



Conecta Perinatal
ALIANZA HISPANOHABLANTE POR LA
SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

MEJORAR EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL PERINATAL

FUNDAMENTOS, PROPUESTAS Y PETICIONES

conectaperinatal.com



Conecta Perinatal
ALIANZA HISPANOHABLANTE POR LA
SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

INDICE

OBJETIVOS DEL PRESENTE DOCUMENTO

INFORME DE FUNDAMENTOS

1 Conecta Perinatal y salud mental perinatal

1.1 ¿Qué es Conecta Perinatal?

1.2 Definición de salud mental perinatal

2 Justificación de las propuestas

3 Determinantes y vulnerabilidades: factores de riesgo y prevención en salud mental perinatal

3.1 La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo bien establecido y prevenible de los trastornos mentales y de otras formas de alteración de la salud

3.2 Las situaciones perinatales generadoras de sufrimiento emocional y las enfermedades mentales perinatales son un importante problema de salud pública, aunque parece estar invisibilizado en muchos países

3.3 La gestación no supone un estado protector para la salud mental de la mujer

3.4 El cuidado de la vida emocional de la familia y la reproducción asistida

3.5 El cuidado de la vida emocional de la mujer y la atención obstétrica

3.6 El puerperio es una etapa de gran vulnerabilidad para la mujer

3.7 El contacto piel a piel al nacer: un tiempo para el reconocimiento mutuo

3.8 La lactancia

3.9 Cuidados intensivos y paliativos en neonatología y pérdidas perinatales

3.10 La exposición al sufrimiento parental perinatal desde los primeros días de su nacimiento es un factor de riesgo y una de las causas de alteraciones en la salud y la conducta del bebé con posibles consecuencias a largo plazo

3.11 La separación forzada del bebé de sus padres

Las separaciones del bebé por enfermedad mental de padres y/o madre

Algunas consideraciones sobre las separaciones del bebé de sus padres/madre en situación de exclusión o de riesgo de exclusión social

Cuando se decide separar

3.12 La gestación y la crianza durante los tres primeros años en entornos de alto riesgo psicosocial (i.e. centros penitenciarios) pueden ser una fuente de sufrimiento parental y del bebé con impacto en la salud mental de ambos.

3.13 Psicoeducación y acompañamiento en salud mental perinatal

3.14 El ámbito educativo 0-3 y la salud mental perinatal

La calidad educativa



Los equipos de atención temprana

El cuidado de algunos procesos fundamentales en la escuela infantil

El cuidado de la calidad de vida cotidiana del profesorado de la escuela infantil

La pobreza como factor de riesgo

Una relación nefasta entre los bebés y las pantallas

4 Avances en psiperinatalidad en varios países

- 4.1 Los programas de los primeros 1000 días
- 4.2 Los “primeros 1000 días” en algunos países de Latinoamérica
- 4.3 El Reino Unido y los 1001 días primeros días
- 4.4 Evolución de la psiperinatalidad en Europa.

5 Recursos necesarios para la atención a la salud mental perinatal

- 5.1 Algunos antecedentes europeos
- 5.2 ¿Qué caracteriza a una red interdisciplinar de perinatalidad regional?
- 5.3 A cada país su planificación de la salud mental perinatal
- 5.4 Contextualización de los avances en salud mental perinatal a conseguir en España.

6 Algunas conclusiones y propuestas en cuyo desarrollo y sostenimiento científico y social, se encuentra comprometida la Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia “Conecta Perinatal”.

PETICIONES ESPECÍFICAS DE LA ALIANZA HISPANOHABLANTE POR LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA “CONECTA PERINATAL”.

Primera petición: Comisión de salud mental perinatal

Segunda petición: evaluación de recursos

Tercera petición: formación de redes interdisciplinares

Cuarta petición: formación de matronas

Quinta petición: evitación de costes

ANEXO 1 Censo integral de recursos, programas y estrategias públicas de atención a la salud mental perinatal en España e Hispanoamérica

ANEXO 2 Bibliografía ampliada



MEJORAR EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL PERINATAL. FUNDAMENTOS, PROPUESTAS Y PETICIONES¹

OBJETIVOS DEL PRESENTE DOCUMENTO

Enmarcado en una serie de acciones psiperinatales² iniciadas por “Conecta Perinatal”, este documento aporta evidencias basadas en conocimientos científicos, así como argumentos fundamentados en experiencias de diferentes países europeos e hispanoamericanos, con el fin de promover el desarrollo de políticas sanitarias y sociales que impulsen la creación de planes públicos nacionales diseñados para cuidar la salud mental perinatal, de forma especializada, así como para desarrollar instrumentos para concretar, organizar y ordenar los objetivos y actuaciones de dichos planes.

1. Coordinado por el Dr. Pascual Palau, el presente documento ha sido redactado por el Dr. Demetrio Casado, la Dra. Flavia Cristina Raineri, D^a Lorena Alemán, D^a María Jesús Sanz, D^a María Fernanda Flores, D^a Natalia Valverde y el Dr. Pascual Palau, miembros del grupo de trabajo “Estudios e informes para la elaboración de planes nacionales en psiperinatalidad” de “Conecta Perinatal”.

Ha sido revisado y ampliado por los miembros hispanohablantes del Consejo Científico de la Alianza: el Dr. Francesc Botet, el Dr. José Luis Pedreira, el Dr. Miguel Hoffmann, el Dr. Miguel Largaía, el Dr. Pascual Palau y la Dra. Purificación Sierra.

Así mismo, nuestra Alianza agradece las valiosas aportaciones que han enriquecido de modo considerable el texto, realizadas por el Dr. Francisco Coll, el Dr. José María Aparicio, la Dra. Nuria Camps, la Dra. Remei Tarragó, D. Vicenç Arnaiz, D^a Inmaculada Garcerá y, de manera especial, los conocimientos y experiencias que nos fueron transmitidas oralmente por el Dr. Francis Puech y la Dra. Françoise Molenat en las reuniones celebradas con nuestro grupo de trabajo.

La diversidad cultural de los distintos autores que participan en la redacción de este documento supone la utilización de términos distintos y equivalentes entre sí.

2. El término “psiperinatalidad”, acuñado por Michel Dugnat, comúnmente usado en los países francófonos, se refiere a los cuidados interdisciplinarios centrados en la vida psíquica y emocional en los diferentes tiempos de la perinatalidad, que abarcan, desde la periconcepción hasta, al menos, los 3 primeros años del bebé. Estos cuidados deben ser provistos por todos los actores que favorecen la salud mental perinatal de las madres, padres, fetos, bebés y familia. Michel Dugnat es el presidente de la Aliance francophone pour la Perinatalité, ex-presidente de la Société Marcé Francophone y exco-presidente de la Waimh-France.



INFORME DE FUNDAMENTOS

01 CONECTA PERINATAL Y SALUD MENTAL PERINATAL

1.1. ¿QUÉ ES CONECTA PERINATAL?

Conecta Perinatal es una Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia que tiene por objetivo agrupar al mayor número de asociaciones nacionales e internacionales hispanohablantes de familias, sociedades científicas y asociaciones, federaciones y confederaciones públicas y privadas sin ánimo de lucro, para favorecer de manera continuada una auténtica priorización de las políticas públicas relacionadas con el periodo perinatal y, especialmente, de su dimensión psíquica.

Aspira a favorecer el desarrollo de una atención adaptada y sostenida a las familias con la sensibilización y trabajo coordinado de todos los profesionales cuidadores de ese periodo, facilitando una unión interdisciplinar e interinstitucional. Aumentar el conocimiento internacional, la conciencia y la acción en favor de la salud mental materna y su papel fundamental en el desarrollo infantil y dar a conocer los elevados costos humanos y económicos de una falta de atención perinatal especializada en salud mental cuando resulta necesaria y proponer soluciones basadas en la evidencia. Y también señalar las acciones prioritarias que los responsables públicos deben emprender en el campo de la salud mental perinatal para alcanzar una atención de calidad, homologable con las de los países más avanzados en este campo de la salud pública que compromete la salud de varias generaciones.

La Alianza Hispanohablante se encuentra integrada en la Global Alliance for Maternal Mental Health y desarrolla sus acciones en asociación especial con la Alliance Francophone pour la Santé Mentale Périnatale, con la Maternal Mental Health Alliance UK, con la Alliance Canadienne y con las Alianzas internacionales que puedan ir constituyéndose, pero también con aquellas instituciones internacionales cuyos fines coinciden con la Alianza Hispanohablante.

Principios que inspiran a la Alianza

- El intercambio internacional, sin ánimo de lucro, de conocimientos y recursos entre instituciones nacionales y regionales, principalmente hispanohablantes.
- La solidaridad.
- La transparencia.

Función de la Red "Conecta Perinatal"

Favorecer la conexión entre las instituciones cuidadoras de la salud mental perinatal, infantil y de la familia, junto a las asociaciones de usuarios, para entretejer una red de alianzas en el marco de encuentros colaborativos estimulando y acompañando el desarrollo y crecimiento singular de cada institución o territorio.

Finalidad

El trabajo, en coalición de las organizaciones y de sus especialistas, tiene la finalidad de mejorar la atención de la salud mental perinatal de las madres y padres, de los fetos, de los bebés, de los niños y niñas y de las familias, desde el tiempo de la preconcepción.

Su ámbito geográfico abarca principalmente las diferentes regiones de España e Hispanoamérica que requieran alianzas para aumentar sus conocimientos o recursos especializados mediante un acompañamiento solidario en red y en estrecha colaboración con las Alianzas Europeas, Canadienses y de otros continentes.

