ja s'han produït és molt més difícil i requereix molts més esforços continuats en el temps.

Són molts els àmbits implicats des dels quals podem incidir i n'és un bon reflex l'autoria d'aquest Protocol, on trobem empleats públics dels departaments d'Ensenyament, Salut, Justícia i Benestar Social i Família, d'ens locals i membres d'organitzacions sociosanitàries del Camp de Tarragona. Tots ells (la gran majoria són dones) formen part de la Comissió interdepartamental de coordinació d'actuacions de l'Administració de la Generalitat adreçades a l'infància i l'adolescència amb discapacitats o en risc de patir-ne (CTIC) a la comarca del Tarragonès. Des d'aquí el meu agraïment més sincer per la seva petjada i per haver contribuït amb la seva tasca a configurar i actualitzar aquest document que depassa el seu àmbit territorial i és aplicable al conjunt del país.

**Neus Munté i Fernández**

Vicepresidenta del Govern  
i consellera de Benestar Social i Família



---

## Què és la CTIC?

La Comissió Interdepartamental de coordinació d'actuacions de l'Administració de la Generalitat adreçades a la infància i l'adolescència amb discapacitat o amb risc de tenir-ne de la comarca del Tarragonès (CTIC) està integrada pels:

- Serveis territorials del Departament de Benestar Social i Família
- Serveis territorials del Departament de Justícia
- Serveis territorials del Departament d'Ensenyament
- Serveis territorials del Departament de Salut

A més, compta amb la col·laboració de les institucions següents:

- Ajuntament de Tarragona
- Ajuntament de Salou
- Consell Comarcal del Tarragonès
- Grup Pere Mata
- Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona
- Institut Català de la Salut
- Xarxa sanitària i social de Santa Tecla

Els membres de la Comissió que han elaborat el Protocol de coordinació d'actuacions per a la prevenció i l'abordament del maltractament prenatal són:

- Coordinació de la 1a i la 2a edició:  
Grandío Capdevila, Cristina (EAIA<sup>1</sup> municipal de Tarragona)
- Autoria:  
Alabart Calvó, Mònica (EAP Tarragonès). 2a ed.  
Altuna Laiseca, Inés (Hospital Universitari Joan XXIII). 1a i 2a ed.  
Arroyo Mercadé, Sílvia (Fundació Hospital de Sant Pau i Santa Tecla). 1a ed.  
Alvira Duplá, Rosa (ONA-CDIAP). 1a i 2a ed.  
Brull Lleixà, Gemma (SAIA Tarragona). 2a ed.  
Carcolé Batet, Blanca (CAS Drogodependències de Tarragona). 1a i 2a ed.  
Casaus Samatan, Pilar (Xarxa externa Grup Pere Mata). 1a ed.  
Castillo Cepero, M. José (Fundació Hospital de Sant Pau i Santa Tecla). 1a ed.  
Chilán Araujo, Adolfo (CAD - ICASS). 2a ed.  
Ciudad Padilla, Rocío (Hospital Universitari Joan XXIII). 2a ed.

<sup>1</sup> Aquesta sigla, així com totes les altres, les trobareu desplegadas al glossari (annex 2).

De Barrena Sarobe, Ana M. (Hospital Universitari Joan XXIII). 1a ed.  
Duran Suárez, Francesca (ARO Joan XXIII). 2a ed.  
Gaya Güell, Montse (CDIAP Santa Tecla). 2a ed.  
Gil Bargalló, Cristina. (ICS - Atenció primària). 2a ed.  
Grandío Capdevila, Cristina (EAIA Municipal de Tarragona). 1a i 2a ed.  
Illa Sagarra, Gemma (Muralles Salut SLP). 2a ed.  
Lechuga Quijada, Mar (IMSST - Ajuntament de Tarragona). 1a ed.  
March Jardí, Gemma (ASSIR ICS). 2a ed.  
Masana Marín, Adela (CSMIJ Tarragona - Valls). 1a i 2a ed.  
Romera Lorenzo, Pilar (CAS Drogodependències de Tarragona). 1a i 2a ed.  
Sas Cruz, Simón (Hospital de Sant Pau i Santa Tecla). 2a ed.  
Solé Ramos, Anna (SAIA Tarragona). 1a ed.  
Tigell Gironès, Ramona (ICS - Atenció primària). 2a ed.  
Torre Prieto, M. Ángeles (SESM-DI Reus). 2a ed.  
Vallès Avià, Isabel (Consell Comarcal del Tarragonès). 2a ed.  
Vaquero Bailón, M. Azucena (ICASS). 1a ed.  
Virgili Camps, Rosa (EAP Tarragonès sector A). 1a i 2a ed.  
Záforas Gracia, Àngel (IMSST - Ajuntament de Tarragona). 1a i 2a ed.

- Agraïments:

Professionals que hi han col·laborat:

Badia Tuset, Mercè (EAIA Municipal de Tarragona)

Muñoz Rovira, Francesca (Departament de Benestar Social i Família)

---

## Índex

<b>1</b>	Per què es va fer el Protocol de prevenció del maltractament prenatal? Motius de la revisió actual	9
<b>2</b>	Marc legal	12
<b>3</b>	Conseqüències per als infants a causa de la no-intervenció	18
	3.1. Els efectes de les drogues en fills de mares consumidores	18
	3.2. Salut mental: riscos de la no-intervenció	22
<b>4</b>	Circuits dels diferents equips i serveis	24
	4.1. Circuit general per a la derivació de gestants d'alt risc des dels diferents serveis de Tarragona	24
	4.2. Circuit obstètric per a la derivació de gestants d'alt risc en l'àmbit sanitari	25
	4.3. Circuit d'actuació davant de gestants en risc social en l'atenció primària de salut	29
	4.4. Circuit d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR)	31
	4.5. Circuit per a la derivació de gestants d'alt risc des del CAS de drogodependències de Tarragona	32
	4.6. Circuit per a la derivació de gestants d'alt risc des del CSMA/CSMIJ/SESM-DI de Tarragona	36
	4.7. Circuit per a la derivació de gestants d'alt risc des dels serveis socials	39
<b>5</b>	Altres programes i serveis de prevenció i tractament	45
	5.1. Els centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP)	45
	5.2. Servei d'Intervenció Especialitzada (SIE)	46
<b>6</b>	Línies d'intervenció futures	48
<b>7</b>	Bibliografia	49
	Annexos	52
	Annex 1. Comunicació al Jutjat/Fiscalia de la situació d'un <i>nasciturus</i> en risc	53
	Annex 2. Glossari	55
	Annex 3. Identificació dels equips i serveis implicats en el Protocol	56
	Annex 4. Graella d'indicadors de risc i d'alarma	62





## Per què es va fer el Protocol de prevenció del maltractament prenatal? Motius de la revisió actual

Els problemes socials que afecten els infants no poden ser descontextualitzats del seu medi, la qual cosa fa imprescindible una coordinació de totes les institucions implicades que permeti abordar les situacions amb una visió global i a través de programes integrals.

La coordinació i la cooperació són fonamentals en l'atenció al maltractament infantil per evitar tant la falta d'assistència com la duplicitat de serveis i de protocols comuns o similars.

El maltractament infantil pot tenir els seus orígens en els problemes de salut mental dels progenitors, i té repercussions importants en el desenvolupament socioemocional del nen.

Cada vegada hi ha més literatura que assenjala la importància del patiment de maltractament durant la infància amb la presència de malaltia psiquiàtrica posterior.

La utilització de drogues il·lícites per la dona embarassada comporta una situació d'alt risc per a la mare, el fetus i el nounat. Les drogues, així com l'alcohol, el tabac i els fàrmacs, que consumeix la dona gestant poden repercutir en el creixement normal del fetus, en l'adaptació del nadó a la vida extrauterina amb manifestació de la síndrome de privació i en el desenvolupament normal de l'infant.

La síndrome d'abstinència és la principal manifestació en el nadó de la utilització de drogues durant l'embaràs, per la qual cosa conèixer els criteris que ens fan sospitar aquesta síndrome és d'una importància vital en l'atenció al nadó.

L'any 2007, l'Hospital Universitari Joan XXIII expressa a la CTIC la seva preocupació per l'augment de casos de nens i nenes que neixen amb síndrome d'abstinència. Arran d'aquesta preocupació i de constatar la desconexió entre serveis, es veu la necessitat de buscar solucions, com ara poder agilitar els circuits de comunicació i potenciar el treball en xarxa.

Pel que fa a les activitats dels professionals s'han de dirigir a:

- Incidir en els riscos previs al naixement; accedir al nucli familiar amb motiu de l'embaràs per iniciar des d'aquest moment els canvis necessaris que afavoreixin el nadó.
- Detectar de manera precoç embarassos de risc en gestants en tractament al CAS i al CSMA.
- Coordinar els serveis implicats, per tal d'aconseguir més eficàcia en l'atenció a les embarassades.
- Identificar els factors de risc per al futur nadó.
- Aportar una assistència adequada en el període de gestació que garanteixi els aspectes biopsicosocials, així com la continuïtat d'aquests des dels diferents serveis que hi intervenen (CAS, CSMA, hospitals i serveis socials).

Des d'aleshores s'han anat elaborant un circuit general i uns d'específics (en concret, des dels serveis socials, les drogodependències, la salut mental i el servei obstètric i pediàtric —vegeu el punt 4—) que haurien de conduir a l'establiment adequat d'una cadena d'actors que es nodreixin mútuament i ajuden a agilitar els circuits de comunicació i el treball en xarxa.

---

### **Què ha comportat el Protocol?**

L'aplicació del Protocol va fer que els diferents professionals de la xarxa busquéssim solucions en la intervenció coordinada i efectiva dels casos de dones embarassades en risc que tothom coneixia i respecte a les quals s'actuava de forma totalment aïllada, sense pensar gaire en aquell ésser “transparent” que era el *nasciturus* —que encara no era una persona i semblava que no tingués drets.

També ha comportat que es tingui més present la família extensa o els suports ecològics de la mare en el supòsit que es valori la necessitat de retirar l'infant dels progenitors. Si treballem paral·lelament el programa prenatal i la valoració de la família, evitarem que l'infant pateixi una victimització secundària i no passi per tantes institucions o famílies.

El Protocol ha fet que els professionals tinguem visibles les necessitats d'aquell infant i els suports necessaris per a aquelles mares que per diferents motius (materials, d'ignorància, malalties o altres) maltractaven el *nasciturus*.

També ha comportat que, arran de la sensibilització, acordéssim que aquests casos serien prioritaris en la intervenció tant individual com de xarxa. Així mateix, va provocar que cada equip es replantegés, de forma interna, com millorar la intervenció. Cal dir que en alguns equips ha suposat treballar de forma diferent i, fins i tot, incorporar nous recursos, projectes, etc.

La presentació i la difusió del Protocol a diferents equips i serveis, tant els que hi treballen de forma directa com els que ho poden fer de forma més indirecta

o puntual, han comportat un canvi de visió i més sensibilització sobre la importància de la prevenció i la intervenció en el maltractament prenatal.

L'any 2014, després de la implementació i l'aplicació del Protocol, es veu necessària la seva revisió, la qual cosa ha derivat en l'elaboració del present document amb l'objectiu d'actualitzar-lo.

---

### **Quines modificacions s'han fet al Protocol?**

- Pel que fa al marc legal (punt 2), s'inclou l'article 105 de la nova Llei d'infància (Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència), el qual considera un tipus de desemparament el maltractament prenatal.
- Respecte a les conseqüències dels riscos per als infants a causa de la no-intervenció (punt 3), s'ha ampliat la informació a partir de nous estudis o experiències d'altres països, la qual cosa ajuda a entendre-ho i a sensibilitzar els diferents professionals de la importància en la intervenció i el suport en els casos de possible maltractament prenatal.
- S'han revisat, actualitzat i ampliat els circuits dels diferents equips i serveis (punt 4). Principalment, s'han ampliat els circuits relacionats amb l'àmbit de la salut (tenint en compte la intervenció de prevenció del CAP, l'ASSIR i la connexió entre aquests). Respecte als serveis socials, es van revisar i ampliar, tenint també en compte les mares que no eren de cap territori, sense sostre, i es van buscar solucions pel que feia a qui intervenia i com.
- En relació amb els programes de prevenció i tractament (punt 5), se n'ha ampliat la informació i afegit altres serveis que de forma indirecta també poden treballar de cara a la prevenció i el tractament de les mares, com ara les dones maltractades (SIE).
- S'ha revisat i actualitzat la bibliografia (punt 7).
- S'ha revisat i actualitzat el glossari (annex 2), tenint en compte els departaments i nous serveis i equips.
- S'han actualitzat i ampliat les dades d'identificació dels equips i dels serveis implicats (correus electrònics, referents, adreces, telèfons, etc.) (annex 3).
- Quant a la graella d'indicadors de risc i risc greu (annex 4), després de la implementació del Protocol es va veure necessària la revisió dels indicadors per fer-los més operatius, tenint en compte també els indicadors que la DGAIA publica a l'Ordre BSF/331/2013, de 18 de desembre, per la qual s'aproven les llistes d'indicadors i factors de protecció dels infants i adolescents (DOGC núm. 6530, de 30 de desembre de 2013).

## 2

### Marc legal

Des de fa gairebé dues dècades, l'àmbit de la política ha estat en constant transformació, i amb aquesta, la societat; això, consegüentment, ha tingut un gran impacte en les estructures administratives, com també en els ciutadans.

Amb tot, l'avenç de l'Administració social i la implantació del sistema públic dels serveis socials han estat molt notables, fins al punt que els instruments administratius s'han multiplicat i alhora consolidat. Així, des de la perspectiva del benestar, s'ha aconseguit fer un gir molt important en la concepció i el tractament de les necessitats.

Calia fer aquest gir en un moment en què, entre molts altres canvis socials, la realitat de la globalització ha superat les fronteres de l'Estat i les quantitats creixents de persones que han arribat a Catalunya feien indispensable una adaptació més enllà de les polítiques dissenyades fa gairebé tres dècades.

Ens pot ser útil, per entendre el procés d'adaptació necessari, la definició de *benestar* que donen les Nacions Unides:

'Benestar social és una activitat organitzada que es proposa ajudar a una adaptació mútua dels individus i del seu entorn social'. Aquest objectiu s'aconsegueix mitjançant l'ús de tècniques i mètodes que estan pensats per capacitar els individus, els grups i les comunitats per fer front a les seves necessitats i resoldre problemes d'adaptació a un model canviant de societat, i mitjançant l'acció cooperadora per millorar les condicions econòmiques i socials.

Aquesta definició ens situa en el que suposa el concepte de *benestar social* i el tipus d'incidència que les polítiques de benestar social han pogut tenir en determinar les que s'imposen a partir del que estableix la Convenció sobre els drets de l'infant, instrument que vincula els estats signants amb l'aplicació i el reconeixement d'un seguit de drets a la infància. En concret, es podrien destacar els dels articles 3 i 4:

### **Article 3**

1. En totes les accions que concerneixen els infants, tant si són portades a terme per les institucions de benestar social públiques com les privades, els tribunals, les autoritats administratives o els òrgans legislatius, una consideració primordial ha de ser l'interès superior del nen.

2. Els estats part es comprometen a assegurar als nens la protecció i l'atenció necessàries per al seu benestar, tenint en compte els drets i els deures dels seus pares, tutors o altres persones que en tinguin la responsabilitat davant la llei i, amb aquest fi, han de prendre les mesures legislatives i administratives adequades.

3. Els estats part han d'assegurar que les institucions, els serveis i els establiments encarregats de l'atenció o la protecció dels nens compleixin les normes que estableixen les autoritats competents, especialment en matèria de seguretat, sanitat, nombre i competència del personal, com també en relació amb l'existència d'una supervisió adequada.

### **Article 4**

Els estats part han d'adoptar totes les mesures administratives, legislatives i altres d'adequades per fer efectius els drets reconeguts en aquesta Convenció. Pel que fa als drets econòmics, socials i culturals, els estats part han d'adoptar aquestes mesures tant com els permetin els recursos de què disposen i, si fos necessari, dins del marc de la cooperació internacional.

El procés de conceptualització dels drets dels nens es va iniciar amb dues declaracions: la de Ginebra, del 1924, i la Declaració universal de les Nacions Unides, del 1959. Ambdós textos van conduir a l'elaboració, l'any 1989, de la Convenció a què ens hem referit. Hi ha dues grans diferències que els marquen: les declaracions constitueixen una recopilació de principis generals no vinculants, que només tenen força moral; mentre que la Convenció, a més de tenir força obligatòria, inclou drets civils i polítics.

D'altra banda, la Unió Europea (UE) ha contribuït també, i especialment en les dues darreres dècades, a establir els pilars sobre els quals determinar una política basada en el benestar necessari de l'infant i el seu lligam amb la família. Els plantejaments fets des de la llibertat de circulació dels pares, atenent al que es planteja quant a transformació de les societats, s'han basat en el foment en cadascuna de les comunitats de la igualtat d'oportunitats del nen i del seu accés, sense limitacions, a l'educació sense discriminacions.

El Parlament Europeu també va aprovar una Carta europea dels drets de l'infant (A3-0172/92), amb caràcter vinculant, en constatar que la majoria d'estats membres no tenien el necessari per al compliment dels drets dels infants, especialment en allò més vinculat a la seva protecció. La Carta estableix, en l'article 8:

### **Article 8**

[...]

19. Els estats membres han d'atorgar una protecció especial als nens víctimes de tortura, maltractaments, serveis o explotació per part dels membres de la família o les persones encarregades de la seva atenció. A més, els estats membres han d'assegurar a aquests nens la continuació de l'educació i el tractament adequat per a la seva reinserció social.

El desenvolupament de polítiques i serveis d'atenció a la infància ha requerit, en les dues darreres dècades, un gran esforç a escala local, regional, nacional i europea, seguint la filosofia general, que s'ha basat en l'interès superior de l'infant i el respecte a la seva identitat i a les seves característiques individuals i col·lectives.

A escala estatal, la mateixa Constitució espanyola en fa esment explícit:

### **Article 39**

[...]

2. Els poders públics asseguruen també la protecció integral dels fills, iguals davant la llei amb independència de la filiació, i de les mares, sigui quin sigui el seu estat civil.

[...]

4. Els nens gaudiran de la protecció que preveuen els acords internacionals que vetllen pels seus drets.

També en l'àmbit estatal, la Llei 21/1987, d'11 de novembre, per la qual es modifiquen determinats articles del Codi civil, va suposar la introducció d'un marc normatiu modern de protecció a la infància: desjudicialització de la protecció al menor, primacia de l'interès superior del nen, integració preferent del nen en nuclis familiars amb la fórmula de l'acolliment familiar, la responsabilitat de les respectives comunitats autònomes, etc.

D'altra banda, la Llei orgànica 1/1996, de 15 de gener, de protecció jurídica del menor, constitueix un marc jurídic ampli de protecció a la infància en l'article 13, que tracta sobre l'obligació de la denúncia i de mantenir la confidencialitat:

### **Article 13**

1. Tota persona o autoritat, i especialment aquells que per la seva professió o funció detecten una situació de risc o possible desemparament d'un menor, ho comunicaran a l'autoritat o als seus agents més pròxims, sense perjudici de prestar-li l'auxili immediat que necessiti.

2. Les autoritats i les persones que per la seva professió o funció coneguin el cas han d'actuar amb la deguda reserva. En les actuacions s'ha d'evitar tota interferència innecessària en la vida del menor.

L'obligació de comunicar els casos de maltractaments de què es tingui coneixement es troba recollida en diferents i nombroses legislacions.

A Catalunya, la Llei 37/1991, de 30 de desembre, sobre mesures de protecció dels menors desemparats i de l'adopció es refereix a:

### **Article 1**

La Generalitat de Catalunya, per mitjà de l'organisme que tingui atribuïda la competència de la protecció dels menors desemparats, exerceix, d'acord amb aquesta Llei i amb la Llei 11/1985, del 13 de juny, en la part que resta vigent, la protecció sobre els menors desemparats domiciliats a Catalunya o que s'hi trobin eventualment.

### **Article 2**

1. L'organisme competent a què es refereix l'article 1 ha de prendre les mesures necessàries per assolir la protecció efectiva dels menors desemparats i, preventivament, abans de néixer, quan es prevegi clarament la situació de desemparament del futur nadó.

2. Es considera que el menor està desemparat:

- a) Quan manquen les persones a les quals per llei correspon d'exercir les funcions de guarda, o quan aquestes persones estan impossibilitades per a exercir-les o en situació d'exercir-les amb greu perill per al menor.
- b) Quan s'aprecia qualsevol forma d'incompliment o d'exercici inadequat dels deures de protecció establerts per les lleis per a la guarda dels menors o manquen els elements bàsics per al desenvolupament integral de llur personalitat.
- c) Quan el menor presenta signes de maltractaments físics o psíquics, d'abusos sexuals, d'explotació o d'altres de naturalesa anàloga.

3. Als efectes del que estableix l'apartat 2, tothom i en especial qui per raó de la seva professió tingui coneixement de l'existència de qualsevol maltractament a menors, ha de posar-ho en coneixement de l'autoritat judicial o de l'organisme competent, el qual ha de garantir la reserva absoluta i l'anonimat del comunicant.

4. El desemparament ha d'ésser apreciat pel mateix organisme competent, en resolució motivada, comunicada al Ministeri Fiscal en el termini màxim de dos dies i notificada als pares, al tutor, al guardador o als familiars que darrerament hagin conviscut amb el menor. Aquests també han d'ésser informats dels drets que els assisteixen i de com poden canalitzar llur oposició.

L'enfocament dels drets de la infància es basa en la responsabilitat legal i moral de l'Estat per fer complir o generar condicions per a l'exercici ple de tots els ciutadans.

La satisfacció dels drets comprèn obligacions: no violar-los, promoure'ls i garantir-los.

Es pot assegurar que s'ha fet un gran avenç en l'atenció del nen i de la seva família, en el sentit que en gairebé tots els textos legislatius es recull el que es refereix a la prevenció, la denúncia, la intervenció, el maltractament físic, la manca de cura i altres circumstàncies que poden suposar un risc i comprometre el desenvolupament físic, intel·lectual o afectiu del nen, en els períodes prenatal, perinatal i postnatal.

Pel que fa a la prevenció del maltractament prenatal, a Catalunya queda

recollida en la Llei 37/1991, en l'article 2, tal com s'ha esmentat; per tant, ens trobem amb una obligació determinant en l'àmbit territorial de la nostra competència. Però és important destacar també el que refereixen en el mateix sentit dos textos més plenament vinculants, el de la Convenció sobre els drets de l'infant i el de la Llei orgànica 1/1996, de 15 de gener, de protecció jurídica del menor.

Pel que fa a la Convenció sobre els drets de l'infant de les Nacions Unides, s'estableix:

#### **Article 24**

[...]

2. Els estats part han d'adoptar les mesures apropiades per assegurar l'atenció sanitària prenatal i postnatal adequada a les mares i desenvolupar l'atenció sanitària preventiva, l'orientació dels pares i l'educació i els serveis en matèria de planificació familiar.

Pel que fa a la Llei de protecció jurídica del menor, també fa referència a la prevenció i l'actuació en situacions de risc que afecten els nens:

#### **Article 12**

1. La protecció del menor pels poders públics s'ha de fer mitjançant la prevenció i la reparació de situacions de risc, amb l'establiment dels serveis adequats per a aquest fi, l'exercici de la guarda i, en els casos de desemparament, l'assumpció de la tutela pel ministeri de la llei.

2. Els poders públics han de vetllar perquè els pares, tutors o guardadors desenvolupin adequadament les seves responsabilitats, i han de facilitar serveis accessibles en totes les àrees que afectin el desenvolupament del menor.



Caldria fer esment de la Recomanació (79) 17 del Consell de Ministres del Consell d'Europa, de 13 de setembre de 1979, sobre la protecció dels nens contra els maltractaments, que estableix el Comitè de Ministres en virtut de l'article 15.b de l'Estatut del Consell d'Europa, de la qual es pot destacar:

16. Tenint en compte que una prevenció i una intervenció eficaces necessiten una coordinació i una cooperació totals entre els serveis socials, de salut i d'altres;

I. Recomana als governs dels estats membres prendre tota mesura útil per a la salvaguarda dels nens maltractats, és a dir, als fins de la recomanació present, els nens que són objecte de maltractaments corporals o són víctimes d'una manca d'atencions, d'absència d'afecte, o de crueltat mental que pugui comprometre el seu desenvolupament físic, intel·lectual o afectiu, i alhora, que aquests actes o aquestes omissions siguin obra de persones que tenen la guarda del nen, o d'aquelles que la tenen de manera temporal o permanent.

Finalment, a l'article 105 de la Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, es fa referència explícita al maltractament prenatal com a situació de desemparament:

2. Són situacions de desemparament:

[...]

c) Els perjudicis greus al nadó causats per maltractament prenatal. A aquest efecte, s'entén per *maltractament prenatal* la manca de cura del propi cos, conscient o inconscient, o la ingestió de drogues o substàncies psicotròpiques per part de la dona durant el procés de gestació, i també el produït indirectament al nadó per la persona que maltracta la dona en procés de gestació.

# 3

## Conseqüències per als infants a causa de la no-intervenció

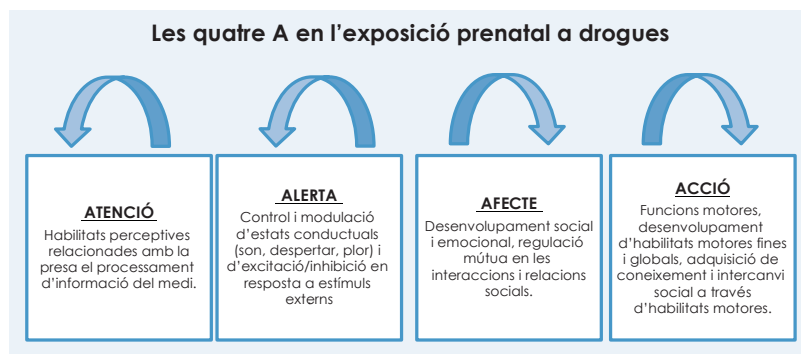
### 3.1. Els efectes de les drogues en fills de mares consumidores

La utilització de drogues per part de la dona gestant comporta una situació d'alt risc per a la mare, el fetus i el nadó.

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

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

Segons Lester *et al.*<sup>2</sup> (1996), l'afectació neuroconductual derivada de l'exposició prenatal a drogues es produeix en dominis cognitius específics, com es mostra en el quadre següent:



Com a problemes precoços podem destacar l'estrès fetal, amb evacuació de meconi i aspiració. Aquest se sol correlacionar amb un test d'Apgar baix. La prematuritat també té una incidència elevada, en què el baix pes per l'edat de gestació és gairebé la norma. Cal destacar també la disminució del perímetre

<sup>2</sup> [www.adicciones.es/files/Calvo.pdf](http://www.adicciones.es/files/Calvo.pdf).

cranial, l'augment de malformacions congènites, la fragilitat i la ruptura dels cromosomes i els infarts cerebrals, així com les anomalies en el comportament neurològic. Però l'efecte més important del consum de drogues sobre el fetus és la síndrome d'abstinència a drogues del nou-nat (SADNN).<sup>3</sup>

La data d'aparició de la síndrome d'abstinència i la seva durada dependran del tipus de droga, de l'interval de temps transcorregut entre l'última dosi materna i el part, de la semivida d'eliminació de la droga i d'una altra sèrie de factors no identificats. En general, la SADNN sol aparèixer a les 24-48 hores del part, encara que en determinades situacions pot ser molt precoç, com en les provocades per l'alcohol i l'heroïna, o també més tardana, com en les provocades pels barbitúrics (4-7 dies), les benzodiazepines (7-12 dies) o la metadona (que encara que pot provocar una SADNN precoç, pot perllongar-se fins als 20-30 dies després del part).

Els símptomes i signes que presenta la SADNN són variables. En destaquen: la hiperexcitabilitat del sistema nerviós central (irritabilitat, tremolors, hiperactivitat, hipertonia, plor agut, mioclònies, convulsions), alteracions digestives (regurgitacions, vòmits, diarrees, voracitat), alteracions vegetatives (sudoració, hipersecreció de mucoses, febre, erupcions cutànies) i alteracions cardio-respiratòries (taquipnea, congestió nasal, taquicàrdia).

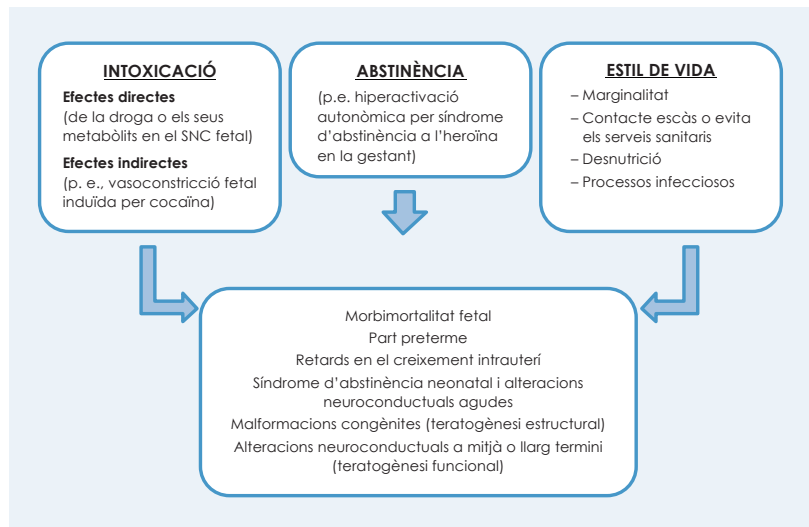
**Taula 1.** Escala de puntuació del grau de SADNN de Finnegan modificada

<b>Alteracions del SNC</b>	
Plor agut	Tremolor moderat o greu en ser molestat
Plor agut continu	molestat
Dorm < 1 hora després de menjar	Tremolor lleuger espontani
Dorm < 2 hores després de menjar	Tremolor moderat o greu espontani
Dorm < 3 hores després de menjar	Hipertonia muscular
Reflex de Moro hiperactiu	Excoriacions
Reflex de Moro marcadament hiperactiu	Mioclònies
Tremolor lleuger en ser molestat	Convulsions generalitzades
<b>Alteracions vegetatives i respiratòries</b>	
Sudoració	Esternuts freqüents
Temperatura 37,2 - 38,3 °C	Aleteig nasal
Temperatura > 38,4 °C	Freqüència respiratòria > 60 / minut
Badalls freqüents	Freqüència respiratòria > 60 / minut i tiratge
Erupcions cutànies fugaces	
Obstrucció nasal	
<b>Alteracions gastrointestinals</b>	
Succió amb avidesa	Vòmits a raig
Rebuig de l'aliment	Deposicions toves
Regurgitacions	Deposicions líquides

3 GARCÍA DEL RÍO, M.; LAS-TRA SÁNCHEZ, G.; MEDINA SOTO, A.; MARTÍNEZ LEÓN, M.; LUCENA TRAVÉ, J.; MARTÍNEZ VALVERDE, A. "Enfoque diagnóstico-terapéutico del hijo de madre drogadicta. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría". *Neonatalogía*, 2002: 15.