Su principal objetivo instrumental es que todos los países desarrollen políticas nacionales sobre salud mental perinatal y de la familia con el fin de conseguir una asistencia sanitaria y social coordinada y de excelencia, cuidadora de la salud mental perinatal y de la familia.

¿Quiénes pueden solicitar su admisión a Conecta Perinatal?

Podrán integrarse en la Alianza entidades y grupos nacionales públicos o privados sin fin de lucro, principalmente de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Guinea Ecuatorial, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, además de las áreas hispanohablantes de Estados Unidos y otros países.

¿Qué instituciones forman parte actualmente de Conecta Perinatal?

Aunque se siguen sucediendo las solicitudes para formar parte de Conecta Perinatal, en la fecha de publicación de este documento, las instituciones que conforman Conecta Perinatal son:

Asociación Argentina de Psicología Perinatal ASAPP (Argentina); Asociación Civil Materna, Salud Mental Perinatal (Argentina); Asociación Española de Psicología Perinatal AEPP (España); Associació de Prematurs de Catalunya "Som Prematurs" (España); Asociación Dominicana de Psicología Perinatal ADPP (República Dominicana); Asociación para la Salud Mental Infantil desde la Gestación, ASMI WAIMH-ESPAÑA (España); Asociación APSA (España); Associació de Comares de la Comunitat Valenciana (España); Asociación Nacional de Educación Prenatal. ANEP (España); Asociación de Padres de Niños Prematuros APREM (España); Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna APILAM (España); Centro de Investigación y Asistencia al Desarrollo CIAD (Argentina); Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología de España (España); Confederación Internacional de Matronas ICM (Internacional); Confederación Salud Mental España (España); Colegio Oficial de



Psicología de la Comunidad Valenciana (España); Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires Distrito X (Argentina); EDAI Clinical Services I Training I Research (España); Escuelas Infantiles Municipales de Pamplona (España); Federació Salut Mental Comunitat Valenciana (España); Fundación Manantial - Casa Verde (España); Fundación Multifamilias (Argentina); Fundación Salud Infantil de Elche (España); Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia FUNLARGUIA (Argentina); Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica IEPPM (España); Obra Social De Empleados Públicos OSEP (Argentina); Red Internacional de Etnografía con Niñas, Niños y Jóvenes RIENN (Internacional); Seminario de Intervención y Políticas Sociales, SIPOSO (España); Sección de Psicopatología de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO (España); Sociedad Apego y Complejidad Infantil (Chile); Sociedad Argentina de Investigación en Observación de Bebés SAIOBB (Argentina); Sociedad Argentina de Primera Infancia SAPI (Argentina); Sociedad de Estudios Psicosomáticos Iberoamericana SEPIA (España); Universidad Nacional de San Luis (Argentina).

1.2. DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL PERINATAL

La salud mental perinatal está directamente relacionada con el bienestar y armonía/equilibrio psíquico y somático necesario para el óptimo desarrollo personal, mental y social, desde la época periconcepcional hasta la postnatal.

En su dimensión biopsicosocial, la salud mental perinatal incluye a la madre, al bebé, al padre, así como a la familia, y requiere ser cuidada desde la época antenatal a la postnatal hasta, al menos, los 3 años.

En sus dimensiones de prevención, detección e intervención sociosanitaria, se requiere atender a toda la población, aunque de manera especial a aquella afectada por un sufrimiento emocional o un trastorno mental.

El cuidado de la salud mental perinatal requiere de redes interdisciplinarias psiperinatales de proximidad, suficientemente formadas en salud mental perinatal y psicopatología perinatal, que deben estar bien coordinadas y disponer de suficientes recursos sanitarios-sociales y educativos adaptados a las necesidades de las familias.

02 JUSTIFICACIÓN DE LAS PROPUESTAS

La salud mental perinatal es el núcleo central desde el que adquieren sentido y alrededor del cual han de pivotar buena parte de las políticas de protección, promoción y prevención de salud mental de la población a lo largo de todo el curso de la vida. Contamos con estudios que señalan que la transición a la maternidad/paternidad y la crianza se benefician del apoyo y orientación de servicios y profesionales cualificados. Profesionales y servicios que se tornan imprescindibles cuando las y los progenitores padecen alteraciones mentales o su bienestar emocional está en riesgo.

Por otra parte, una visión de la infancia, incluso desde las primeras semanas, como un periodo vital exento de riesgos y de alteraciones psicológicas y mentales, se aleja de la realidad clínica y del conocimiento científico.

A su vez, la salud mental infantil se encuentra íntimamente relacionada con una maternidad y una paternidad psicosaludables y no hemos de olvidar que los bebés y los niños y niñas de hoy serán las madres y los padres del mañana.

El informe *"The costs of perinatal mental Health"*, del Reino Unido, realizado por un equipo de la London School of Economics de Londres dirigido por Bauer, por encargo de la Maternal Mental Health Alliance en 2014, muestra lo siguiente: considerando los problemas de salud mental más frecuentes, en el embarazo un 7% de las mujeres sufre depresión y entre el 11 y el 15% trastornos de ansiedad. En el postparto un 14% sufre depresión y un 8% ansiedad. Un 0,2 % presentan psicosis. Estos datos aumentan al contemplar otros trastornos que también pueden ocurrir en el periodo perinatal (consumo de sustancias adictivas, trastornos alimentarios, trastornos de personalidad...).

A pesar de que el 10% de los padres padecen depresión postparto, existe poca divulgación y muy poca atención sobre el sufrimiento perinatal del padre. Esta poca consideración de la psicopatología perinatal paterna, que aún sigue siendo negada a pesar de que los estudios la evidencian desde hace varias décadas, no sólo pone en riesgo la salud del padre sino también la de la madre y la del bebé, así como la de otros hijos, si los hay, porque cada uno de ellos forma parte de un mismo sistema de interacciones que regulan o desregulan el equilibrio homeostático grupal e individual.

Muchos países aún no cuentan con datos epidemiológicos sobre estas problemáticas.



Datos de gran relevancia, si consideramos además los efectos que ha tenido la pandemia COVID19 en la salud mental de la mujer que se encuentra en periodo de gestación: como el temor al contagio, el aislamiento, la falta de redes de apoyo, la sobrecarga en lo doméstico y laboral, el aumento de los conflictos familiares asociados a la convivencia de todo el grupo y a la falta de espacio; la autoexigencia con los hijos e hijas especialmente los que se encuentran en edad preescolar y escolar, etc. Así como también, las repercusiones asociadas a las experiencias de parto y puerperio durante la pandemia: como la vivencia de aislamiento durante las hospitalizaciones en embarazos de alto riesgo, temor a contagiar al recién nacido, lo que muchas veces genera conflictos con el medio debido al enjuiciamiento de los requerimientos de los padres para acercarse al bebé (PCR, cuarentena, mascarilla, uso de alcohol gel, etc.), y el impacto que todo esto podría conllevar en la salud mental del recién nacido.

Las cifras sobre el gasto en servicios y atención especializada en salud mental, durante la crianza y en la primera infancia, no dejan lugar a dudas de que invertir en salud mental perinatal es una prioridad del más alto nivel y un derecho de los niños y niñas y de sus padres.

En efecto, la Convención de los Derechos del Niño establece como uno de estos derechos el disfrute del mayor nivel posible de su salud, y el derecho de las familias a tener apoyo de los estados para desempeñar las funciones parentales de forma adecuada.

Se amplía en la Observación General N.º 7 (2005) “Realización de los derechos del niño en la primera infancia”, del Comité de Derechos del Niño de NNUU, instando “a los Estados Parte a que adopten todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal de las madres y de los lactantes, para reducir la mortalidad infantil en la niñez, y crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de su vida”.

Como situaciones que pueden repercutir negativamente en el niño o niña menciona, entre otras, “la atención parental en situaciones de gran presión material o psicológica o de salud mental menoscabada”.

En la agenda presente y futura de los países que se comprometen con la infancia y las familias, ha de estar necesariamente el Invertir en políticas activas de promoción de la salud mental desde antes de la concepción hasta los primeros años de vida, con intervenciones universales, selectivas e indicadas, con sensibilización y formación interdisciplinar de profesionales, planificación e implementación de servicios y recursos especializados,

03 DETERMINANTES Y VULNERABILIDADES: FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL PERINATAL

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Podemos citar entonces factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como los planes nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.

3.1. LA EXPOSICIÓN A LAS ADVERSIDADES, EN EDADES TEMPRANAS, ES UN FACTOR DE RIESGO BIEN ESTABLECIDO Y PREVENIBLE DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DE OTRAS FORMAS DE ALTERACIÓN DE LA SALUD

Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños o niñas expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias.

3.2. LAS SITUACIONES PERINATALES GENERADORAS DE SUFRIMIENTO EMOCIONAL Y LAS ENFERMEDADES MENTALES PERINATALES SON UN IMPORTANTE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA, AUNQUE PARECE ESTAR INVISIBILIZADO EN MUCHOS PAÍSES

La salud mental perinatal tiene repercusión directa en el seno de toda la familia, especialmente en la madre, el recién nacido y el padre. El buen cuidado de la salud mental de la madre desde la gestación, y de su pareja, protege tanto a la madre, como al bebé y a la familia, de problemas de salud mental y permite un óptimo desarrollo psicosocial de todos ellos.



El periodo perinatal ofrece importantes oportunidades de cambio cuando se detectan precozmente los problemas y se les presta la adecuada atención sanitaria y social.

Por tanto, la desatención de la salud mental perinatal trae consigo consecuencias muy nocivas para la salud parental e infantil, generando conductas o patrones que repercutirán negativamente en la madre, en el padre y en el apego madre-hijo/hija. Podrán desarrollarse comportamientos hostiles, intrusivos o desconectados emocionalmente, entre otros, que tendrán consecuencias directas y potencialmente perjudiciales a corto y mediano plazo en los niños y en las niñas.

Según el informe Bauer³ (2014), esto se traducirá en un gasto económico extremadamente alto de recursos sanitarios, sociales y judiciales en algunos casos, a corto, medio y largo plazo, donde el 28% de los costes adicionales en tratamientos de los trastornos psíquicos perinatales requerirá ser destinado a la atención de la madre y el 72% a los hijos de estas madres a lo largo de todo su desarrollo. La depresión, los trastornos de ansiedad y las psicosis cuestan a la sociedad, en el Reino Unido, a largo plazo 8,1 mil millones de libras por cada cohorte de nacimientos en un año. De ellos, 1,7 mil millones serían a cargo del sector público, costando los casos de depresión y ansiedad 10.000 libras/caso y 25.000 libras los casos de psicosis perinatales.

Huelga señalar que los problemas de salud mental impactarán no sólo en la salud mental de los bebés, niños y niñas a lo largo de su vida, sino también en la crianza de sus propios hijos cuando lleguen a la edad adulta, convirtiéndola en un factor que perpetúa no sólo el padecimiento de una parte importante de la población sino también la desigualdad de oportunidades y derechos a lo largo de varias generaciones.

Actualmente, la carencia de servicios psiperinatales especializados trae consigo un déficit de recursos de prevención y de detección, tiempos más costosos y largos de recuperación de las mujeres y de los padres afectados.

Esta situación de falta de recursos psiperinatales adecuados y suficientes para atender la psicopatología perinatal parental puede llevar a separaciones dramáticas e injustificadas, por sus efectos iatrogénicos, de las madres y padres que padezcan alguna patología mental de sus hijos e hijas, generando daño en el desarrollo del apego, en la relación madre-bebé y mayor alteración en la conducta y desarrollo emocional y cognitivo de los niños o niñas, además de un enorme gasto económico para el Estado.

En diversos países europeos, pioneros en el cuidado de la salud mental perinatal, se han venido constatando, a lo largo de las últimas décadas, los grandes beneficios que genera en el campo de la salud y de la economía de un país, disponer de planes nacionales de salud mental perinatal con programas, recursos y dotaciones económicas específicas destinadas a la prevención y atención del sufrimiento perinatal.

Como sucede con otros países avanzados en este campo, las experiencias como la del Sistema Británico de Salud, que cuenta con la implantación de recursos especializados en la psiquiatría perinatal, permiten obtener importantes beneficios económicos a medio y largo plazo mediante la reducción de los gastos del sistema de salud nacional.

Dichos servicios permiten la atención especializada a patologías perinatales como la ansiedad, la depresión y la psicosis puerperal que afectan directamente a madres, padres y bebés, (y no en una proporción menor), mediante estrategias de prevención secundaria y terciaria que reducen de manera significativa los costes económicos frente a la atención que no está especializada.

Así pues, los datos obtenidos en los estudios realizados en el Reino Unido avalan de manera fehaciente los resultados satisfactorios en la salud mental de padres, madres, hijos e hijas atendidos en la etapa perinatal de manera intensiva y especializada. La inversión económica inicial generada en la implantación de dichos recursos compensa de manera evidente y se recupera a medio y largo plazo no sólo en el terreno de la salud mental sino también en toda la estructura socioeconómica.

³ Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V., Adelaja, B., & Hogg, S. (2014). The costs of perinatal mental health problems. London: Centre for Mental Health and London School of Economics, 44. https://www.researchgate.net/publication/267924828_The_costs_of_perinatal_mental_health_problems/link/545cdd980cf27487b44d4243/download

3.3. LA GESTACIÓN NO SUPONE UN ESTADO PROTECTOR PARA LA SALUD MENTAL DE LA MUJER

La mujer gestante es más vulnerable al estrés y el puerperio es un período con especial incidencia en la aparición de patología psíquica. La no detección de ésta, o un tratamiento inadecuado, pueden conllevar una evolución negativa del embarazo y el parto, un impacto negativo en el desarrollo del bebé, del niño y la niña, distorsiones y alteraciones en el vínculo maternofilial y, por lo tanto, en la vida de pareja y familiar.

En relación con el sufrimiento emocional materno, hay evidencia de que el malestar emocional, la ansiedad y la depresión pueden alterar el neurodesarrollo del embrión y del feto y afectar a la madre en su sensibilidad y sintonía con el bebé, pudiendo verse comprometido el engranaje inicial en el cual se apoya el vínculo temprano mamá-bebé.

Especial cuidado y atención debe prestarse desde el inicio de la gestación cuando existen ciertos factores que podrían incrementar el riesgo de aparición de psicopatología materna, dentro de los cuales se pueden mencionar la falta de redes de apoyo, ausencia de una pareja o enfermedad de la misma, bajo soporte social, historia de abuso o violencia intrafamiliar, antecedentes personales de enfermedades mentales, embarazo no deseado, patologías o malformaciones fetales, antecedentes de abortos previos o pérdidas postnatales. Así como también la existencia de factores que podrían implicar riesgo para el embarazo como, por ejemplo, la preexistencia de problemas de salud, como la hipertensión arterial, diabetes, infección por VIH, obesidad, patologías tiroideas, renales, autoinmunes, cardíacas, neurológicas, etc.; complicaciones obstétricas (rotura prematura de membranas, síntomas de parto prematuro, placenta previa); condiciones del embarazo como embarazos múltiples, antecedentes de embarazos previos con muerte gestacional, rotura uterina, preeclampsia o eclampsia y diabetes gestacional, etc.; la edad de la madre, como embarazos adolescentes o primer embarazo después de los 35 años, pérdidas prenatales previas, infertilidad; y otros problemas relacionados con el estilo de vida, como consumo de tabaco, alcohol, drogas, etc.

Acompañando, cuidando y fomentando la salud mental de la gestante contribuiremos al neurodesarrollo y a la salud mental futura de ella y del hijo o hija que espera. La propia mujer se beneficia del potencial sanador del embarazo cuando este es vivido de manera plácida y feliz. En los casos en los que se producen complicaciones o se padece una psicopatología, un acompañamiento integral adaptado a las necesidades de cada mujer por parte de profesionales formados, posibilita que mejore su propio autoconcepto, su estilo de afrontamiento y su bienestar. Por extensión, cuidar de la madre contribuye a la salud mental de su pareja, de los hijos e hijas y, por tanto, del conjunto de la familia.

Para que la prevención y la detección precoz se lleven a cabo adecuadamente, resulta esencial ofrecer una atención integral y multidisciplinar en esta etapa, mediante la coordinación y colaboración entre los sectores de salud mental, salud pública y otros del ámbito social.

Atender y cuidar la salud de la madre de forma integral desde el embarazo favorece que alcance una mayor conciencia, seguridad y amparo. Solo sostenida, podrá sostener a su criatura, siendo esa la mejor intervención posible para proteger al bebé del maltrato a lo largo del desarrollo: sostener el vínculo maternofilial durante el embarazo y puerperio sin descuidar la salud mental perinatal del padre.

La realidad actual es que existen muy pocos recursos preventivos y asistenciales en salud mental perinatal. El miedo al estigma por parte de la madre y el padre, el temor a actuaciones institucionales y, a menudo, la falta de formación especializada de los profesionales hace que, generalmente, las pacientes no pidan ayuda y traten de no manifestar sus problemas emocionales, por lo que sólo se diagnostica una minoría de casos.

Por ello, es imprescindible que se lleven a cabo procedimientos de detección sistemática, así como protocolos de intervención en red de cuidados sanitario-sociales coordinados entre diferentes niveles de prevención y atención y por diferentes profesionales.



3.4. EL CUIDADO DE LA VIDA EMOCIONAL DE LA FAMILIA Y LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

En la actualidad el 10% de los nacimientos requieren técnicas de reproducción asistida. Se ha descrito ampliamente que la experiencia de infertilidad genera altos niveles de ansiedad y depresión, así como que los efectos de esta vivencia perduran en el tiempo incluso en las parejas que finalmente han podido concebir. Esta realidad justifica la necesidad de prestar particular atención a los efectos emocionales que este nuevo acceso parental tiene en la familia y en los futuros recién nacidos.

La atención asistencial a las parejas infértiles no debería perseguir como objetivo obtener embarazos a toda costa, sino apostar desde el principio por ayudar a las parejas a encontrar el mejor camino para ser padres y favorecer un entorno parental que conlleve suficiente calidad emocional para acoger al bebé.

Para ello resulta fundamental:

Que los centros de reproducción asistida públicos y privados cuenten con la composición de equipos interdisciplinarios con profesionales de la salud mental especializados en este ámbito con el objetivo de realizar un abordaje asistencial integral desde el primer momento en que se produce la consulta por infertilidad con la finalidad de:

- 1) incluir la dimensión emocional del deseo de hijos
- 2) favorecer la mentalización y gestión de la pérdida de la fecundidad biológica en los casos que requieren bancos de donación de material genético.
- 3) Asesoramiento ante la decisión de comunicar los orígenes genéticos
- 4) favorecer la elaboración de las pérdidas que se pueden producir a lo largo del tratamiento (embarazos incipientes, muertes in útero, reducciones embrionarias...)
- 5) Ofrecer contención emocional para finalizar los tratamientos sin haber podido concebir.