4 MENA, M.; NAVARRETE, P.; COVALÁN, S.; BEDREGAL, P. "Drogadicción embriofetal por abuso de pasta base de cocaína". *Revista médica de Chile*, 2000: 128 (10).

Com a problemes tardans convé destacar les alteracions del comportament (agressivitat, hiperactivitat), els retards maduratius, els retards pondoestaturs, etc., que estaran molt condicionats per l'entorn familiar d'aquests nens. També s'ha descobert una incidència més gran de la síndrome de mort sobtada del lactant (SMSL).<sup>5</sup>



És important fer el diagnòstic diferencial de la hipoglicèmia, la sèpsia, la meningitis, la hipocalcèmia i amb totes aquelles entitats que cursin amb un increment de l'activitat neurològica.<sup>6</sup>

Els fills de mares consumidores de drogues presenten també un alt risc biosocial per:<sup>7</sup>

1. Augment del risc de dany generacional progressiu, per via congènita i/o genètica, a causa de la presència de múltiples malformacions congènites, alteracions neurològiques i deteriorament de la salut mental, la qual cosa predisposa a l'adquisició de noves addiccions.
2. Augment de les despeses en salut per més desnutrició, més morbiditat i més freqüència i gravetat de les hospitalitzacions, els exàmens i els procediments medicoquirúrgics.
3. Augment del *pool* (quantitat) de pacients crònics que requereixen equips multidisciplinaris per a un tractament més adequat.
4. Augment de la despesa social causada per la disfunció familiar, els maltractaments infantils, la delinqüència i la drogoaddicció juvenil, l'embaràs en adolescents i la incapacitat laboral.

5 [www.adicciones.es/files/Calvo.pdf](http://www.adicciones.es/files/Calvo.pdf).

6 GARCÍA DEL RÍO, M.; LASTRA SÁNCHEZ, G.; MEDINA SOTO, A.; MARTÍNEZ LEÓN, M.; LUCENA TRAVÉ, J.; MARTÍNEZ VALVERDE, A. "Enfoque diagnóstico-terapéutico del hijo de madre drogadicta. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría". *Neonatalogía*, núm. 15.

7 MENA, R.; NAVARRETE, M.; COVALÁN, V.; BEDREGAL, G. "Drogadicción embriofetal por abuso de pasta base de cocaína". *Revista médica de Chile*: 2000, 128 (10).

**Taula 2.** Drogues d'abús consumides més freqüentment per les mares i efectes d'aquestes en el nadó.

	Opiacis	Cocaïna	Alcohol	Cànnabis
Test d'Apgar baix	++	+	+	+/-
Prematuritat	+	+	+	+/-
RNPEG	+	+	++	+/-
PC reduït	+/-	+	+	-
Malformacions congènites	-	+	+	+/-
Fragilitat i ruptura de cromosomes	+	-	-	-
Infart cerebral	-	+	-	-
SADRN	+++	+	+	-
SMSL	+	+	-	-
RNPEG = nونات petit per l'edat gestacional PC = perímetre cranial SADRN = síndrome d'abstinència a drogues del nونات SMSL = síndrome de mort sobtada del lactant				

Fumar durant l'embaràs està relacionat amb:

- Avortament espontani.
- Mort neonatal.
- Naixement del nadó amb un pes menor.
- Mort sobtada del lactant.
- Augment del risc d'infeccions respiratòries en la infància i l'adolescència.
- Retards en el desenvolupament del llenguatge i problemes d'aprenentatge.
- Problemes de conducta. S'ha relacionat amb el TDAH.

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

- Creixement intrauterí retardat.
- Avortament espontani.
- Despreniment prematur de la placenta.
- Part prematur.
- Augment de parts distòcics.
- Menys pes en néixer.
- Mort sobtada del lactant.

- Síndrome d'abstinència neonatal (plor excessiu, tremolors, irritabilitat i problemes de respiració).
- Anomalies congènites.
- El nadó pot patir danys cerebrals.
- Alteracions cognitives, d'aprenentatge i comportament.

El consum mínim d'alcohol durant la gestació pot desencadenar una síndrome alcohòlica fetal (SAF) que presenta les característiques següents:

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

---

### 3.2. Salut mental: riscos de la no-intervenció

Amb independència de l'efecte físic que produeix l'exposició a tòxics, l'exposició a estrès psicosocial del fetus i dels nounats produeix seqüeles en el desenvolupament. El maltractament o la negligència prenatals són factors de risc, a més, per al maltractament postnatal.

Els efectes negatius sobre la salut en general (Felitti, 1998) i sobre la salut mental (Beck, 1987; Bryer, 1984; Fontenelle, 2007; Herman, 1989; Wilbur, 1984; Faravelli, 1985) de les diferents formes de maltractament infantil (Teicher, 2006) estan ben documentats.

La presència d'infraestimulació del nounat o el sotmetiment a fortes càrregues d'estrès (maltractament físic o abandonament) causen lesions en zones cerebrals específiques que s'associen a retard mental, retard en l'adquisició del llenguatge, hiperactivitat, trastorn de conducta, conductes autístiques (Glaser, 2000; Teicher, 2003; Teicher, 1993). Publicacions recents suggereixen que els primers sis mesos de vida constitueixen un període de plasticitat i vulnerabilitat a l'estrès que podria, un cop tancat, no permetre, en alguns casos, restitució completa de les seqüeles encara que les circumstàncies de l'entorn del nen es resolguin completament (Van der Veght, 2008; Rutter, 1998).

Es coneix recentment que l'exposició reiterada i precoç a traumes infantils provoca alteracions estructurals i funcionals en el cervell (en especial una reducció del volum de l'hipocamp i el còrtex prefrontal) de forma longitudinal, directament relacionades amb l'excés de producció de cortisol (Carrión i

Wong, 2012). Això determina, en nens sotmesos a maltractaments, una mala regulació emocional, impulsivitat i disfunció en funcions executives que els predisposa a altres trastorns mentals i a hàbits de vida que comporten problemes per a la salut física global.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) va establir l'avaluació de l'efecte i dels mecanismes pels quals l'estrès matern es relaciona amb el desenvolupament i la gravetat de diferents malalties en el fill com una via preferent d'investigació a partir de l'any 2006 (Landrigan *et al.*, 2006), a causa de les publicacions successives en la darrera dècada que troben un risc més elevat d'asma (Khashan *et al.*, 2012), autisme (Ronald, Pennell i Whitehouse, 2010), TDAH, diabetis tipus 1 (Virk *et al.*, 2010), entre d'altres, en fills de mares sotmeses a fortes càrregues d'estrès durant l'embaràs, i suggereixen que el cortisol té un efecte tòxic sobre el fetus.

Per aquest motiu, les intervencions precoces són molt importants, si més no per minimitzar els danys.

# 4

## Circuits dels diferents equips i serveis

### **4.1. Circuit general per a la derivació de gestants d'alt risc des dels diferents serveis de Tarragona**

El que anomenem *circuit general* i que presentem a continuació vol representar de forma esquemàtica que la detecció d'una situació de risc per al futur nadó es pot produir en diferents punts de la xarxa de serveis, ja siguin socials o sanitaris, i que la iniciativa pot partir de la futura mare, del seu entorn o dels diferents professionals amb qui es pot trobar. Sigui com sigui, a partir d'aquesta detecció s'inicia un procediment per valorar el risc de la situació i prendre les mesures adients amb la derivació als serveis corresponents.

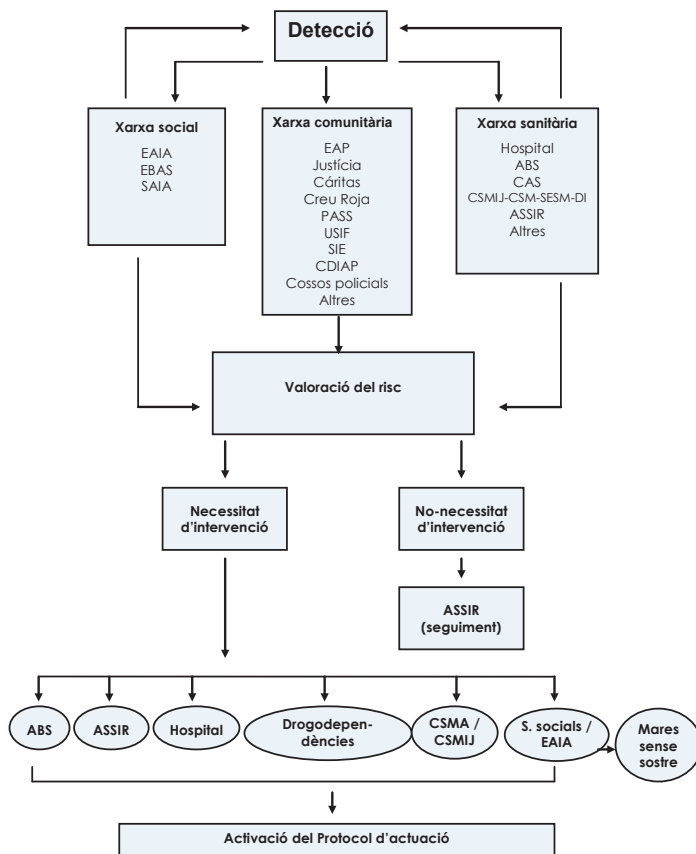
Els professionals d'aquests serveis són qui valoren la situació de risc per al futur nadó i determinen si cal posar en marxa el protocol intern de cada servei per donar-li l'atenció i la protecció necessàries.

Els equips i els serveis que participen en la confecció d'aquest document són els que integren aquest circuit general i a partir del qual es descriuen detalladament els circuits específics de cadascun:

- 4.1. Circuit general per a la derivació de gestants d'alt risc des dels diferents serveis de Tarragona.
- 4.2. Circuit obstètric per a la derivació de gestants d'alt risc en l'àmbit sanitari.
- 4.3. Circuit d'actuació davant de gestants en risc social en l'atenció primària de salut.
- 4.4. Circuit d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR).
- 4.5. Circuit per a la derivació de gestants d'alt risc des del CAS de drogodependències de Tarragona.
- 4.6. Circuit per a la derivació de gestants d'alt risc des del CSMA/CSMIJ/SESM-DI de Tarragona.
- 4.7. Circuit per a la derivació de gestants d'alt risc des dels serveis socials.



## Circuit general per a la derivació de gestants d'alt risc des dels diferents serveis del Tarragonès



## 4.2. Circuit obstètric per a la derivació de gestants d'alt risc en l'àmbit sanitari

### 4.2.1. Àmbits hospitalaris

En el circuit de derivació de gestants d'alt risc estan implicats l'Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona i l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona:

- L'Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona forma part de la Xarxa hospitalària pública de l'ICS i està acreditat com a centre de tercer nivell assistencial. És, per tant, el centre de referència de l'ICS del Camp de Tarragona.

- L'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla és un hospital general de grau mitjà que forma part del Consorci de Serveis Bàsics de Salut de la Xarxa sanitària i social de Santa Tecla (agrupació de diferents centres sanitaris i socials, repartits per les comarques del Tarragonès i el Baix Penedès).

### **Equips i serveis implicats directament**

- **Unitat de Treball Social** (Hospital Universitari Joan XXIII i Hospital de Sant Pau i Santa Tecla)
- **Servei de Ginecologia i Obstetrícia**
  - Urgències de Ginecologia i Obstetrícia (Hospital Universitari Joan XXIII)
  - Urgències (Hospital de Sant Pau i Santa Tecla)
  - Consulta d'Alt Risc Obstètric (ARO) (Hospital Universitari Joan XXIII)
  - Consultes de Patologia Obstètrica (Hospital de Sant Pau i Santa Tecla)
  - Sala de Parts (Hospital Universitari Joan XXIII i Hospital de Sant Pau i Santa Tecla)
  - Planta de Maternitat (Hospital Universitari Joan XXIII i Hospital de Sant Pau i Santa Tecla)
- **Servei de Pediatria**
  - Unitat de Cures Intensives i de Cures Intermèdies del Servei de Pediatria de l'Hospital Universitari Joan XXIII

### **Unitat de Treball Social**

Es disposa de treballadors socials per atendre els problemes socials o familiars derivats de l'estada hospitalària. La tasca dels professionals d'aquesta unitat és col·laborar amb l'equip assistencial d'hospitalització, urgències, ARO i consultes externes, per tal d'afavorir l'atenció integral als pacients i a les famílies.

És un servei especialitzat d'atenció individual i familiar que atén una població que té per denominador comú la malaltia o el procés de salut i les conseqüències que se'n poden derivar, per tal de contribuir a la millora de la qualitat de vida, d'acord amb la legislació vigent en matèria de salut i serveis socials i protecció de dades.

Competències:

- Detecció i actuació en situacions de risc en l'àmbit hospitalari.
- Valoració de la situació sociofamiliar dels pacients i diagnòstic social.
- Mediació familiar.
- Gestió i tramitació de recursos socials.
- Coordinació i derivació a serveis d'atenció primària i especialitzada que afavoreixin la continuïtat assistencial al territori.
- Establiment, coordinació i optimització dels recursos externs.
- Elaboració d'informes socials.

## **Servei de Ginecologia i Obstetrícia**

És un servei multidisciplinari que proporciona una atenció sanitària integral a la població que inclou tot l'espectre d'activitats assistencials pròpies de l'especialitat d'un hospital universitari de tercer nivell.

Les línies d'activitat assistencial són:

- Ginecologia (ginecologia bàsica, patologia de mama amb cirurgia oncoplàstica i reparadora, patologia cervical, sòl pelvià, esterilitat, programa del CMA, cirurgia de curta estada, cirurgia oncològica i cirurgia laparoscòpica i histeroscòpica).
- Medicina maternofetal (patologia materna i obstètrica, patologia fetal, diagnòstic prenatal, diagnòstic i teràpia fetal).
- Atenció al part (informació de l'atenció al part normal, l'atenció al part i l'embaràs normal, l'atenció al part de risc, l'atenció al part natural).
- És un servei docent i investigador integrat als estudis de salut pregrau i postgrau de medicina i infermeria de la URV i formació especialitzada MIR i LLIR.