Los centros dedicados a los procesos de reproducción asistida deben de evaluar si existe la necesidad de facilitar ayuda psicológica a aquellas madres que padezcan síntomas de sufrimiento emocional al inicio, a lo largo o al final del proceso, velando por que puedan recibir la asistencia psicoterapéutica o psiquiátrica especializada que precisen en cada una de las tres etapas con el fin de proteger su salud mental, la de su pareja y la de su bebé. Resulta esencial ofrecer unos cuidados suficientes que protejan la salud emocional de la familia y el desarrollo saludable de los futuros bebés.

3.5. EL CUIDADO DE LA VIDA EMOCIONAL DE LA MUJER Y LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

Para asegurar el buen cuidado de la salud emocional de la mujer a lo largo de su gestación, de su parto y del tiempo de su puerperio, es necesaria una estrecha alianza entre obstetricia y salud mental perinatal.

A lo largo de sus estudios de grado, de postgrado o mediante la formación continua, los obstetras necesitan adquirir suficientes conocimientos de psicología y psicopatología perinatal para asegurar el mejor cuidado de la vida emocional de la mujer y de su pareja.

Esta formación en salud mental perinatal de los especialistas en ginecología y obstetricia debe incluir también, necesariamente, a las matronas y a las enfermeras que asisten a las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio.

Es necesario garantizar el mejor cuidado posible de la salud emocional de la madre para prevenir y evitarle todas aquellas experiencias que pueden generarle sufrimiento y estrés postraumático a lo largo de todo el camino que ella necesita recorrer para acceder a su maternidad. Son importantes las experiencias relacionadas con la calidad del trato recibido por parte del personal médico responsable de su atención, que pueden afectar seriamente su salud emocional y la de su bebé.



3.6. EL PUERPERIO ES UNA ETAPA DE GRAN VULNERABILIDAD PARA LA MUJER

Los cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales predisponen a la aparición de trastornos psíquicos. La sensación de culpa de las madres deprimidas o padeciendo otras formas de sufrimiento perinatal, en un momento supuestamente tan feliz, y la rigidez de las clasificaciones de los manuales generales de diagnóstico, dificulta la correcta detección y diagnóstico de la clínica puerperal. Esto es especialmente grave si atendemos a que actualmente existe un infradiagnóstico (50-75%) en la depresión postparto, siendo la patología con mayor incidencia (12%) sobre otras de tipo físico (hipertensión, 4%; nacimientos prematuros, 7-9%; diabetes, 3%), para las que se cuenta con más recursos de atención.

La alta prevalencia de los trastornos mentales en el postparto pone de manifiesto la necesidad de que el tratamiento de la depresión y de la psicosis puerperal, entre otros padecimientos como son las pérdidas perinatales pre y postparto, los partos traumáticos, las experiencias psicosociales que elevan el riesgo de vulnerabilidad emocional, etc., se constituya como un eje principal de la intervención en la asistencia sanitaria pública.

Diversos estudios evidencian la influencia multifactorial en la génesis de la psicopatología puerperal tras algunas cesáreas. Algunas de las causas son la separación madre-bebé, dificultades posteriores con la lactancia materna o debido al trato recibido por parte de los profesionales sanitarios.

Si tras el parto no se inicia el contacto piel con piel de la madre con su bebé, en el periodo sensible de las dos primeras horas, se dificulta el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. Para que esto pueda realizarse, son necesarias sensibilización, formación y coordinación entre todos los profesionales que vayan a atender a la mujer en el parto.

Está demostrada la asociación de depresión postparto con el parto por cesárea y la interrupción de la lactancia materna, por lo que es vital trabajar en la línea de la detección y tratamiento precoz de psicopatología puerperal en los casos de cesárea, así como favorecer el contacto piel con piel inmediato para la instauración de una lactancia materna exitosa siempre que la madre así lo quiera.

3.7. EL CONTACTO PIEL A PIEL AL NACER: UN TIEMPO PARA EL RECONOCIMIENTO MUTUO

El contacto piel con piel (CPP) con la madre es el hábitat natural del recién nacido y la lactancia materna el comportamiento programado para ese hábitat.

Existen suficientes argumentos biológicos, fisiológicos, antropológicos y del neuro-comportamiento que muestran que el CPP, junto con la lactancia materna, representan el estado normal que permite la óptima adaptación de los recién nacidos de todas las especies al medio extrauterino.

Cuando se les deja espontáneamente en contacto piel con piel con su madre durante el tiempo suficiente, la mayoría de los recién nacidos sanos reptan hasta el pecho y hacen una succión correcta antes de los 70 minutos tras nacer. Este hecho se relaciona con una mejor implantación y duración de la lactancia materna.

Numerosos estudios han demostrado la ausencia de riesgo y la existencia de claros beneficios del CPP, tanto para el recién nacido como para la madre.

Beneficios del CPP

1. Para el recién nacido:
 1. Mejora la oxigenación
 2. Mejora la regulación de su temperatura



3. Se consigue antes su estabilización
 4. Disminuye su gasto energético
 5. Lloro menos (menor ansiedad/estrés)
2. Para la madre:
 1. Aumenta el nivel de oxitocina (efecto antiestrés) y mejora de la contractibilidad uterina (menor hemorragia).
 2. Mejor recuperación de posibles problemas emocionales
 3. Desarrollo de un comportamiento de protección y un sentimiento de capacidad de la madre para cuidar de su hijo
 3. Para ambos:
 1. Mejora el vínculo afectivo
 2. Hay más posibilidad de éxito y mayor duración de la lactancia materna

El contacto piel con piel al nacimiento es un proceso frágil, requiere su tiempo y puede alterarse si se interrumpe el contacto, aunque sea unos minutos.

La existencia de dificultades en el parto (distocia) y la elevada tasa de mortalidad infantil, junto a los avances en reanimación cardiopulmonar, han justificado, a lo largo del siglo XX, una asistencia al proceso de parto y nacimiento muy tecnificada y agresiva que ignoraba la importancia del proceso inicial de vinculación entre madre y recién nacido.

Sin restar un ápice a la seguridad de madre e hijo, hoy disponemos de argumentos para realizar una asistencia al proceso de parto centrada en la madre y el recién nacido, respetándolos como individuos competentes y atendiendo a sus necesidades puntuales, que en la mayor parte de los casos consistirá en una observación respetuosa que les permita reconocerse mutuamente, no alterando los mecanismos básicos del inicio de la vinculación.

3.8. LA LACTANCIA

La lactancia nos define como clase dentro del reino animal. Somos los mamíferos, los portadores de mamás, una de nuestras características específicas principales. La lactancia protege de enfermedades, alimenta y contribuye a asegurar desde los orígenes la supervivencia de las crías de cada especie.

Desde la ciencia se concibe y describe la lactancia en términos de beneficios y riesgos para la salud y de resolución de sus posibles problemas, y la leche materna se evalúa como un producto de la lactancia, separado de la mujer, con propiedades medicinales e inmunológicas propias. Pero la lactancia es mucho más que eso: es algo que madres y bebés hacen de forma natural desde el principio de los tiempos, un hecho bio-cultural que trasciende el conocimiento científico y entra dentro del territorio de lo biológico, de lo emocional, de lo relacional y de lo cultural; un fenómeno propio del que, en general, disfrutaron y que tradicionalmente formó parte de la vida cotidiana, pública y privada.

El advenimiento de la industrialización y la fabricación de fórmulas lácteas para lactantes a mediados del siglo XIX fuerzan la desaparición de la lactancia mercenaria y la caída de la frecuencia y duración de la lactancia materna de modo progresivamente generalizado, con consecuencias muy negativas para la salud y vida de bebés y madres y el bienestar de las poblaciones.

La lactancia precisa hoy una protección y promoción política integral de los poderes públicos, gobiernos y adminis-



tradores de la Salud. A ello responden iniciativas de la OMS firmadas, interpretadas y aplicadas con mayor o menor empeño por los Ministerios de Sanidad de la práctica totalidad de países del mundo.

Varios programas, declaraciones y estrategias de la OMS que promueven la supervivencia infantil se basan en la protección y promoción de la lactancia materna. Los más relevantes son el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) llamada en España Iniciativa para la Humanización de la Asistencia Neonatal y la lactancia.

La OMS y el UNICEF recomiendan:

1. Un inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida
2. Lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida
3. Introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los seis meses, continuando la lactancia materna hasta los dos o más años.

Es de gran importancia que los gobiernos se adhieran a los programas de la OMS y de otros organismos nacionales e internacionales que velan por una crianza saludable y que desarrollen leyes de conciliación adecuadas para que las madres que quieren amamantar a sus bebés puedan hacerlo el primer medio año de forma exclusiva y como complemento el tiempo que ambos deseen y puedan.

Muchos obstáculos a la lactancia provienen de la falta de formación específica del cuerpo sanitario. Es exigible la inclusión de la misma en el pregrado y de modo permanente y revisable en el posgrado de estas profesiones.

Las madres que no desean o no pueden amamantar

Es imprescindible apoyar a aquellas madres que, por alguna razón o circunstancia personal, no desean o no pueden amamantar a sus bebés. El tipo de alimentación inicial, materna o con fórmula artificial, es una decisión de profunda raigambre en el espíritu de las mujeres y es de origen multifactorial. Suele estar tomada mucho antes del embarazo y tiene que ver más con factores personales, familiares y socioculturales que con temas de salud. Cualquiera que sea la decisión tomada, las personas que trabajan con madres deben entenderlas y respetarlas. Hay que informar, no forzar voluntades ni practicar un rechazo más o menos encubierto que dañe su autoestima. Aprender a acompañarlas en su decisión es fundamental.

Pese a que las causas del cese de la lactancia son dispares y que muchas de ellas son debidas a técnicas erróneas fomentadas desde el ámbito sanitario y no tienen objetivamente su origen en la madre, muchas madres se atribuyen la responsabilidad, con tintes de culpa, a sí mismas.

En un contexto social y sanitario en el que la lactancia materna se promueve como lo natural y como la opción más saludable para los lactantes, las mujeres que no desean o acaban no pudiendo amamantar por el tiempo que pensaban, pueden creer que han fallado como madres y experimentar emociones negativas diversas: desconcierto, fracaso, incompreensión, dificultad para expresar lo que sienten, culpabilidad, incompetencia, merma de autoestima, aislamiento y rechazo o enojo contra los que las han conducido a lo que viven como un fracaso. La culpa puede acompañar a estas madres durante años. Llegar a odiar la lactancia materna es también una consecuencia.

Hay que escuchar el discurso de las madres que no amamantan o dejan de amamantar. Muchas experimentan inseguridad, dificultades técnicas y perciben intolerancia o reprobación en su entorno y en quienes les ayudaban con sus lactancias. Para ellas es importante encontrar apoyo en su decisión de dejar la lactancia. Es esencial aperearse



del discurso acusador y excluyente de la lactancia materna y aprender a acompañar y cuidar también a las madres que no amamantan o dejan de amamantar.

Es imprescindible evitar cualquier forma de discriminación social o familiar y proteger la representación positiva que toda madre debe tener de ella misma para preservar su salud emocional y la de su bebé.

3.9. CUIDADOS INTENSIVOS Y PALIATIVOS EN NEONATOLOGÍA Y PÉRDIDAS PERINATALES

Cualquier estado con riesgo vital para el recién nacido supone una situación estresante para los padres y para el propio niño. El ingreso en una unidad de cuidados intensivos es por sí mismo estresante. Los equipos de neonatología-pediatría y de salud mental perinatal deben asegurar, de manera coordinada, que los bebés en estas situaciones, asistidos en unidades de cuidados intensivos, reciban una atención adecuada que les garantice el soporte vital y en su caso unos cuidados paliativos y una muerte digna. Se asegurará siempre la presencia de los padres y su participación en las decisiones médicas que afecten a la evolución del estado físico y emocional de su bebé y se asegurará que estos se encuentren a su lado, en todos los casos, para asegurar el derecho del bebé de estar acompañado por sus padres y, si llegara el caso, de poder morir en sus brazos.

Tras una pérdida perinatal, pre o postnatal, se debe asegurar el seguimiento psicológico de la salud mental parental en los meses siguientes a la pérdida y, al menos también, en la gestación siguiente y meses posteriores al nacimiento del nuevo bebé.

Todas las pérdidas perinatales requieren de un seguimiento y de unos cuidados especializados en salud mental perinatal que faciliten la elaboración del duelo por la pérdida y la mejor recuperación emocional de la familia. Dar nombre a un bebé fallecido antes de nacer o a las pocas horas de nacer, darle sepultura siguiendo la cultura parental, facilitar el reconocimiento de que lo que se perdió es un sujeto que no alcanzó a desarrollarse en las etapas iniciales de la vida, induce y canaliza un proceso de duelo parental y familiar por la pérdida sufrida.

Dada la importancia que tiene el cuidado de la relación padres-niño-profesional para una buena evolución de cualquier proceso, especialmente en ocasión de un ingreso hospitalario que puede resultar largo y cargado de ansiedades, debe resaltarse la importancia de cuidar a los profesionales de la UCIN. Realizar grupos semanales en los que estos profesionales puedan verbalizar y compartir sus vivencias permite la elaboración del dolor emocional que les genera experimentar su responsabilidad sobre la evolución de los niños en situación de riesgo.

Poder tomar consciencia de sus resistencias a aceptar lo doloroso y comprometido de la situación que están viviendo y asumir su tendencia a negarla, permitirá a los profesionales entender y tolerar que los padres también se sientan inclinados a negar, deformar o minimizar el mensaje recibido, o incluso reaccionar con enfado con aquellas personas que le comunican el diagnóstico.

El aumento de su empatía permitirá que, en vez de defenderse ante las reacciones defensivas de los padres, el profesional pueda llevar a cabo una labor de contención que le permita pensar y encontrar recursos que modifiquen, en la medida de lo posible, la situación real ayudando a valorar los pequeños avances a los que, en ocasiones, se otorga poco valor, aunque la experiencia señala que pueden tener un efecto positivo de alcance imprevisible.

3.10. LA EXPOSICIÓN AL SUFRIMIENTO PARENTAL PERINATAL DESDE LOS PRIMEROS DÍAS DE SU NACIMIENTO ES UN FACTOR DE RIESGO Y UNA DE LAS CAUSAS DE ALTERACIONES EN LA SALUD Y LA CONDUCTA DEL BEBÉ

Las alteraciones de la salud se manifiestan muy precozmente, revelando en muchos casos, la existencia de un sufrimiento emocional compartido en el contexto de la interacción madre-padre-bebé, la cual puede comprometer seriamente su desarrollo. La falta de especialización en psicopatología perinatal e infantil temprana y de forma-

ción en psicoterapia de la díada madre-bebé y de la triada padre-madre-bebé conlleva una falta de detección y asistencia psicoterapéutica muy temprana que debe prestarse ante los primeros signos de sufrimiento psíquico que pueden presentarse en el bebé desde sus primeros días de vida.

Se ha demostrado que los padres de bebés prematuros tienen una tasa del 13% de síndrome de estrés postraumático, frente al 0% en la muestra control de los padres que no viven esa situación. Este estrés postraumático parental se asocia de manera significativa en el niño con la aparición de trastornos de la alimentación y del sueño. Si comparamos, en un modelo de ecuación estadística estructural, por un lado, el trauma parental y, por otro, la prematuridad y el riesgo perinatal, se observa que el trauma parental es un factor predictivo más importante del devenir del prematuro que la gravedad de la prematuridad. La angustia temprana que padece el bebé es modulada por la reacción del medio ambiente y por su capacidad de hacerse cargo de ella.

La constatación del estrés postraumático en el prematuro no puede sino confirmar la importancia de los cuidados psiperinatales en los entornos neonatales, tanto con los padres como con el niño. Las situaciones de estrés en los primeros años de la vida pueden producir alteraciones neurológicas transitorias o permanentes por lesiones en el sistema nervioso central mediados por el cortisol y sus receptores.

3.11. LA SEPARACIÓN FORZADA DEL BEBÉ DE SUS PADRES.

La separación forzada del bebé de sus padres con la pérdida o suspensión de la custodia, cuando éstos padecen alguna enfermedad mental o se encuentran en una situación de riesgo social, son cuestiones de gran complejidad que generan repercusiones psicológicas profundas en todos sus protagonistas y pone en riesgo su salud mental.

Las separaciones del bebé por enfermedad mental de padres y/o madre.

Existen estudios cualitativos que muestran el alto impacto negativo que esta separación genera en las madres, identificando que, junto con la pérdida del hijo o hija, estas mujeres manifiestan haber perdido también su propósito en la vida.

Además, el hecho de perder la custodia de los hijos o las hijas conlleva un efecto negativo en la psicopatología de la mayoría de las mujeres estudiadas que tenían un trastorno mental. A partir de esta situación, estas madres estuvieron internadas para su recuperación más tiempo y mostraron un mayor sufrimiento que se perpetuó con el paso de los años. Se observa que, en estas mujeres, al duelo por la pérdida del hijo o hija se agrega un duelo no elaborado por la pérdida de su rol y de sus derechos como madre.

El tratamiento de la madre con enfermedad mental severa mediante la hospitalización conjunta en unidades madre-bebé, cuando ella puede experimentar dificultades en la crianza de su bebé y existe riesgo de separación, o de manera ambulatoria en unidades especializadas en salud mental perinatal, incluyendo al padre en los cuidados, ha demostrado su capacidad de proteger el vínculo materno-filial para favorecer el desarrollo de un apego seguro, de aumentar la percepción de competencia en la madre, sostenida y protegida por un entorno seguro, y de favorecer la recuperación de su salud.

De acuerdo con los trabajos consultados se concluye que la separación de la madre e hijo, o madre, padre e hijo, en el contexto de enfermedad mental materna, genera un daño emocional irreparable en la madre, en el padre, en la vida familiar y en el propio niño, evitable en la inmensa mayoría de los casos cuando las instituciones disponen de los recursos para atender adecuadamente. Recursos disponibles en países que han venido desarrollando políticas sociales y sanitarias adaptadas a las necesidades, bien conocidas hoy en día, de madres y padres con enfermedad mental o sufrimiento emocional.

Así mismo, las investigaciones muestran que las separaciones tempranas de las madres y sus bebés en la primera in-



fancia producen efectos a largo plazo en los niños y adolescentes, en sus capacidades de autorregulación emocional (afectando a la función del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal), en su paradigma de vinculación adulta, capacidades cognitivas, sociales y emocionales.

Igualmente se encuentra relación entre la falta de disponibilidad materna en los primeros años y un patrón de apego desorganizado, lo que se relaciona con mayor vulnerabilidad a la psicopatología infantil y adulta.