## **Procediment**

És molt important la detecció precoç dels casos de risc durant la gestació, amb l'objectiu de prevenir maltractaments prenats i postnats, ja que l'estada hospitalària per a l'atenció al part i el puerperi és molt curta. La durada d'aquesta estada és, a vegades, insuficient per fer l'estudi social de la situació familiar, explorar antecedents, identificar els criteris de risc per al nadó, etc. Per això és tan important a l'hora de fer el diagnòstic social disposar d'un coneixement més ampli de dades prèvies a l'ingrés. Per aquest motiu és imprescindible la implicació de tots els professionals que fan el control i el seguiment de l'embarassada (obstetres, metges i metgesses, llevadors i llevadores, infermers i infermeres, pediatres...) per a l'aplicació d'aquest Protocol.

## **Durant la gestació**

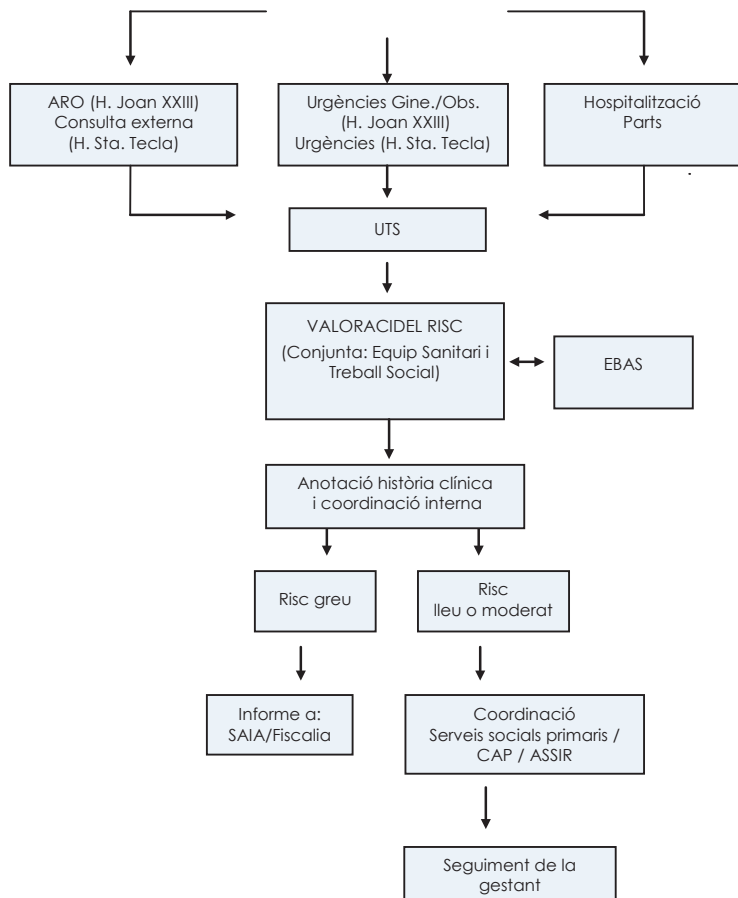
- La detecció de possibles gestants en situació de risc social durant la gestació en l'àmbit hospitalari es fa a urgències de Ginecologia i Obstetrícia, ARO i la planta de maternitat.
- S'atenen a la consulta d'ARO totes les gestants amb risc de maltractament prenatal i les derivades de l'ASSIR, del CAS, del CSMA i de les consultes externes de l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla.
- Sempre que es detecti una possible situació de risc, s'ha de notificar a través d'una interconsulta o telefònicament a la UTS de l'hospital i s'ha d'anotar a la història clínica. Des de la UTS es fa una valoració global del cas.
- Juntament amb l'equip sanitari i el treballador de la UTS s'ha de fer la valoració de la situació social de la gestant amb l'objectiu de detectar la possible situació de risc prenatal mitjançant la coordinació amb la xarxa social i els serveis implicats.

- En els casos valorats de risc social lleu o moderat i gestació de baix risc obstètric s'ha de derivar el cas als equips d'atenció primària social (EBAS) i sanitaris (ASSIR).
- En els casos de valoració de risc social greu, el control i el seguiment de la gestació s'han de fer a la consulta d'ARO i la UTS ho ha de comunicar al SAIA, que pot determinar una retenció hospitalària del nadó, o derivar el cas a la Fiscalia de Menors.

### Durant el part i el puerperi

- Sempre que ingressi una gestant per atendre-la al part que ja hagi estat valorada amb situació de risc social, s'ha d'avisar a la UTS. També s'ha d'avisar si l'equip detecta durant aquest període signes de possible risc social en gestants no valorades durant la gestació.

### Circuit obstètric per a la derivació de gestants d'alt risc en l'àmbit sanitari



---

### **4.3. Circuit d'actuació davant de gestants en risc social en l'atenció primària de salut**

L'AP és el portal d'accés al sistema sanitari; s'integren de forma equilibrada l'atenció preventiva, l'atenció curativa, l'atenció rehabilitadora i la promoció de la salut de la comunitat, en la qual l'accessibilitat és un atribut propi i essencial de la qualitat.

L'ABS és la unitat territorial elemental on es presta l'atenció primària de salut. El CAP és l'estructura física on desenvolupa la seva tasca l'EAP.

L'EAP de salut aplica el circuit d'atenció a gestants en situació de risc social.

Qualsevol professional d'atenció primària de salut (dels àmbits mèdic, d'infermeria, d'administració i de treball social...) pot valorar i detectar situacions susceptibles d'intervenció i activar el Protocol. La valoració segueix els criteris dels indicadors de risc (vegeu l'annex).

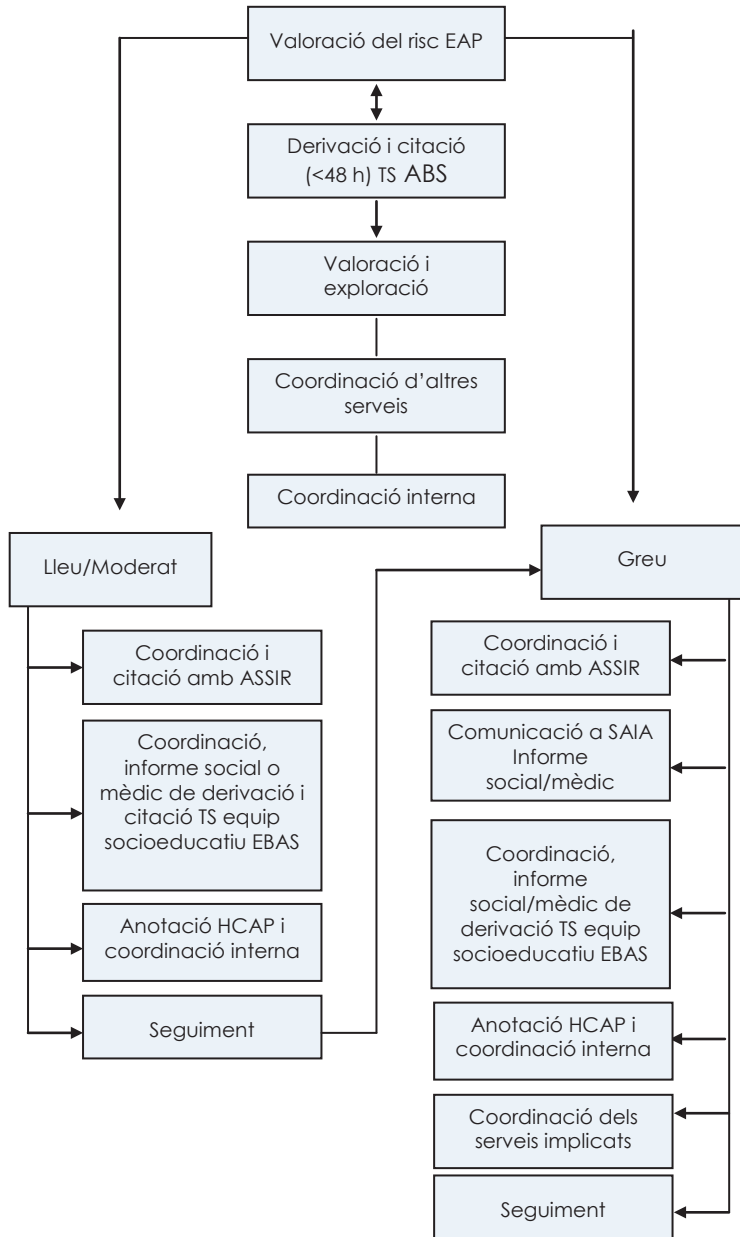
En cas que el centre disposi de treballador social (TS), aquest intervé directament i se cita en un màxim de 48 hores; si no en disposa, s'envia un correu al treballador social referent de cada centre per al suport i la coordinació, tan aviat com sigui possible (vegeu l'annex).

El treballador social fa l'estudi i el diagnòstic social, ho valora i es coordina amb altres recursos o entitats. L'EAP, de manera consensuada, decideix si el risc és lleu/moderat o greu.

Quan es valori com a lleu/moderat, el treballador social del CAP o el professional que assumeix el cas s'ha de coordinar amb l'ASSIR per posar en coneixement la situació de risc. Ha de fer un informe de derivació a l'equip socioeducatiu refent de serveis socials, anotar a la història clínica el diagnòstic corresponent i fer-ne el seguiment oportú.

Quan es valori com a greu, el treballador social del CAP o el professional que assumeix el cas s'ha de coordinar amb els serveis implicats, l'EAP i l'ASSIR (incloent-hi la citació del servei), emetre un informe social o clínic de derivació al SAIA, a l'Equip Socioeducatiu de Serveis Socials, i anotar-ho a la història clínica i fer-ne el seguiment oportú.

**Circuit d'actuació davant de gestants en risc social en l'atenció primària de salut**



---

#### **4.4. Circuit d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR)**

Els serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva atenen tots els esdeveniments fisiològics, preventius i patològics envers la salut sexual i reproductiva de les dones i famílies ubicats als centres d'atenció primària de salut.

L'ASSIR desenvolupa activitats assistencials i educatives tant en obstetrícia com en ginecologia.

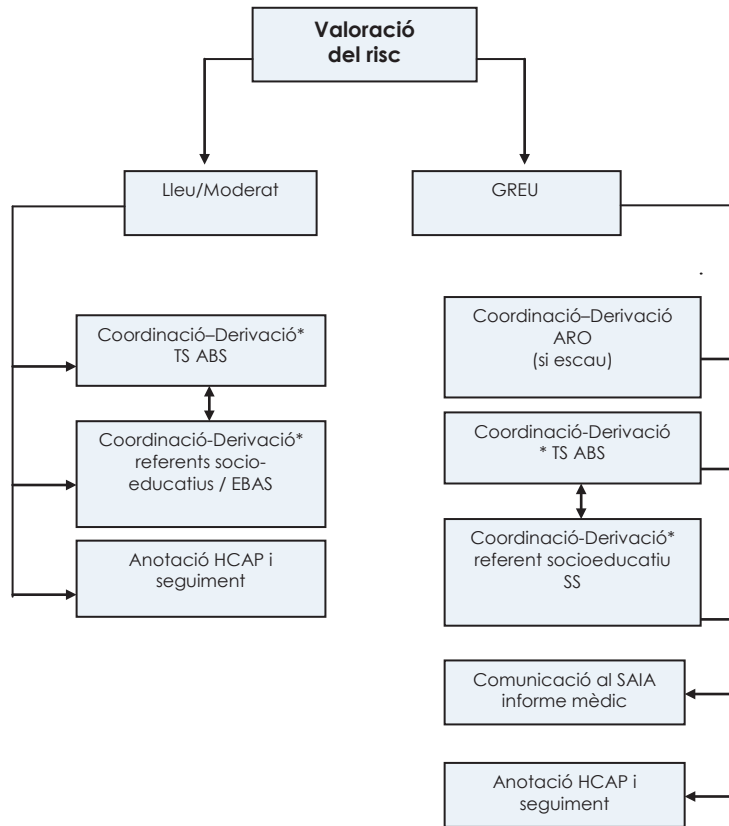
Un pas molt important de l'activitat de l'ASSIR suposa el control i el seguiment de l'embaràs, el control al puerperi i els grups d'educació sanitària (recuperació postpart, educació maternal, grups de dones i grups de suport a l'al·lactament matern).

L'embaràs suposa un període de risc important. Segons diverses estadístiques, és quan comencen moltes situacions de maltractament i violència de gènere, o s'agregen situacions de risc psicosocial.

Atès que les gestants es controlen a l'ASSIR durant tota la gestació, excloent els embarassos d'alt risc, i que la consulta a la llevadora pot detectar situacions de risc psicosocial, es considera necessari establir un circuit operatiu per a la derivació de les gestants i el seguiment dels casos.

L'equip de l'ASSIR (ginecòlegs, llevadors, psicosexòlegs i treballadors socials de referència) farà el seguiment clínic i psicosocial fins al moment del part i el postpart. S'han de comunicar els casos de gestants amb risc social lleu o moderat al treballador social de l'ABS i als referents socioeducatius, així mateix s'ha d'anotar a la història clínica d'atenció primària (HCAP) i se n'ha de fer el seguiment. Els casos de risc social greu i que a més presentin alt risc obstètric s'han de derivar a l'ARO de l'Hospital Universitari Joan XXIII. En cas que la gestant presenti risc social greu i no alt risc obstètric, s'ha de derivar amb l'informe clínic al treballador social ABS, el referent socioeducatiu i al SAIA; a més, s'ha d'anotar tot a la història clínica d'atenció primària i se n'ha de fer el seguiment.

## Protocol d'actuació davant de gestants en risc social en l'ASSIR



\*S'ha d'utilitzar un full de derivació e-cap.

### 4.5. Circuit per a la derivació de gestants d'alt risc des del CAS de drogodependències de Tarragona

#### 4.5.1. Què és el CAS de drogodependències de Tarragona?

És un centre d'atenció i seguiment dels problemes associats al consum de drogues (alcohol, tabac, cocaïna, heroïna, cànnabis...), integrat a la Xarxa d'atenció a les drogodependències de la Generalitat de Catalunya, que ofereix tractament ambulatori especialitzat en la prevenció, l'atenció, el suport i la incorporació sociolaboral dels pacients que atén.

El CAS està format per un equip de professionals de diverses disciplines: metges, psicòlegs, psiquiatres, treballadors socials, diplomats en infermeria i edu-



cadors socials. L'enfocament terapèutic es fa des d'una visió integral (biopsi-cosocial).

Atén la població més gran de 16 anys de les comarques de l'Alt Camp, el Baix Penedès i el Tarragonès.

Té com a objectius generals:

- Millorar la qualitat i l'esperança de vida de la població drogodependent de Tarragona, promovent la participació activa del mateix pacient i de la seva família.
- Establir els mecanismes i les coordinacions necessaris amb els dispositius sociosanitaris de la comunitat per tal de facilitar l'accés i la continuïtat del tractament a tota persona que ho requereixi.
- Potenciar les actuacions que afavoreixen els canvis d'hàbits i redueixen els comportaments de risc de la població drogodependent.

#### **4.5.2. Què fa?**

Aquests professionals exploren, diagnostiquen i dissenyen, en cada cas i d'acord amb els problemes que presenta la persona que acudeix a aquest servei, la modalitat de tractament més indicada, així com la utilització d'altres recursos de la Xarxa d'atenció a les drogodependències, com són les unitats de desintoxicació hospitalària, les unitats de patologia dual i les comunitats terapèutiques, i altres recursos sociocomunitaris i de prestacions públiques.

Els serveis que ofereix són:

- Tractament en alcohol, tabac, cocaïna, heroïna, psicofàrmacs, cànnabis, drogues de disseny, etc.
- Valoració del pacient des dels vessants orgànic, psicològic i social.
- Tractament mèdic.
- Tractament psicològic individual, de parella, familiar i grupal.
- Intervenció social en els àmbits familiar, judicial, laboral, econòmic i formatiu.
- Programes de reducció de danys: intercanvi de xeringues i facilitació de preservatius, prevenció de sobredosis en opiàcis i cocaïna.
- Coordinació i derivació a serveis socials i sanitaris específics.
- Derivació a recursos especialitzats en drogodependències de la resta de Catalunya (comunitats terapèutiques, pisos de reinserció, unitats hospitalàries...).
- Intervencions educatives afavoridores de la integració social.

#### **4.5.3. Protocol d'atenció a les gestants drogodependents**

El tractament d'una gestant drogodependent té unes particularitats que obliguen a aplicar un protocol d'atenció específica.

L'objectiu final del tractament és l'abstinència de tot tipus de drogues per afavorir el bon curs de l'embaràs i evitar futures malformacions congènites i altres efectes en el futur nadó, així com el seguiment de la gestació en un medi hospitalari.

Un cop s'hagi confirmat l'embaràs s'ha de fer una exploració dels factors de risc social, psicològic i mèdic a fi de programar i articular les intervencions adients que garanteixin no sols tenir cura de l'estat de la mare i del fetus durant l'embaràs, sinó també de l'atenció correcta del nadó en l'etapa postgestacional.

En el cas que la parella de la gestant també estigui en tractament al CAS, se l'inclourà en el seguiment i el control que ha de seguir.

S'ha d'oferir atenció prioritària i urgent a gestants en situació de consum de drogues.

### **Intervenció mèdica**

- Elaboració o actualització de la història clínica mèdica.
- Control i revisió del tractament farmacològic.
- Valoració del risc obstètric.
- Indicació dels controls toxicològics.
- Inclusió en el Programa de tractament amb metadona (PTM) en consumidores d'opiacis.
- Coordinació amb infermeria i el treballador o treballadora social del CAS.
- Derivació a ARO.

### **Intervenció d'infermeria**

- Determinació del test d'embaràs.
- En usuàries incloses en el PTM, coordinació amb l'equip del CAS pels problemes associats al tractament amb metadona (adequació de la dosi, vòmits, etc.).
- En usuàries del PTM, seguiment més proper de l'assistència a visites programades tant al CAS com a altres serveis on han estat derivades.
- Realització de controls toxicològics.
- Acompanyament a ARO.

### **Intervenció social**

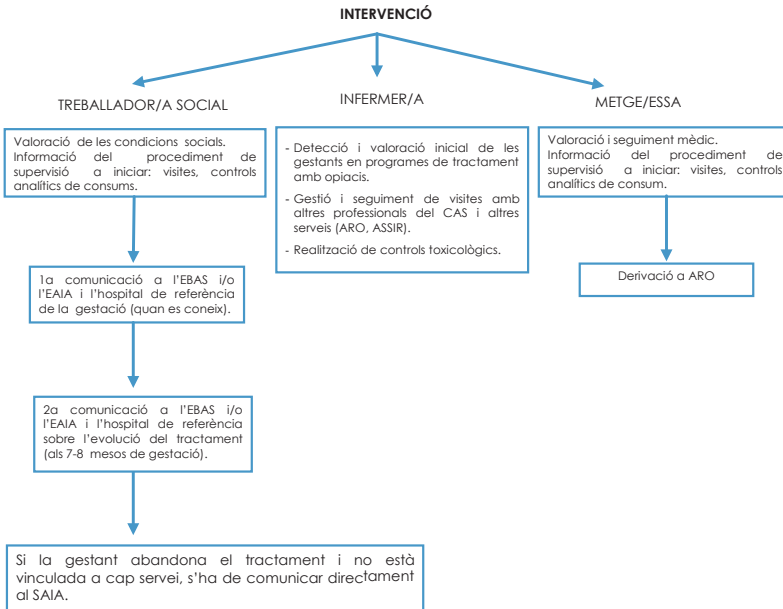
- Coordinació amb els professionals referents de la gestant (metges, psicòlegs o infermers).
- Diagnòstic de la situació social de l'entorn de la gestant i d'altres factors de risc.

- Coordinació amb els serveis socials de referència del territori (EBAS) i amb els que tinguin relació amb la gestant (unitat de treball social ABS, EAIA o UTS hospitalària).
- Elaboració d'un primer informe on s'ha de comunicar la situació de gestació de la usuària en tractament al nostre servei i la seva situació. S'ha de fer dins els tres primers mesos de gestació o quan aquesta es detecti.
- Elaboració d'un segon informe d'evolució del tractament, als set mesos de gestació, juntament amb el professional referent. S'ha d'enviar a l'EBAS (o l'EAIA) i a la UTS hospitalària on ha fet seguiment d'ARO o estigui previst el part.
- En el cas de dones sense domicili fix, i, per tant, sense EBAS de referència, es comunicarà directament al SAIA.

### Direcció CAS

- En el cas de no acudir a les visites programades amb els professionals del CAS o d'abandonament del tractament, s'ha de comunicar directament al SAIA.

### Circuit per a la derivació de gestants d'alt risc des del CAS de Tarragona



---

## **4.6. Circuit per a la derivació de gestants d'alt risc des del CSMA/CSMIJ/SESM-DI de Tarragona**

### **4.6.1. Què és el Centre de salut mental d'adults (CSMA)?**

El CSMA són serveis bàsics d'atenció ambulatoria especialitzada en atenció psiquiàtrica i salut mental, adreçats a les persones més grans de 18 anys que presenten un trastorn mental, en qualsevol de les etapes evolutives de la malaltia, que per la seva gravetat o complexitat no poden ser atesos únicament des de l'àmbit dels serveis d'atenció primària de salut.

Estan integrats dins del circuit assistencial, s'articulen amb la resta de dispositius i estableixen un sistema de coordinacions que possibiliten la continuïtat assistencial del projecte terapèutic del pacient.

#### **Objectius**

- Promoure estratègies de prevenció dels trastorns mentals en la població més gran de 18 anys, amb la participació activa dels usuaris i les famílies.
- Abordar de manera multidisciplinària els problemes de salut mental en la població més gran de 18 anys, pel que fa al diagnòstic i el tractament.
- Promoure un sistema d'atenció i uns serveis respectuosos per als usuaris i les seves famílies en relació amb les seves necessitats i curosos amb els seus drets i obligacions.
- Millorar la capacitat d'atenció dels equips d'atenció primària en les problemàtiques de salut mental, mitjançant el suport tècnic per part de l'atenció especialitzada. Igualment, afavorir l'extensió d'aquest suport a la resta d'equipaments que intervenen en els processos de salut mental.
- Disposar de mecanismes per detectar la població en risc dins del seu àmbit d'actuació.
- Garantir la continuïtat assistencial a través de la seva articulació amb la resta de serveis sanitaris i socials: treball en xarxa.

#### **Cartera de serveis**

- Activitats de detecció i abordament dels problemes de salut mental en la població, adreçades a la comunitat.
- Activitats de prevenció, sensibilització i promoció de salut adreçades a la comunitat.
- Avaluació diagnòstica psiquiàtrica.
- Psicodiagnòstic.
- Avaluació i diagnòstic social.
- Elaboració d'un projecte terapèutic individualitzat (PTI).
- Tractament psicofarmacològic.

- Tractament psicoterapèutic individual.
- Tractament psicoterapèutic grupal.
- Psicoeducació.
- Atenció a les famílies.
- Atenció d'infermeria.
- Atenció de treball social.
- Psiquiatria d'enllaç.

#### **4.6.2. Què és el Centre de salut mental infantojuvenil (CSMIJ)?**

És un servei bàsic d'atenció ambulatoria especialitzada en atenció psiquiàtrica i salut mental adreçat a les persones menors de 18 anys que presenten un trastorn mental, en qualsevol de les etapes evolutives de la malaltia, que per la seva gravetat o complexitat no pot ser atès únicament des de l'àmbit dels serveis d'atenció primària de salut.

Està integrat dins del circuit assistencial, s'articula amb la resta de dispositius i estableix un sistema de coordinacions que possibiliten la continuïtat assistencial del projecte terapèutic del pacient.

#### **Objectius**

- Donar resposta als problemes de salut mental de la població menor de 18 anys, pel que fa a prevenció, diagnòstic i tractament.
- Possibilitar la resolució terapèutica multidisciplinària.
- Donar atenció a les famílies.
- Donar suport a l'atenció primària i a la resta d'equipaments sanitaris i no sanitaris que intervenen en els processos de salut mental.
- Disposar de mecanismes per detectar la població en risc dins del seu àmbit d'actuació.
- Garantir la continuïtat assistencial a través de la seva articulació amb la resta de serveis sanitaris i no sanitaris.

#### **Cartera de serveis**

- Activitats adreçades a la comunitat per afavorir la sensibilització, la prevenció i l'abordament dels problemes de salut mental de la població.
- Diagnòstic psiquiàtric.
- Diagnòstic psicològic.
- Diagnòstic social.
- Elaboració del projecte terapèutic individualitzat (PTI).
- Tractament psicofarmacològic.

- Tractament psicoterapèutic individual.
- Tractament psicoterapèutic grupal.
- Atenció a les famílies.
- Atenció del treballador o treballadora social.
- Atenció i suport als equips dels centres especials.

#### **4.6.3. Què és el Servei especialitzat en salut mental i discapacitat intel·lectual (SESM-DI)?**

És un servei bàsic d'atenció ambulatoria especialitzada en atenció psiquiàtrica i salut mental, adreçat a les persones de qualsevol edat amb discapacitat intel·lectual i que presenten un trastorn mental en qualsevol de les etapes evolutives de la malaltia, que per la seva gravetat o complexitat no poden ser atesos únicament des de l'àmbit dels serveis d'atenció primària de salut.

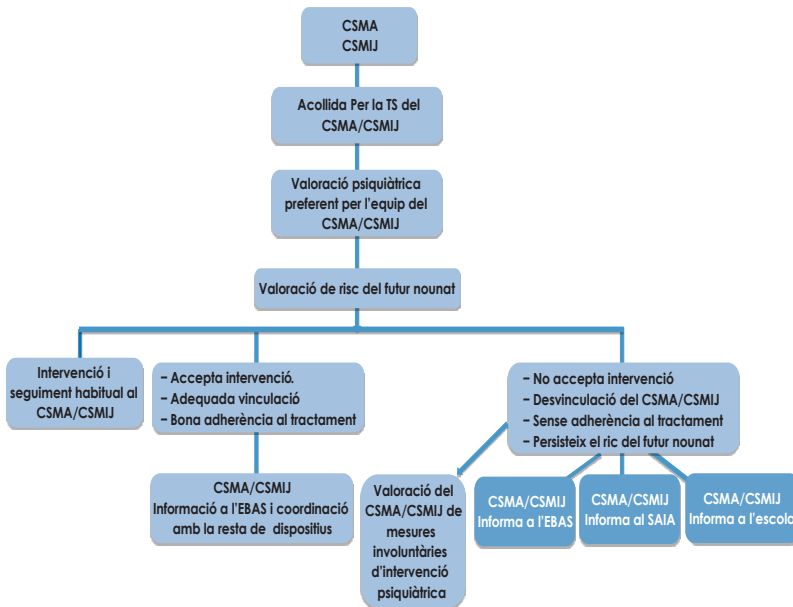
Està integrat dins del circuit assistencial, s'articula amb la resta de dispositius i estableix un sistema de coordinacions que possibiliten la continuïtat assistencial del projecte terapèutic del pacient.

Centra la seva activitat en el pacient i la família, però especialment dona suport als equips d'atenció dels centres d'educació especial i de reinserció laboral.

#### **4.6.4. Procediments des de salut mental (CSMA/CSMIJ/SESM-DI) de valoració i derivació de gestants en risc**

El procediment es troba detallat en l'esquema del circuit. Al centre, el terapeuta assignat valora el nivell psicopatològic de la gestant i el treballador social en fa una valoració social. Si es valora que hi ha risc social i es considera que es pot treballar, es coordina el cas amb els serveis socials de base i els serveis corresponents. Si hi ha risc però no es pot treballar (vegeu l'esquema) s'ha de notificar als serveis pertinents.

En les intervencions terapèutiques sobre la gestant amb trastorn mental s'ha de tenir en compte la influència d'aquest sobre el vincle i les funcions maternals, i el cas pot ser derivat a estimulació precoç quan es consideri que és un aspecte a treballar específicament i amb independència del tractament individual que rebí la mare, sempre en coordinació amb els serveis socials de base, que en coordinen les intervencions. Quan la gestant amb trastorn mental és menor d'edat, pot mantenir-se la intervenció al mateix CSMIJ un cop hagi nascut el bebè, entenent que serà focus d'intervenció el treball sobre el vincle i que en aquest cas la derivació a estimulació precoç podria constituir una duplicació d'intervencions innecessària.



## 4.7. Circuit per a la derivació de gestants d'alt risc des dels serveis socials

Els serveis socials es classifiquen en serveis socials bàsics i serveis socials especialitzats:

### 4.7.1. Serveis socials bàsics

#### A. Què són?

Els serveis socials bàsics són el primer nivell del sistema públic de serveis socials i la garantia de més proximitat als usuaris i als àmbits familiar i social.

S'organitzen territorialment i estan dotats d'un equip multidisciplinari que ha de fomentar el treball i la metodologia interdisciplinària, integrat pel personal professional necessari per al compliment de les seves funcions, amb l'estructura directiva i de suport tècnic i administratiu que s'estableixi per reglament. Els serveis socials bàsics inclouen els equips bàsics, els serveis d'ajuda a domicili i de teleassistència i els serveis d'intervenció socioeducativa no residencial per a infants i adolescents.

Els serveis socials bàsics tenen un caràcter polivalent, comunitari i preventiu per fomentar l'autonomia de les persones perquè visquin dignament, atenent les diferents situacions de necessitat en què es troben o que es puguin presen-

tar. Han de donar respostes en l'àmbit propi de la convivència i la relació dels destinataris dels serveis.