Las conductas de apego y el proceso de vinculación componen un paradigma de marco referencial para la comprensión de las dinámicas que acontecen en la primera infancia y que tienen una repercusión a medio y largo plazo, por lo que contribuye a la comprensión de los procesos mentales y de la intervención psicoterapéutica.

Siendo unos conceptos que emergieron de la observación clínica, se han encontrado sustratos neurofisiológicos que avalan, con suficiencia metodológica, las conclusiones de la teoría del apego y fundamentan la denominación de «nuevo paradigma» para la interacción madre-bebé. Destaca la importante función de la oxitocina para establecer el apego humano, apareciendo la acción de otras sustancias como las feromonas y los corticoides. Así mismo, se ha constatado que las interacciones tempranas moldean los circuitos neuronales mediante un complejo entramado de mecanismos neuropsicológicos que se ponen en juego tanto en el niño como en la madre. Ofrecer un sostén adecuado para establecer, mejorar y reparar el vínculo en la díada, desde un marco de intervención temprana interdisciplinar, resulta imprescindible.

Se constata también que se hacen necesarios más estudios longitudinales frente a los retrospectivos, para evaluar los efectos a largo plazo de las separaciones.

A falta de registros y estadísticas en algunos países, sirvan de referencia los que proporcionó el Reino Unido en el plan de los 1001 días críticos: los bebés son muy vulnerables al abuso y la negligencia. En Inglaterra los niños y las niñas que han sufrido abuso o negligencia tienen siete veces más probabilidades de morir. Se estima que alrededor del 26% de los bebés (198.000) en el Reino Unido viven en situaciones familiares complejas de mayor riesgo donde hay problemas como el abuso de sustancias, enfermedades mentales o violencia doméstica. El 36% de las revisiones de casos graves involucran a un bebé menor de un año.

Por tanto, es necesario contemplar el problema de la salud mental perinatal desde la doble óptica de las necesidades tanto del niño/a como de su familia considerando como un todo su gran interdependencia en este periodo vital.

En síntesis:

La pérdida o suspensión de la custodia por una enfermedad mental resulta evitable en la inmensa mayoría de los casos, como lo señalan los ejemplos de los distintos países citados en el presente documento, siempre y cuando las administraciones públicas pongan a disposición de las madres, padres y bebés los suficientes recursos especializados en salud mental perinatal y una coordinación eficaz entre servicios sanitarios, sociales y educativos.

Las administraciones deben velar por preservar la unidad familiar ofreciéndole a la familia aquellos recursos que le faciliten la estabilidad necesaria para que ésta pueda seguir cuidando a sus menores. Para seguir cuidando de la familia, las instituciones responsables deben permanecer atentas al desarrollo de la enfermedad, de la situación familiar y de las nuevas necesidades que puedan ir manifestándose.

Algunas perspectivas que considerar:

La Ley insiste en que siempre ha de prevalecer el interés superior de los menores. Sin embargo, la inercia que puede desarrollarse en aplicación de este postulado puede relativizar las necesidades que tienen una madre y un padre de recibir una atención adecuada y/o no considerar suficientemente la importancia de proteger a la familia con todos los recursos disponibles para que el bebé pueda, de manera claramente prioritaria, seguir creciendo en su seno.



En la enfermedad mental, “el peso” de ejercer la maternidad o la paternidad puede convertirse en algo insostenible sin los necesarios apoyos familiares, sociales y sanitarios.

Las conductas parentales que, desde una mirada superficial, podrían catalogarse como desafectivas o irresponsables, derivadas de la afectación de la enfermedad mental, no deben de entenderse como actitudes de desapego o de irresponsabilidad parental, sino como los efectos de una enfermedad que produce un debilitamiento de los recursos emocionales y psíquicos disponibles, que pueden ser sostenidos y reforzados con la ayuda comunitaria adecuada. Siendo que su intención y su afectividad están orientadas a poder desarrollar su función parental de manera adecuada, es por lo que la pérdida de los hijos es vivida de modo tan traumático por las madres y los padres que agranda su vivencia de desubicación psíquica e incrementa su enfermedad mental.

En la mayoría de los casos, proteger la débil salud mental de los padres y madres, tiene que ver con disponer o crear alianzas estables y estrechas con personas familiares de confianza, de modo que puedan ser referentes ante situaciones de ansiedad.

Las madres y los padres afectados por la enfermedad mental tienen que poder sostener dos anclajes vitales para la salud mental: conservar su débil reconocimiento subjetivo y dar sostén a la singularidad e individualidad de los hijos. Debido a que en ocasiones no pueden sostener ambas dimensiones es por lo que resulta vital que se les ayude a seguir sintiéndose padres y madres suficientemente buenos y competentes mediante una auténtica y eficaz coordinación entre Servicios Sociales, Sanidad y Educación.

En los casos en los que la decisión sociosanitaria sea la de una retirada del bebé o menor, esta deberá prepararse con todos los cuidados necesarios para disminuir en todo lo posible el estrés y el sufrimiento generado en todas las partes afectadas y, previamente, disponer de un programa de sostén comunitario y de atención psicológica tanto para la madre como para el padre, así como para los familiares de referencia.

Algunas consideraciones sobre las separaciones del bebé de sus padres/madre en situación de exclusión o de riesgo de exclusión social

Dejando bien sentada la idea de que todos los cuidados y ayudas sociosanitarias, que hasta ahora hemos venido considerando necesarias al reflexionar sobre la situación de madres y padres afectados por una enfermedad mental, también deben de aplicarse en las situaciones de exclusión social, queremos considerar algunas necesidades más específicas propias de las situaciones en las que estas madres y padres sufren.

En las situaciones de exclusión social, se encuentra frecuentemente una vivencia de confusión afectiva en la que la experiencia de lo afectivo puede resultar ambivalente y contradictoria, con una ausencia o lejanía de apegos seguros que lleva a que el modo de reconocimiento se genere desde la inseguridad psíquica y el sentimiento de la No pertenencia a los grupos sociales normativos.

En ocasiones, en la exclusión social, la experiencia de la maternidad o paternidad puede ser vivida como un “modo de integración social”, como un “título” que permite sentirse reconocidos por lo social. Por ello, la retirada de los menores no ayuda en casi ningún caso a su recuperación, sino más bien puede llevar a la repetición y a nuevos embarazos.

Siendo que en excesivas ocasiones la retirada se produce de forma violenta y traumática tanto para los padres como para el bebé o el menor, resulta imprescindible elaborar protocolos adecuados para que las retiradas, cuando tengan que producirse, sean en todos los casos consensuadas y colaborativas ofreciendo a la familia el tiempo suficiente y unos procedimientos que velen siempre por facilitarles una adecuada elaboración de la experiencia. Salvo en muy pocos casos, siempre debe de respetarse ese tiempo transicional.

En términos generales, se deben sopesar adecuadamente los tiempos que necesita cada familia, considerando el tiempo que resulte soportable para los menores permanecer en la estructura familiar.



Consideramos que la retirada de los menores es la última opción, pero no siempre la peor, ni para los menores ni para los padres y/o madres

Cuando se decide separar

Se considera necesario, que en los casos en los que se decide que un bebé debe ser separado de su madre y de su padre, exista una verdadera y efectiva coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios de salud mental perinatal e infantil para tomar dicha decisión y asegurar las mejores condiciones para la salud mental de todos ellos.

Es necesario que las administraciones elaboren protocolos o programas conjuntos y verdaderamente coordinados para disminuir al máximo el sufrimiento de la madre, del padre y de su bebé, expuestos a una separación forzosa.

Se considera necesario, en todos los casos, preavisar con la adecuada antelación a la madre y al padre, así como facilitarles la información suficiente relativa a las figuras o centro de acogida de su bebé, niño o niña, para que puedan separarse de la manera menos violenta posible y con el fin de protegerles del estrés postraumático que puede derivarse de dicha acción.

Los servicios de salud mental deberán velar por que las condiciones de separación generen el menor sufrimiento posible tanto en los padres como en el niño o niña, preparando a éste/a de manera especializada y personalizada con la participación de sus padres, siempre que resulte posible, considerando al bebé y al niño o niña como un sujeto consciente y sensible expuesto al sufrimiento por separación forzosa, necesitado de un proceso de adaptación progresiva ajustado a las necesidades individuales.

Así mismo, y siempre que resulte posible, se cuidarán las condiciones de comunicación de los padres con su hijo o hija a lo largo del tiempo de separación, con el fin de evitar los graves perjuicios que pueden afectar a la salud de todos ellos, derivados de algunas formas de separación negligentes, poco consideradas con las necesidades de comunicación de un niño o niña pequeña con sus figuras primarias de apego.

La sensibilidad emocional de los padres y madres de acogida deberá ser cuidada también de manera exquisita puesto que ellos y ellas, adecuadamente preparados/as para el acogimiento, también pueden sufrir las consecuencias de las separaciones de aquellos bebés, niños o niñas que estuvieron cuidando como familia de acogida, cuando éstas se producen de manera brusca o sin asegurar las mejores condiciones de cuidado para el bebé, niño o niña con el que la familia de acogida desarrolló un vínculo afectivo de apego. También deberá de prepararse al bebé, niño o niña, para la separación de las figuras parentales que lo/a acogieron para hacerse cargo temporalmente de su crianza.

3.12. LA GESTACIÓN Y LA CRIANZA DURANTE LOS TRES PRIMEROS AÑOS EN ENTORNOS DE ALTO RIESGO PSICOSOCIAL (I.E. CENTROS PENITENCIARIOS) PUEDEN SER UNA FUENTE DE SUFRIMIENTO PARENTAL Y DEL BEBÉ CON IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE AMBOS.

Más allá del impacto diferencial del encierro, que afecta a la población penitenciaria femenina, la situación de las mujeres embarazadas o con hijas o hijos merece un tratamiento especial.

La cárcel es un lugar “per se” inadecuado para garantizar el acceso a los recursos y la atención especializada con relación a dieta, ejercicios, ropa, medicamentos y cuidados médicos. A ello se suma que el alumbramiento en situación de encierro y los niveles de ansiedad y estrés tienen directa incidencia en la salud física y emocional del bebé.

Como sucede en otros lugares, aunque la edad resulta variable según el país, en España, la ley⁴ permite que los hijos y las hijas de hasta 3 años de edad puedan convivir con su madre mientras esta cumple condena en un centro penitenciario, en lo que se conoce como Unidades de Madres, que pueden ser también Unidades Dependientes exteriores para internas en tercer grado.

⁴ Artículo 38 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.

En el marco de la asistencia a los niños y las niñas, las Unidades de Madres deben contar con un local habilitado como centro de educación infantil y estar separadas arquitectónicamente del resto de departamentos. La Unidad Educativa del centro penitenciario es la encargada de realizar la programación educativa anual para los niños y las niñas.

A pesar de contar con estos servicios, la prisión es un entorno hostil para los niños y las niñas, que pueden presentar déficit de desarrollo en las habilidades motoras y cognitivas o en su desarrollo afectivo, relacional y sensorial⁵. En el año 2020 había 69 niños y niñas de 0 a 3 años con sus madres cumpliendo condena⁶ (López-Fonseca, 2020). Cuando cumplen los 3 años, si la madre aún debe continuar en el centro, se deben de tomar medidas de acogimiento.

Si bien es cierto que la posibilidad de mantener con ellas a sus hijas o hijos en la prisión, para poder hacerse cargo de su crianza, puede reducir las consecuencias negativas de la separación, no es menos cierto que el encierro constituye un factor de riesgo adicional para el grupo familiar. Razón por la que se recomienda la creación de residencias de madres, cuyo objetivo es crear un entorno adecuado para favorecer que los niños/as puedan desarrollarse emocional y educativamente de manera saludable junto a sus madres.

Para crear un ambiente adecuado, resulta importante el desarrollo de programas destinados a la prevención y la promoción de la salud mental materno filial mediante una atención psicológica y educativa directa, ofrecida a las madres y a los niños/as, que incluya, además, la sensibilización y el apoyo psicológico regular a los funcionarios que sostienen la unidad o Residencia y cuidan de las madres.

El objetivo de estos programas integrales⁷ es lograr un acompañamiento psicológico en todos los procesos que engloban la maternidad, la crianza y el desarrollo del niño/a, favoreciendo la experiencia vincular de apego y de interacción generalizada, y facilitando de ese modo un desarrollo biopsicosocial armónico en el niño/a y en la función materna.

Resulta necesario llevar a cabo programas integrales con, al menos, tres líneas de intervención que incluyan, en primer lugar, la intervención directa con las madres y sus hijos/as, en segundo lugar, con los funcionarios de las unidades o residencias de madres y en tercer lugar con la investigación, elaboración y difusión del conocimiento que se desprenda de esta colaboración.

Separaciones

Especial atención merecen aquellas situaciones en las que algunos niños/as se encuentran en condiciones óptimas de crianza con sus madres en las residencias de madres y que, a pesar de ello, son separados de ellas al cumplir los tres años sin tener en cuenta que la alternativa puede resultar claramente perjudicial. Sin la posibilidad de algún familiar en condiciones de hacerse cargo de la crianza del niño/a, este puede ser separado/a de su madre y acabar internado en un centro de menores porque la administración no disponga de una familia de acogida⁸.

3.13. PSICOEDUCACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN SALUD MENTAL PERINATAL

En el ámbito de la prevención de la psicopatología perinatal se consideran valiosos los programas psicosociales de educación prenatal dirigidos a los adolescentes, potenciales futuros padres y madres, que puedan ser

5 Fundación Padre Garralda. (s.f.). Niños que viven en prisión. <https://www.horizontesabiertos.org/index.php/nuestros-proyectos/ninos-que-viven-en-prision/>

6 López-Fonseca, Ó. (7 de mayo de 2020). Los últimos 69 niños en las cárceles españolas. El País. <https://elpais.com/espana/2020-05-06/los-ultimos-69-ninos-en-las-carceles-espanolas.html>

7 Ver el programa integral que lleva a cabo ASMI WAIMH-España en la Residencia de Madres "Irene Villa" del centro penitenciario de Fontcalent situado en la ciudad de Alicante. http://asmi.es/arc/doc/Resumen_Proyecto_Foncalent_Picassent.pdf

8 La legislación pertinente (Ley Orgánica 8/2015 de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia) recomienda encarecidamente que la acogida de niños y niñas de 0 a 3 años se realice en entornos familiares. Sin embargo, el 15 % de las medidas de protección para estas edades sigue tomándose en centros residenciales para menores.



llevados a cabo en los centros educativos de secundaria y bachillerato.

Se consideran necesarios los programas psicoeducativos que acompañen y sostengan a todas las futuras madres y a los futuros padres a lo largo de la gestación para favorecer el mejor desarrollo posible de su función parental y el cuidado de su salud y, de manera especial, para acompañar a las adolescentes gestantes y a las futuras madres y padres en situación de riesgo de exclusión social.

Con el fin de favorecer el mejor desarrollo posible de su función parental, dichos programas de acompañamiento no sólo deben de estar disponibles a lo largo de la gestación sino también a lo largo de los 12 meses siguientes al nacimiento del bebé para acompañar a los padres en su crianza.

3.14. EL ÁMBITO EDUCATIVO 0-3 Y LA SALUD MENTAL PERINATAL

Siendo que las familias de niños y niñas de muy corta edad pueden incorporar tempranamente a sus hijos/as a una escuela infantil, o guardería, y que entre ellos pueden encontrarse bebés y familias afectadas por algún sufrimiento de origen psiperinatal, se considera necesario dotar de programas formativos especializados para sensibilizar a los/as educadores/as 0-3 años sobre la psicopatología perinatal y los trastornos psicopatológicos funcionales y emocionales muy tempranos relacionados con el sufrimiento perinatal que pueden padecer un bebé y su familia, con el fin de aumentar su conocimiento y facilitar su función cuidadora relacionada con el bebé, niño y niña a su cargo y con los cuidados de la familia.

LA CALIDAD EDUCATIVA

Los equipos de atención temprana

La atención temprana, como un derecho básico del niño, tal como establece la normativa educativa y propone la Garantía Infantil Europea⁹, como componente social básico de protección especializada para responder a los factores de riesgo de estas primeras edades, debe incluir, como algo esencial, la detección y atención en los centros educativos, así como la colaboración y participación de la familia.

Cada vez conocemos mejor la naturaleza de los trastornos infantiles y ya nadie duda de que su evolución dependa en gran medida de su rápida detección. Detección que depende de la capacidad y formación del personal educativo y de la estrecha colaboración y proximidad de los profesionales de la atención temprana para garantizar una coordinación e intervención ágil y eficiente.

Un número creciente de niños está involucrado en nuevas situaciones de fragilidad y vulnerabilidades: una gestación cada vez más inmadura (prematuridad, partos múltiples); el cambio de los modelos tradicionales de crianza y las nuevas y complejas problemáticas de las relaciones en las familias; el incremento de las situaciones de estrés cotidiano y la ausencia de referentes educativos solventes en los nuevos padres y madres, además de su soledad educativa. Estas nuevas situaciones afectan a capas muy extensas de la población y generan dinámicas de riesgo que precisa ayuda para reordenarse.

La detección en los primeros años no puede basarse solo en la gravedad aparente de la sintomatología, porque problemáticas leves y problemáticas graves a menudo tienen inicialmente sintomatología parecida.

La detección y la puesta en marcha de mecanismos de apoyo educativo o terapéutico no puede posponerse hasta la certeza diagnóstica porque ello significaría llegar tarde en muchas ocasiones.

⁹ Recomendación (UE) 2021/1004 del Consejo, de 14 de junio de 2021, por la que se establece una Garantía Infantil Europea.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32021H1004#PP2Contents>

Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030) https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/docs/PlanAccion_MAS.pdf

Todo ello hace que los equipos de atención temprana sean necesarios y se contemplen como condición para la calidad educativa. La orientación educativa en educación infantil resulta singular y exige un ámbito de conocimientos específicos, puesto que en los primeros años de vida la estructuración psíquica sigue unas dinámicas particulares y deben conocerse en profundidad los procesos precursores de las distintas dimensiones de maduración, así como los indicadores de los procesos psíquicos estructurantes.

Las lógicas particulares del desarrollo y del aprendizaje en estas edades requieren de un auténtico proceso de diagnóstico diferencial junto al apoyo decidido a la familia y al bebé si es necesario.

El cuidado de algunos procesos fundamentales en la escuela infantil

Con la misma seguridad que comprobamos la incidencia que tiene la calidad de las relaciones familiares en la salud mental del bebé y en su desarrollo sano, podemos referirnos a la importancia de que existan unas relaciones de calidad en el entorno de la escuela infantil o guardería, puesto que también constituye un entorno cotidiano que influye en la vida de los más pequeños.