Els equips bàsics de serveis socials són de titularitat dels ens locals i depenen dels ens següents:

- L'Ajuntament de Tarragona: els EBAS de l'IMSST s'organitzen territorialment i estan ubicats a les diferents zones en què es divideix el municipi, per tal d'arribar a atendre el conjunt de la població.
- El Consell Comarcal del Tarragonès: l'Àrea Bàsica del Consell Comarcal del Tarragonès dóna cobertura als serveis socials dels municipis de la comarca i s'organitza en equips professionals que treballen en un o en diversos municipis, però donen cobertura a tota la població, fins i tot als nuclis més petits (el Morell, la Pobla de Mafumet, Vilallonga del Camp, Perafort, la Secuita, els Pallaresos, el Catllar, la Nou de Gaià, Vespella de Gaià, Salomó, la Riera de Gaià, la Pobla de Montornès, Roda de Berà, Creixell, Torredembarra, Altafulla, Renau, Constantí i Vila-seca).
- L'Ajuntament de Salou: l'Àrea Bàsica de Serveis Socials compta amb l'EBAS per donar servei al municipi.

## **B. Què fan?**

D'acord amb la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, els EBAS tenen diferents funcions, entre les quals hi ha: detectar les situacions de necessitat personal, familiar i comunitària en el seu àmbit territorial; oferir informació, orientació i assessorament a les persones amb relació als drets i els recursos socials i a les actuacions socials a què poden tenir accés; valorar i fer els diagnòstics social, socioeducatiu i sociolaboral de les situacions de necessitat social a petició de l'usuari o usuària, del seu entorn familiar, convivencial o social o d'altres serveis de la Xarxa de serveis socials d'atenció pública, d'acord amb la legislació de protecció de dades; acomplir les actuacions preventives, el tractament social o socioeducatiu i les intervencions que calguin en situacions de necessitat social i fer-ne l'avaluació; intervenir en els nuclis familiars o convivencials en situació de risc lleu o moderat (d'acord amb el que estableix l'article 102 de la Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència), especialment si hi ha infants o adolescents; prestar serveis d'ajuda a domicili, teleassistència i suport a la unitat familiar o de convivència, sens perjudici de les funcions dels serveis sanitaris a domicili; orientar sobre l'accés als serveis socials especialitzats, especialment els d'atenció diürna, tecnològica i residencial; gestionar prestacions d'urgència social; aplicar protocols de prevenció i d'atenció davant de maltractaments a persones dels col·lectius més vulnerables; coordinar-se amb els serveis socials especialitzats, amb els equips professionals dels altres sistemes de benestar social, amb les entitats del món associatiu i amb les que actuen en l'àmbit dels serveis socials, i informar a petició de jutges i fiscals sobre la situació personal i familiar de persones afectades per causes judicials.

En el cas específic d'atenció a gestants d'alt risc, aquesta acció s'inicia en el moment en què es té constància de qualsevol situació, ja sigui perquè vénen



derivades d'altres equips o serveis o pel coneixement directe des del mateix equip.

Des de l'equip o el servei de la Xarxa de serveis socials que ha tingut coneixement de la situació de risc, es fa una valoració inicial per tal de determinar quina és l'actuació més adient en cada problemàtica detectada:

**1.** Un cop es detecta o es presenta una situació de risc, es fa la primera avaluació i s'inicia una actuació a partir d'un pla d'intervenció, el qual s'ha d'intentar que sigui sempre consensuat amb la gestant o la família en cas de tractar-se d'una menor d'edat.

El pla d'intervenció queda reflectit a l'escrit i és signat per les parts. S'hi reflecteixen els recursos socials que s'utilitzaran i ha de mantenir una línia coherent amb uns objectius clars, procurant que siguin reals i factibles. Aquest pla també cal que presenti una temporització i un calendari per tal que es faci un seguiment i una avaluació dels objectius presentats, treballats i consensuats.

Cal també una coordinació constant amb els diferents serveis especialitzats amb els quals tingui relació la gestant, per tal que cadascú tingui clar què ha de fer i no duplicar tasques i cremar recursos i esforços.

L'EBAS pot comptar amb la col·laboració de l'EAIA pel que fa a la confecció i el seguiment del pla d'intervenció.

Així doncs, cal una relació àgil i fluida amb cada servei, ja que s'ha de mantenir una informació actualitzada de la situació per tal de prendre qualsevol altre tipus de mesura, en cas d'incompliment dels acords recollits al pla de treball. Per tal que el pla sigui eficaç, cal que tots el equips implicats hagin pogut participar en algun aspecte o en alguna fase d'aquest. Això fa que tothom se'l senti seu d'alguna manera.

**2.** Si durant les primeres actuacions o mentre estigui en funcionament el pla d'intervenció es valora que hi ha indicadors de risc greu o de desemparament en la gestant o per al *nasciturus*, s'han de proposar les mesures adequades mitjançant la derivació a l'EAIA.

El protocol de derivació a l'EAIA és un informe relatiu a la situació de risc greu en què es descriuen les intervencions dutes a terme, al qual s'adjunta la documentació personal i familiar i també la documentació acreditativa de gran part dels fets, actuacions o intervencions que tinguin a veure amb la situació per la qual s'ha decidit establir aquest protocol.

És per aquest motiu que també es demana la participació de la resta dels equips o serveis implicats en la confecció i l'avaluació del pla d'intervenció.

Amb tota aquesta informació, l'EAIA inicia la seva intervenció.

## 4.7.2. Equips d'atenció a la infància i l'adolescència (EAIA)

### A. Què són?

Els equips d'atenció a la infància i l'adolescència (en risc greu o en desemparament) són equips interdisciplinaris constituïts per psicòlegs, pedagogs, treballadors socials, educadors socials, més el suport administratiu i d'assessorament jurídic.

L'EAIA municipal de Tarragona depèn orgànicament de l'IMSST (Ajuntament de Tarragona)<sup>8</sup> i funcionalment del SAIA (Departament de Benestar Social i Família).

Actualment l'EAIA municipal de Tarragona compta amb dos equips: l'equip de diagnòstic i l'equip de seguiment.

L'EAIA del Tarragonès disposa de dos equips professionals que donen cobertura a tots els municipis del Tarragonès excepte a Tarragona ciutat. Depèn orgànicament del Consell Comarcal del Tarragonès i funcionalment del SAIA de Tarragona.

Els EAIA tenen quatre funcions bàsiques:

- Funció de suport comunitari.
- Funció de col·laboració institucional.
- Funció de suport a professionals.
- Funció d'atenció Individualitzada:
  - Recepció de casos de risc greu derivats de l'EBAS, el SAIA o els jutjats.
  - Diagnòstic i valoració (síntesi avaluativa) dels infants i les seves famílies en situació de risc greu, des de la triple vessant.
  - Emissió de propostes administratives: guardes i tuteles i propostes de protecció (centres, famílies, adopcions...).
  - Seguiment:
    - Elaboració de plans de millora per a les famílies.
    - Seguiment dels infants (en aquest cas dels nadons o de les mares gestants) i de l'evolució de les famílies.

### B. Què fan?

Avaluen les situacions dels infants o adolescents i les seves famílies i, en funció del diagnòstic interdisciplinari, valoren si:

- La situació pot ser treballada i continguda en el medi (mitjançant els recursos existents). Aquesta opció requereix la col·laboració de la família. La responsabilitat és de l'EBAS.

<sup>8</sup> Hi ha dos tipus de dependència orgànica dels EAIA: els municipals i els comarcals o supracomarcals (consells comarcals).

- La situació no es pot abordar en el medi. Es considera que la situació dels infants és d'alt risc per:
  - Manca de voluntat dels pares.
  - Incapacitat manifesta dels progenitors.
  - Maltractaments greus.
  - Abusos sexuals.
  - ...

Els EAIA proposen mesures (administratives i de protecció):

Quan els serveis socials ja han intentat contenir el cas en el medi i no han reeixit les intervencions que s'han portat a terme, han elaborat diferents plans d'intervenció amb els progenitors i s'han coordinat amb els diferents equips o serveis implicats per poder donar suport (principalment en relació amb la mare gestant de risc i el pare), si els progenitors no canvien la situació, aleshores deriven el cas a l'EAIA, al SAIA i/o ho comuniquen a Fiscalia.

Els EAIA poden fer un pla de millora des que la mare està gestant, i avisar-la dels perills de no tenir cura del seu estat i les repercussions que pot tenir de cara al *nasciturus*. S'informa els progenitors que si segueixen les instruccions i es deixen ajudar, així com si compleixen uns objectius marcats (en el pla de millora), el nomenat pot continuar amb ells amb els suports socials i dels diferents equips implicats. En cas contrari, l'EAIA pot sol·licitar al SAIA la retenció hospitalària i que es posin en funcionament les mesures de protecció a la infància que preveu la llei vigent.

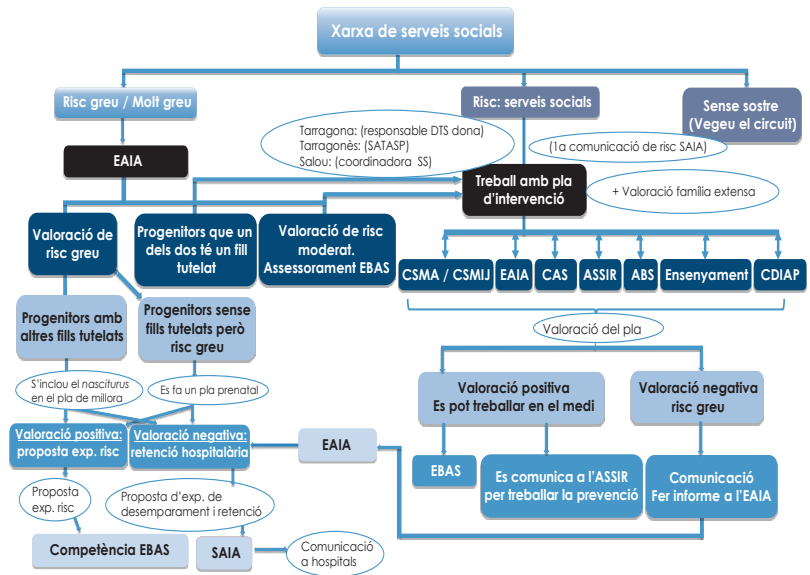
El maltractament prenatal està tipificat com a tal, per tant, s'han de comunicar als pares les mesures que es poden proposar i executar-les.

#### **4.7.3. Procediment del Protocol**

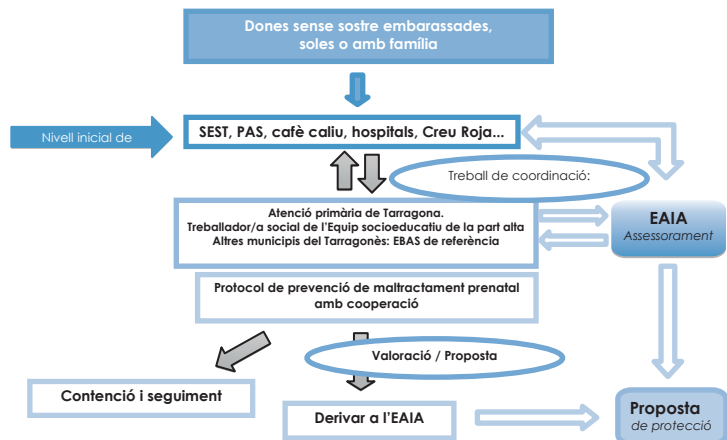
A continuació presentem els dos circuits:

- a) Ordinari, en els casos de risc de mares gestants.
- b) Les mares gestants sense sostre que no pertanyen a cap municipi.

## Circuit per a la derivació de gestants en risc o en risc greu des dels serveis socials o EAIA



## Circuit per a dones sense sostre embarassades, soles o amb família



## Altres programes i serveis de prevenció i tractament

### 5.1. Els centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP)

Els CDIAP són centres que garanteixen l'atenció pública a tot Catalunya i que depenen del Departament de Benestar Social i Família. Estan formats per equips interdisciplinaris especialitzats en el desenvolupament infantil. Integren com a mínim les disciplines de fisioteràpia, logopèdia, medicina, psicologia i treball social.

L'atenció precoç és un conjunt d'actuacions que es considera com un dret subjectiu dels infants amb trastorns del desenvolupament infantil o risc de patir-ne, des del moment de la concepció fins que compleixin els sis anys.

L'objectiu de l'atenció precoç és prevenir, detectar i atendre, al més aviat possible, situacions que poden originar dificultats, problemes o trastorns en el desenvolupament de l'infant.

Per tal d'assolir l'objectiu de l'atenció precoç, els CDIAP desenvolupen, entre altres, els serveis següents:

- Valoració del desenvolupament de l'infant, mitjançant el diagnòstic interdisciplinari, funcional, sindròmic i etiològic de la situació familiar i de l'entorn.
- Orientació i suport a la família.
- Atenció terapèutica interdisciplinària a l'infant i al seu entorn immediat de manera ambulatoria i periòdica.
- Seguiment de l'evolució de l'infant.
- Suport en el procés d'integració socioeducativa.
- Coordinació amb els diferents centres i serveis d'atenció primària de la comunitat (serveis sanitaris, educatius, socials, de justícia i altres) de la zona d'influència.
- Programes de sensibilització, prevenció i detecció en els àmbits que tenen cura de la primera infància.
- Participació en programes de promoció de la salut integral de l'infant.
- Activitats de formació, docència i recerca.

L'atenció precoç està sectoritzada, i a la comarca del Tarragonès hi ha dos CDIAP:

1. CDIAP Santa Tecla, al qual correspon l'atenció de la zona centre.
2. CDIAP d'Ona, que atén els barris i municipis del Tarragonès.

La derivació al CDIAP es pot fer des de l'àmbit mèdic (hospital, pediatra, CS-MIJ, etc.), educatiu (EAP, escoles, llars d'infants), social (EBAS, EAIA, centres d'acollida, treballadors socials), des d'un altre CDIAP o per iniciativa pròpia. La demanda la fa sempre la família.

---

## **5.2. Servei d'Intervenció Especialitzada (SIE)**

El SIE és un servei públic especialitzat, de caràcter supramunicipal, que atén la població de tot el Camp de Tarragona. Ofereix atenció i recuperació a totes les dones i els seus fills i filles afectats per processos de violència masclista per tal de facilitar la reparació del dany patit, tot proporcionant-los una atenció de qualitat i amb calidesa. El SIE està emmarcat com a servei especialitzat per la Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.

### **Els àmbits d'intervenció**

- Violència en les relacions de parella.
- Agressions sexuals.
- Assetjament sexual i moral en els àmbits públics i privats.
- Pràctiques tradicionals i convencionals perjudicials per a la salut i la sexualitat de les nenes i les dones.
- Explotació sexual.
- Dones en processos de victimització per altres causes (personals, socials i polítiques).

### **Objectius concrets pel que fa a l'atenció**

1. Proporcionar atenció social i terapèutica especialitzada i contínua en relació amb el procés de violència viscut.
2. Adequar el model d'intervenció social, legal i terapèutic al procés de les dones que pateixen o han patit violència (tant per a les dones com per als infants).
3. Treballar coordinadament amb serveis externs, atenent el procés específic de cadascuna de les dones i els seus fills i filles.

Un altre objectiu del Servei és potenciar els programes específics i integrals de prevenció, sensibilització i implicació comunitària.

## **Intervenció des del Servei**

Al SIE no s'atenen urgències. Es treballa per a la conscienciació de la dona de la violència patida i l'acompanyament en el procés de presa de decisions.

En el cas de detectar-se una situació urgent (on és necessari un acolliment per a la dona i les seves filles i fills), ja sigui per part d'una de les usuàries del servei com per dones que fan aquesta primera demanda al SIE, es deriva als serveis del territori que atenen aquestes urgències, per activar el protocol d'urgències que s'utilitzi en cada comarca.

En cas de detectar-se una situació de risc per a la infància, s'han d'activar els protocols existents.

## **Circuit d'actuació**

La demanda es pot rebre per accés directe, la dona no ve derivada per altres serveis, o via derivació. Si és un professional extern qui deriva, es demana un informe de derivació.

La demanda es canalitza a través dels professionals d'acollida (el treballador social i els educadors socials). Com a criteri, en general, es procura que aquesta primera atenció es faci dins dels cinc primers dies laborals en què la dona fa la demanda.

Un cop feta la valoració inicial, tenint en compte la voluntat de la dona, la necessitat i l'adequació de la intervenció al moment de la dona i dels seus fills i filles, poden intervenir a demanda de la dona altres professionals del SIE per treballar la recuperació de la situació de violència viscuda (psicòleg de dones, psicòleg infantil, educadors socials, treballador social, tècnic d'inserció laboral, advocat). La intervenció en les dones i en els seus fills i filles pot ser individual o grupal.

Tanmateix, si es considera convenient, es fa un treball conjunt coordinat amb altres serveis de la xarxa d'atenció, CSMA, CSMIJ, EBAS...

# 6

## Línies d'intervenció futures

---

- A partir d'ara es valora sistematitzar i documentar les actuacions de cada cas: fer-ne el registre i aplicar la graella d'indicadors, i descriure les actuacions que es fan.
- Treballar des de la CTIC casos diana que per la seva complexitat requereixen el debat, l'estudi i la valoració dels diferents membres de la CTIC.
- Avaluar i, si escau, millorar la temporització de la intervenció.
- Prevenir embarassos de risc.
- Crear una graella de factors de protecció.
- Noves línies de prevenció.



## Bibliografia

BECK, J. C. [et al.]. "Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women". *J. Psychiatry* 1987; 144:1474-1476.

BRYER, J. B.; NELSON, B. A.; MILLER, J. B. [et al.]. "Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness". *J. Psychiatry* 1984; 142:1426-1430.  
 Davidson, J. R. T. [et al.]. "Traumatic experiences in psychiatric patients". *J. Trauma Stress* 1990; 3:459-475.

CALVO BOTELLA, Helena. "Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas". *Adicciones*, 2004, 16 (4).

CARRIÓN, V. G.; WONG, S. S. (2012). "Can traumatic stress alter the brain? Understanding the implications of early trauma on brain development and learning". *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 2012, 51(2 suppl.), S23-8.

"Early Childhood Adversities and Trajectories of Psychiatric Problems in Adoptees: Evidence for Long Lasting Effects". Esther, J. M. van der Vegt; Jan van der Ende; Robert F. Ferdinand; Frank C. Verhulst; Henning Tiemeier. *J. Abnorm. Child Psychol* DOI 10.1007/s10802-008-9272-2.

FARAVELLI, C. [et al.]. "Prevalence of traumatic early life events in 31 agoraphobic patients with panic attacks". *J. Psychiatry* 1985; 142:1493-1494.

FELITTI, V. J.; ANDA, R. F.; NORDENBERG, D.; WILLIAMSON, D. F.; SPITZ, A.; EDWARDS, V.; KOSS, M.; MARKS, J. S. "Relation of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study". *J. Perv. Med.* 1998; 14(4).

FONTENELLE, L. F.; DOMINGUES, A. M.; SOUZA, W. F.; MENDLOWICZ, M. V.; DE MENEZES, G. B.; GIGUEIRA, I. L.; VERSIANI, M. "History of trauma and dissociative symptoms among patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder". *Psiquiatr. Q.* 2007.

GARCÍA DEL RÍO, M.; LASTRA SÁNCHEZ, G.; MEDINA SOTO, A.; MARTÍNEZ LEÓN, M.; LUCENA TRAVÉ, J.; MARTÍNEZ VALVERDE, A. "Enfoque diagnóstico-terapéutico del hijo de madre drogadicta: protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría". *Neonatología*. 2002;15.

GLASER, D. "Child abuse and neglect and the brain: a review". *J. Child Psychol Psychiatry*, vol. 41, 2000, núm. 1, p. 97-116.

GONZÁLEZ NIETO, T. [et al.]. "Protocol de seguiment de l'embarassada en risc sociofamiliar en un hospital". *Revista de Treball Social*. Barcelona, 2007; 181: 80-88.

HERMAN, J. L. [et al.]. "Childhood trauma in borderline personality disorder". *J. Psychiatry* 1989;146: 490-495ç.

KHASHAN, A. S.; WICKS, S.; DALMAN, C.; HENRIKSEN, T. B.; LI, J.; MORTENSEN, P. B. [et al.]. "Prenatal stress and risk of asthma hospitalization in the offspring: A swedish population-based study". *Psychosomatic Medicine*, 74, 2012, (6), p. 635-641.

LANDRIGAN, P. J.; TRASANDE, L.; THORPE, L. E.; GWYNN, C.; LIOY, P. J.; D'ALTON, M. E. [et al.]. "The national children's study: A 21-year prospective study of 100,000 american children". *Pediatrics*, 118, 2006, (5), 2173-2186.

LUGONES BOTELL, Miguel; ISRAEL LÓPEZ, José. "Cocaína: complicaciones obstétricas, médicas y perinatales. Características clínicas y tratamiento a estas pacientes". *Revista Cubana de Medicina General Integre*, 2005; 21: 3-4.

MENA, M.; NAVARRETE, P.; COVALÁN, S.; BEDREGAL, P. "Drogadicción embriofetal por abuso de pasta base de cocaína". *Revista médica de Chile*. 2000;128(10).

PEREIRA SOLLA, J. J.; GUIMARAES PEREIRA, R.; MEDINA, M. G.; PINTO, L.; MOTA, E. "Análisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nacer". Salvador, Bahia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 10.1590/S1020-49891997000700001.

RONALD, A.; PENNELL, C. E.; WHITEHOUSE, A. J. "Prenatal maternal stress associated with ADHD and autistic traits in early childhood". *Frontiers in Psychology*, 2010, 1, 223.

RUTTER, M.; "The ERA Study Team". *Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation*. 1998.

TEICHER, M. H.; ANDERSEN, S. L.; POLCARI, A.; ANDERSON, C. M.; NAVALTA, C.P.; KIM, D. M. "The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment". *Neuroscience and behavioural reviews* 27, 2003: 33-44.

TEICHER, M. H.; GLOD, C. A.; SURREY, J.; SWETT, Ch. "Early Childhood abuse and Limbic System ratings in Adult Psychiatric Outpatients". *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 1993; 5: p. 301-306.

TEICHER, M. H.; SAMNISON, J. A.; POLCARI, A.; MCGREENERY, C. E. "Stick, stones and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment". *J. Psychiatry* 2006; 163: 993-1000.

VIRK, J.; LI, J.; VESTERGAARD, M.; OBEL, C.; LU, M.; OLSEN, J. (2010). "Early life disease programming during the preconception and prenatal period: Making the link between stressful life events and type-1 diabetes". *PLoS One*, 5(7), 2010, e11523.

VIVIANA AGUIRRE, C. "Tabaquismo durante el embarazo: efectos en la salud respiratoria infantil". *Revista Chilena*, 2007; 23 (3): p. 173-178.

WILBUR, C. B. [et al.]. "Multiple personality and child abuse". *Psychiatr Clin North*. 1984; 7:3-8.

### **Bibliografía web** (visionades el 2015)

Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. *Diari oficial de la Generalitat de Catalunya*. (18.10.2007) Núm. 4990, p. 37788. <http://www.gencat.cat/diari/4990/07284064.htm>.

BABYCENTRE. *Drogas ilegales durante el embarazo*.

[http://espanol.babycenter.com/pregnancy/embarazo\\_seguro/quimicos-riesgos/drogas\\_ilegales/](http://espanol.babycenter.com/pregnancy/embarazo_seguro/quimicos-riesgos/drogas_ilegales/).

BABYCENTRE. *¿Puedo tomar alcohol durante el embarazo?*

[http://espanol.babycenter.com/pregnancy/embarazo\\_seguro/alimentos-bebidas/alcohol/](http://espanol.babycenter.com/pregnancy/embarazo_seguro/alimentos-bebidas/alcohol/).

MARCH OF DIMES. *Luchemos contra el nacimiento prematuro*. [http://www.nacersano.org/centro/9388\\_10230.asp](http://www.nacersano.org/centro/9388_10230.asp).

GUTIÉRREZ MACHADO, Yulier. *El embarazo en la adolescencia*.

<http://www.monografias.com/trabajos58/embarazo-adolescencia/embarazo-adolescencia.shtml>.

BLOGY: SALUD. *Problemas mentales en el embarazo* (2015). <http://www.blogysalud.com/salud/06595/embarazo/problemas/mentales>.



---

## Annexos

1. Comunicació al Jutjat/Fiscalia de la situació d'un *nasciturus* en risc
2. Glossari
3. Identificació dels equips i serveis implicats en el Protocol
4. Graella d'indicadors de risc

---

**Annex 1. Comunicació al Jutjat/Fiscalia de la situació d'un *nasciturus* en risc**

**Informació emesa per:** (equip que informa) \_\_\_\_\_

**Breu situació familiar (i genograma de la mare):**

**Antecedents de la mare i seguiment del cas:** (expliqueu què coneixeu del cas i el motiu principal del risc) \_\_\_\_\_

**Indicadors de risc i motius de la comunicació:** (poseu breument els indicadors de risc de la mare gestant) \_\_\_\_\_

• Mare que \_\_\_\_\_

• Mare \_\_\_\_\_

• Mare \_\_\_\_\_

**Situació de risc (conclusió breu: antecedents de la mare i seguiment del cas, gestions fetes):** (expliqueu breument els intents amb la mare) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Equips implicats** (només anomeneu-los), **possibles testimonis** (aliens a l'equip) **i documentació adjunta a aquesta comunicació** (numerada: informes, citacions, compareixences de tots els equips implicats): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Signatura

Data: \_\_\_\_\_

**Aquesta informació també s'ha enviat a** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## Annex 2. Glossari

<b>ABS</b>	Àrea bàsica de salut (Departament de Salut)
<b>ARO</b>	Alt risc obstètric (Departament de Salut)
<b>ASSIR</b>	Atenció a la salut sexual i reproductiva (Departament de Salut)
<b>CAD</b>	Centre d'atenció al discapacitat (Departament de Benestar Social i Família)
<b>CAP</b>	Centre d'atenció primària (Departament de Salut)
<b>CAS</b>	Centre d'atenció i seguiment de les drogodependències (Departament de Salut)
<b>CDIAP</b>	Centre de desenvolupament infantil i atenció precoç (Departament de Benestar Social i Família)
<b>CSMA</b>	Centre de salut mental d'adults (Departament de Salut)
<b>CSMIJ</b>	Centre de salut mental infantojuvenil (Departament de Salut)
<b>DGAIA</b>	Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (Departament de Benestar Social i Família)
<b>EAIA</b>	Equip d'atenció a la infància i l'adolescència (Departament de Benestar Social i Família / Ajuntament o Consell Comarcal)
<b>EAP</b>	Equip d'assessorament i orientació psicopedagògica (Departament d'Ensenyament) Equip d'atenció primària (Departament de Salut)
<b>EBAS</b>	Equip bàsic d'atenció social (IMSS de l'Ajuntament de Tarragona i el Consell Comarcal del Tarragonès)
<b>EVAMI</b>	Equip de valoració de maltractaments infantils (Departament de Benestar Social i Família)
<b>ICS</b>	Institut Català de la Salut (Departament de Salut)
<b>IMSST</b>	Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona (Ajuntament de Tarragona).
<b>PASS</b>	Servei d'Atenció de Persones sense Sostre (Departament de Salut).
<b>SAIA</b>	Servei d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (Departament de Benestar Social i Família)
<b>SESM-DI</b>	Servei especialitzat en salut mental i discapacitat intel·lectual (Departament de Salut)
<b>SIE</b>	Servei d'Intervenció Especialitzada (Departament de Benestar Social i Família)
<b>SIFE</b>	Servei d'Integració en Família Extensa (Conveni de l'Ajuntament de Tarragona amb la Xarxa Santa Tecla)
<b>USIF</b>	Unitat de Suport Individual i Familiar (Ajuntament de Tarragona)
<b>UTS</b>	Unitat de treball social

## Annex 3. Identificació dels equips i serveis implicats en el Protocol

### A. Serveis territorials de Benestar Social i Família

#### A.1. SAIA

Centre/Servei	Ubicació	Contacte
<b>SAIA</b>	Av. del Principat d'Andorra, 7 bis, local 3 43002 TARRAGONA	Tel. 977 251 986 Fax 977 241 176 gbrull@gencat.cat
<b>CAD</b>	Av. del Principat d'Andorra, 9, baixos 43002 TARRAGONA	Tel. 977 213 471 Fax 977 221 339 vcnadell@gencat.cat

#### A.2. Centres d'estimulació precoç

Centre/Servei	Ubicació	Contacte
<b>CDIAP Sta. Tecla</b> (atén la zona del centre de Tarragona)	Av. de Catalunya, 44, baixos 43002 TARRAGONA	Tel. 977 23 75 75 cdiapsantatecla@xarxatecla.cat
<b>CDIAP Ona</b> (atén els barris i municipis del Tarragonès)	Av. de Roma, núm. 17, 1r, 1a 43005 TARRAGONA	Tel. 977 235 135 Fax 977 240 101 centre@onacdiap.net

#### A.3. Servei d'Intervenció Especialitzada (en casos de violència masclista)

Centre/Servei	Ubicació	Contacte
<b>SIE Tarragona</b>	C/ Cristòfor Colom, 28, 1r 43001 TARRAGONA	Tel. 977 920 406 Fax 977 920 405 sieta.bsf@gencat.cat

### B. Xarxa de serveis socials

#### B.1. Xarxa de serveis socials de l'IMSST

Centre/Servei	Ubicació	Contacte
<b>IMSST</b> Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona	"La Torreforta" C. Francolí, 65-67 43006 TARRAGONA	Tel. 977 550 086 Fax 977 550 072 imsst@tarragona.cat
<b>EAIA Municipal</b> Equip d'atenció a la infància i l'adolescència	C. del Riu Llobregat, s/n (Llar d'Infants Municipal "La Taronja"). 43006 TARRAGONA	Tel. 977 550 220 Fax 977 550 892 cgrandio@tinet.org eaia.municipal@tarragona.cat
<b>USIF</b> Unitat de suport individual i familiar	Centre Cívic de Torreforta Pl. del Tarragonès, s/n 43006 TARRAGONA	Tel. 977 550 229 - 977 550 235 Fax 977 550 072 usif@tarragona.cat



## Centres de serveis socials

Centre/Servei	Ubicació	Contacte
<b>EBAS Part Alta</b>	Rambla Vella, 7, 1r pis 43003 TARRAGONA	Tel. 977 521 166 Fax 977 550 072 css.partalta@tarragona.cat
<b>EBAS Part Baixa</b>	C. de la Misericòrdia, 14, baixos 43004 TARRAGONA	Tel. 977 245 968 Fax 977 550 072 css.partbaixa@tarragona.cat
<b>EBAS Ponent</b> Bonavista Campclar Torreforta	C. Gaià, 11-13, baixos 43006 TARRAGONA	Tel. 977 551 361 css.ponent@tarragona.cat
<b>EBAS Torreforta</b> (1a acollida)	C. Gaià, 11-13, baixos 43006 TARRAGONA	Tel. 977 551 361 css.ponent@tarragona.cat
<b>EBAS Campclar</b> (1a acollida)	C. del Riu Onyar, s/n 43006 TARRAGONA	Tel. 977 550 031 Fax 977 550 072 css.ponent@tarragona.cat
<b>EBAS Bonavista</b> (1a acollida)	Centre Cívic Bonavista C. Onze, 13 43100 TARRAGONA	Tel. 977 550 231 Fax 977 550 072 css.ponent@tarragona.cat
<b>EBAS Sant Pere i Sant Pau</b>	Centre Cívic Sant Pere i Sant Pau C. de l'Institut, s/n 43007 TARRAGONA	Tel. 977 200 394 Fax 977 550 072 css.santpereichantpau@tarragona.cat
<b>EBAS Sant Salvador</b>	Centre Cívic Sant Salvador Av. dels Pins, s/n 43130 TARRAGONA	Tel. 977 521 166 Fax 977 550 072 css.santsalvador@tarragona.cat

## B.2. Xarxa de serveis socials del Consell Comarcal del Tarragonès

Centre/Servei	Ubicació	Contacte
<b>Àrea Bàsica de Serveis Socials - Servei Central. Coordinació i SATASP</b>	Consell Comarcal del Tarragonès C. de les Coques, 3 43003 TARRAGONA	Tel. 977 244 500 Fax 977 212 457 atencioprimaria@tarragones.cat
<b>EBAS Francolí</b> El Morell La Pobla de Mafumet Vilallonga del Camp	Ajuntament del Morell Ajuntament de la Pobla de Mafumet Ajuntament de Vilallonga del Camp	Tel. 977 840 617 Tel. 977 840 260 Tel. 977 840 101 Fax 977 212 457 atencioprimaria@tarragones.cat
<b>EBAS Constantí</b>	C. Sant Pere, 49 43120 CONSTANTÍ	Tel. 977 524 036 Fax 977 524 229 ss.constanti@altanet.org
<b>EBAS Vila-seca</b> Vila-seca La Plana La Pineda	Ajuntament de Vila-seca La Plana La Pineda	Tel. 977 390 024 Tel. 977 395 254 Tel. 977 373 085 Fax 977 212 457 atencioprimaria@tarragones.cat

<b>Centre/Servei</b>	<b>Ubicació</b>	<b>Contacte</b>
<b>EBAS La Canonja</b>	Centre Cívic La Canonja Pl. de Catalunya, s/n 43110 LA CANONJA	Tel. 977 546 100 ssocials@lacaonja.cat
<b>EBAS Torredembarra</b>	Cró. Sant Antoni, 3-5, 2n 43830 TORREDEMBARRA	Tel. 977 644 422 Fax 977 643 327 ebaspo1@tarragones.org
<b>EBAS Tarragonès 1</b> El Catllar Els Pallaresos La Secuita Perafort Renau	Ajuntament del Catllar Ajuntament dels Pallaresos Ajuntament de la Secuita Ajuntament de Perafort Ajuntament de Renau	Tel. 977 653 687 Tel. 977 610 600 Tel. 977 611 159 Tel. 977 625 076 Tel. 977 620 532 Fax 977 212 457 atencioprimaria@tarragones.cat
<b>EBAS Tarragonès 2</b> Altafulla La Riera de Gaià La Nou de Gaià Vespella de Gaià Salomó La Pobla de Montornès	Ajuntament d'Altafulla Ajuntament de la Riera de Gaià Ajuntament de la Nou de Gaià Ajuntament de Vespella de Gaià Ajuntament de Salomó Ajuntament de la Pobla de Montornès	Tel. 977 650 008 Tel. 977 655 555 Tel. 977 655 257 Tel. 977 655 288 Tel. 977 629 030 Tel. 977 648 012 Fax 977 212 457 atencioprimaria@tarragones.cat
<b>EBAS Tarragonès 3</b> Creixell Roda de Berà	Ajuntament de Creixell Ajuntament de Roda de Berà	Tel. 977 803 208 Tel. 977 809 338 Fax 977 212 457 atencioprimaria@tarragones.cat
<b>EAIA del Tarragonès</b>	Consell Comarcal del Tarragonès C. de les Coques, 3 43003 TARRAGONA	Tel. 977 244 500 Fax 977 212 457 eaia@tarragones.org
<b>Servei d'Atenció a la Família</b>	Consell Comarcal del Tarragonès C. de les Coques, 3 43003 TARRAGONA	Tel. 977 244 500 Fax 977 212 457 atencioprimaria@tarragones.cat
<b>Àrea bàsica de serveis socials de Salou</b> EBAS de Salou	C/ de l'Ebre, 11 A 43840 SALOU	Tel. 977 309 205 Fax 977 309 233 serveissocials@salou.cat

### C. Serveis Territorials de Justícia

<b>Centre/Servei</b>	<b>Ubicació</b>	<b>Contacte</b>
<b>Serveis Territorials de Justícia a Tarragona</b> Servei de suport a l'execució penal	C. de Sant Antoni M. Claret, 17, baixos 43002 TARRAGONA	Tel. 977 250 755 Fax 977 250 756 jordi.burcet@xij.gencat.cat

### D. Xarxa de CSMA/CSMIJ/SESM-DI

<b>Centre/Servei</b>	<b>Ubicació</b>	<b>Contacte</b>
<b>CSMA TGN NORD</b>	Av. Rovira i Virgili, 9 43002 TARRAGONA	Tel. 977 218 853 Fax 977 242 607 csmtgnanord@peremata.com

Centre/Servei	Ubicació	Contacte
<b>CSMA TGN SUD</b>	Av. Rovira i Virgili, 9 43002 TARRAGONA	Tel. 977 222 434 Fax 977 242 607 csmtgnasud@peremata.com
<b>CSMIJ TGN</b>	Av. M. Cristina, 22 43002 TARRAGONA	Tel. 977 224 005 Fax 977 223 574 csmijtгна@peremata.com
<b>SESM-DI</b>	C. Ricard Artiga i Esplugues, 3-5. Local 3 43205 REUS	Tel. 977 341 367 Fax 977 341 367 sesmdi@peremata.com

### E. EAP Tarragonès (Departament d'Ensenyament)

Centre/Servei	Ubicació	Contacte
<b>EAP Tarragonès sector A</b> Poblacions: Altafulla, el Catllar, Creixell, la Nou de Gaià, la Riera de Gaià, els Pallaresos, la Secuita, la Pobla de Montornès, Perafort, Roda de Berà, Renau, Salomó, Tarragona (nucli, Sant Pere i Sant Pau i Sant Salvador) Torredembarra, Vespella de Gaià.	Complex Educatiu de Tarragona, autovia de Salou, s/n Edifici Ramon Llull 43006 TARRAGONA	Tel. 977 922 871 e3907121@xtec.cat
<b>EAP Tarragonès Sector B</b> Poblacions: Constantí, el Morell, la Pobla de Mafumet, la Canonja, Salou, Vilallonga, Vila-seca i Tarragona barris de Ponent (Bonavista, Campclar i Torreforta).	Complex Educatiu de Tarragona, autovia de Salou, s/n Edifici Ramon Llull 43006 TARRAGONA	Tel. 977 922 872 e3907124@xtec.cat

### F. Xarxa sanitària

#### Drogodependències

Centre/Servei	Ubicació	Contacte
<b>CAS Drogodependències de Tarragona</b>	CAP Tarragonès C. del Dr. Mallafre Guasch, 4 43007 TARRAGONA	Tel. 977 295 892- 977 227 912 Fax 977 295 892 cas.gipss@gencat.cat

#### Centres d'atenció primària

Centre/Servei	Ubicació	Contacte
<b>ABS Bonavista - La Canonja</b> ICS	C. 7 (entre els carrers 22 i 23) 43100 TARRAGONA	Tel. 977 529 497 Fax 977 541 721 Ramona Tigell rtigell.tarte.ics@gencat.cat
<b>ABS La Granja - Torreforta</b> ICS	C. de la Gomera, 10 43006 TARRAGONA	Tel. 977 548 088 Fax 977 551 200 Cristina Gil cristinagil.tarte.ics@gencat.cat

Centre/Servei	Ubicació	Contacte
<b>CAP Jaume I</b> ICS	C. de Jaume I, 43-45 43005 TARRAGONA	Tel. 977 247 211 Fax 977 248 459 Cristina Gil cristinagil.tarte.ics@gencat.cat
<b>CAP Nou Tàrraco</b> ICS	C. del Dr. Mallastrè i Guasch, 4 43007 TARRAGONA	Tel. 977 221 871 Fax 977 295 899 Cristina Gil cristinagil.tarte.ics@gencat.cat
<b>Centre d'Atenció Pediàtrica Rambla Nova</b> ICS Àmbit de cobertura: l'atenció primària pediàtrica de dues àrees bàsiques de salut de la ciutat, ABS Jaume I (Tarragona 3), ABS Tàrraco (Tarragona 6), i l'atenció especialitzada pediàtrica de l'Hospital Universitari Joan XXIII, exceptuant cirurgia pediàtrica.	Pl. Imperial Tàrraco, 7 43005 TARRAGONA	Tel. 977 240 666 ramblanova.tarte.ics@gencat.cat www.gencat.cat/ics
<b>CAP Sant Pere i Sant Pau</b> ICS	Edifici de Sant Pere, s/n 43007 TARRAGONA	Tel. 977 200 638 Fax 977 200 484 Ramona Tigell rtigell.tarte.ics@gencat.cat
<b>CAP Sant Salvador - Pallaresos</b> ICS	Av. de Sant Salvador, 114 bis 43130 TARRAGONA	Tel. 977 523 410 Fax 977 523 410 Ramona Tigell rtigell.tarte.ics@gencat.cat
<b>CAP Constantí</b> ICS	C. Els Horts, 6 43120 CONSTANTÍ	Tel. 977 524 109 Ramona Tigell rtigell.tarte.ics@gencat.cat
<b>CAP El Morell</b> ICS	Av. Tarragona, s/n 43760 EL MORELL	Tel. 977 840 656 Ramona Tigell rtigell.tarte.ics@gencat.cat
<b>ABS Torredembarra</b>		Tel. 977 384 109 Cristina Parra tstorre@xarxatecla.cat
<b>ABS Vila-seca</b>		Tel. 977 394 027 Sònia Gómez tsvilaseca@xarxatecla.cat
<b>EAP-CAR Salou</b>	C. del Carrilet, 12 43840 SALOU	Tel. 977 383 018 Cristina Gil cristinagil.tarte.ics@gencat.cat

## ASSIR

Centre/Servei	Ubicació	Contacte
<b>ASSIR Tarragona</b> ICS	C. Jaume I, 29 43005 TARRAGONA	Tel. 977 920 400 Fax 977 920 402

<b>Centre/Servei</b>	<b>Ubicació</b>	<b>Contacte</b>
<b>CAP Muralles</b> Muralles Salut SLP	C. Escultor Verderol, s/n 43002 TARRAGONA	Tel. 977 249 404 Fax 977 249 497 Gemma Illa gemma.illa@muralllessalut.cat captarragona8@muralllessalut.cat
<b>CAP Santa Tecla Llevant</b> Xarxa sanitària i social de Sant Pau i Santa Tecla	C. Joan Fuster i Ortells, s/n 43007 TARRAGONA	Tel. 977 258 000 Fax 977 258 018 Míriam Fortuny tsllevant@xarxatecla.cat

### Hospitals

<b>Centre/Servei</b>	<b>Ubicació</b>	<b>Contacte</b>
<b>Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII</b> ICS	C. del Dr. Mallafrè Guasch, 4 43007 TARRAGONA	Tel. 977 295 800 Fax 977 224 011 ialtuna.hj23.ics@gencat.cat osalvat.hj23.ics@gencat.cat arciudad.hj23.ics@gencat.cat
<b>Hospital de Sant Pau i Santa Tecla</b> Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla	Rambla Vella, 14 43003 TARRAGONA	Tel. 977 259 900. Ext. 2543 Fax 977 234 942 Simón Sas tsocial@xarxatecla.cat

#### Annex 4. Graella d'indicadors de risc i d'alarma

Segons l'Ordre BSF/331/2013, de 18 de desembre, per la qual s'aproven les llistes d'indicadors i factors de protecció dels infants i adolescents (publicades al DOGC núm. 6530 del 30.12.2013).

<b>Indicadors de risc<sup>1</sup></b>	
1. Embaràs sense control (també es considera si només ha fet una o dues visites).	
2. Embaràs mal viscut i no acceptat.	
3. Maternitat prematura amb manca de responsabilitat.	
4. Desnutrició o mala alimentació materna.	
5. Consum de tabac durant la gestació de forma habitual.	
6. Gestants amb múltiples parelles i comportaments promiscus.	
7. Mares amb discapacitat psíquica.	
8. Gestant sense suport afectiu o família conflictiva.	
9. Renúncia del fill en la gestació.	
10. Antecedents per abús o negligència en fills anteriors.	
11. Gestants que estiguin complint mesures penals.	
12. Habitatge sense condicions d'habitabilitat, amuntegament o manca d'habitatge.	
13. Gestants amb itinerància amb risc d'exclusió social.	
14. Gestant en tractament al CAS.	

1 Són indicadors orientatius. En funció de la combinació d'aquests i a criteri del professional, es valora l'activació del Protocol.

<b>Indicadors de risc greu<sup>2</sup></b>	
1. La gestant presenta embaràs sense control mèdic amb risc per al fetus.	
2. No acudir a visites programades de patologia obstètrica (ARO).	
3. Prostitució activa durant l'embaràs.	
4. Ingestió no controlada de fàrmacs.	
5. Consumidora habitual de drogues (alcohol, cocaïna, cànnabis, drogues de disseny...).	
6. Trastorns mentals greus o altres malalties mentals greus sense control.	
7. Situacions de malalties greus, cròniques o agudes sense control.	
8. Maltractament familiar o de gènere o negligència contra la mare.	

2 S'ha d'aplicar el Protocol.