Por ello es preciso un entorno escolar que garantice: a) un ambiente afectivo seguro y sano con una dinámica de relaciones estables, b) un ambiente estimulante para el juego, el movimiento y la expresividad psicomotriz como recursos privilegiados para el desarrollo y el aprendizaje que facilitan el ajuste espontáneo a las competencias del niño, c) la riqueza y el protagonismo del lenguaje en todas sus funciones y en unas condiciones favorables a la comunicación y al habla sobre el que se pueda construir el conocimiento, d) la calidad de la vida cotidiana porque ordena la vida del grupo con el niño como centro y porque le garantiza satisfacer sus necesidades básicas, e) con un funcionamiento basado en la colaboración entre las familias y entre las familias y el profesorado.

El cuidado de la calidad de vida cotidiana del profesorado de la escuela infantil

Es necesario cuidar la calidad de la vida cotidiana del profesorado y de todos los adultos que desarrollan una actividad profesional en la escuela infantil puesto que necesitan encontrar una manera amable de estar y de convivir que les ofrezca confianza y tranquilidad en un marco cooperativo. No olvidemos que *la serenidad de los maestros es una condición básica para el bienestar de los niños*.

La pobreza como factor de riesgo

Además de las dimensiones contempladas habitualmente como factores relacionales – familiares, también hay que tener en cuenta la pobreza infantil como factor de riesgo.

A pesar de que todos los niños son potencialmente educables, su educabilidad está condicionada por el efecto de las condiciones sociales en que viven porque los factores asociados a la pobreza impiden el aprovechamiento de las oportunidades educativas¹⁰.

Los niños que se encuentran en entornos familiares socialmente desfavorecidos no solo sufren las privaciones económicas del hogar, sino también el hecho de que estas privaciones afectan la calidad de las relaciones entre adultos y la de estos con sus hijos.

Además de los efectos negativos, directamente derivados de la pobreza sobre el bienestar infantil, se suman a menudo los efectos indirectos asociados al deterioro de clima familiar.

Los niños en situación de exclusión social no tienen un conflicto ni lo generan, pero viven inmersos en él. Es nece-

¹⁰ Tarabini, A.; Bonal, X. «La educabilidad: educación, pobreza y desigualdad». Cuadernos de Pedagogía, núm. 425, 2012. https://ddd.uab.cat/pub/artpub/2012/163911/cuaped_a2012m7-8n425p16.pdf



sario tener en cuenta que la exclusión social no es tan solo un estado externo, sino que también es una vivencia emocional.

No se trata tan solo de carencias materiales, sino de todo lo que esto implica en su manera de estar en el mundo. Es, sobre todo, una vivencia que da miedo y genera miedos puesto que cuestiona la permanencia y la seguridad.

La tristeza y la rabia son también emociones ligadas al universo emocional que genera la pobreza y el riesgo de exclusión social, además de verse gravemente comprometida la autoestima.

De hecho, la LOMLOE¹¹, en la disposición adicional tercera, sobre la extensión de la educación infantil, prioriza el cuidado del alumnado en situación de riesgo de pobreza y de exclusión social.

Por todo ello, la protección de los niños y niñas de los efectos de la pobreza debe estar presente en todo planteamiento en torno a la salud mental de la infancia sin saltarse la primera infancia.

Es necesario tener en cuenta que los sistemas de protección social son insuficientes a la hora de garantizar la protección de todas las niñas y niños.

Los principales obstáculos que enfrentan las familias y los niños, niñas y adolescentes para acceder a la educación, cuidado y atención temprana de la primera infancia, educación formal y no formal, asistencia sanitaria, una alimentación saludable o una vivienda adecuada, son:

- Barreras económicas: dificultad de las familias con bajos ingresos para asumir los costes de los servicios o la imposibilidad de acceder a ellos cuando las medidas de protección social están vinculadas a la situación laboral de los hogares afectados por el paro o el subempleo.
- Barreras institucionales: políticas públicas poco equitativas, restricciones en los criterios de elegibilidad, procedimientos burocráticos largos y complejos, limitada difusión de la información...
- Barreras estructurales o espaciales: espacios físicos y virtuales que no contemplan las necesidades especiales de los niños y niñas, o su estado de desarrollo, limitando el acceso a entornos protectores, inclusivos y participativos, insuficiente disponibilidad, distancia de los servicios...

Una relación nefasta entre los bebés y las pantallas

Cada vez es más evidente la gravedad de las consecuencias por las malas prácticas en el uso de las pantallas en entornos de crianza¹².

Los niños, del mismo modo que se relacionan con cualquier otro objeto, integran también la interacción con dispositivos digitales con naturalidad. En el marco de esta revolución digital, la infancia continúa siendo una etapa fundamental para adquirir y desarrollar diferentes capacidades del neurodesarrollo, por eso hacen falta estímulos ambientales que favorezcan su evolución física, sensorial, intelectual y afectiva.

En nuestra sociedad existe, en general, un gran desconocimiento de los efectos contraproducentes que tiene la exposición de los niños a las pantallas de forma abusiva y continuada, especialmente antes de los 6 años.

En muchas situaciones, los dispositivos se convierten en una alternativa accesible y eficaz para la distracción de las criaturas que varía según situaciones: varios estudios indican que, en los entornos sociales de mayor vulnerabilidad, o en familias donde hay adultos con menores capacidades parentales, la media de tiempo de uso de dispositivos y pantallas durante la primera infancia, y sin supervisión, es significativamente superior.

Son ampliamente conocidas las graves consecuencias del uso inapropiado en estas edades: en el desarrollo ce-

¹¹ Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

¹² Manifiesto Infancia y Pantallas https://drive.google.com/file/d/1JP_LwGc5j0k69ngB16U0Ih98mUjO5G4K/view



rebral, en la salud y el desarrollo físico y en la salud emocional. Especialmente grave son las consecuencias en la salud emocional puesto que la utilización de pantallas por parte de los adultos interfiere en la construcción de este vínculo, así como en los procesos madurativos del niño. La exposición a pantallas en la infancia se asocia a dificultades en la regulación emocional, aumento de la respuesta de estrés, más problemas de conducta, aumento del riesgo de TDAH, y aumento del aislamiento social, comportamientos antisociales y sintomatología depresiva en edades más avanzadas

Es necesario por un lado, promover una mayor concienciación social para dejar de normalizar el uso de pantallas antes de los 3 años, así como prevenir la adicción infantil a las mismas. Por otro lado, es inaplazable promover el conocimiento entre los profesionales relacionados con la primera infancia para que puedan desarrollar una función pedagógica preventiva.

04 AVANCES EN PSIPERINATALIDAD EN VARIOS PAÍSES

La evidencia científica generada por los desarrollos sociosanitarios contemplados en los planes nacionales de salud mental perinatal en numerosos países europeos, y los beneficios que éstos han generado en la protección de la salud mental materna, paterna e infantil, desde el periodo periconcepcional, en las últimas décadas, pone de relieve las carencias que aún existen en algunos países y las graves consecuencias para la salud mental perinatal y de la familia que representan las acciones unilaterales y disociadas, emprendidas por instituciones no integradas en redes sociosanitarias adaptadas a las necesidades de las gestantes, madres, padres, embriones, fetos, bebés, niños, niñas y familias.

El primer tiempo de los cuidados desarrollados por los países europeos pioneros en salud mental perinatal se centró en la salud mental de la madre, el segundo tiempo en la madre y el bebé y en el actual y tercer tiempo, en la familia en la que se encuentran incluidos la madre, el padre y el bebé, siendo aquella la que debe recibir los cuidados antes y después de la gestación para asegurar la mejor evolución posible de la salud mental perinatal.

Así pues, el nuevo paradigma de la atención a la salud mental perinatal incluye de manera decidida a las familias y subraya la importancia de cuidar a la futura madre y al futuro padre desde la época antenatal, puesto que la epigenética evidencia el riesgo de padecer y de transmitir los efectos de las experiencias generadoras de estrés o sufrimiento experimentado por la madre, por el padre y por el bebé, pudiendo llegar a comprometer, en algunos casos, la salud de varias generaciones.

Varios países de Latinoamérica y Europa han adoptado políticas de atención a la infancia y la familia durante la etapa perinatal con carácter universal y el objetivo de mejorar el bienestar, incluido el bienestar emocional, de madres, padres, hermanos y bebés. Estas políticas han sido concretadas en planes o programas denominados, en general, de “los 1000 primeros días”.

4.1. LOS PROGRAMAS DE LOS PRIMEROS 1000 DÍAS

Los programas de los primeros 1000 días son aquellos que abordan el período de la vida que abarca el embarazo y los dos primeros años. Este período es de una gran importancia para la nutrición, en especial la lactancia materna, para el desarrollo emocional y cognitivo del bebé, para el establecimiento de un vínculo de apego seguro y para el



desarrollo de las competencias parentales, además de resultar ser una gran ventana para la prevención de diversas patologías, entre ellas las enfermedades crónicas no transmisibles, así como la promoción de la salud mental parental y del bebé.

Tomando este período clave, muchos países del mundo han desarrollado programas integrales con diversas características, pero todos incluyen aspectos de la salud mental perinatal en su conformación.

4.2. LOS “PRIMEROS 1000 DÍAS” EN ALGUNOS PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

En los países de Latinoamérica los programas de los “primeros 1000 días” han tomado diversos formatos. Haremos referencia sólo a algunos de ellos:

En el caso de Argentina, se ha aprobado la “Ley de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia” denominada también “ley de los primeros mil días”. En ella se destaca la necesidad del abordaje integral, interdisciplinario y multidimensional de las temáticas relacionadas con el cuidado del embarazo y los primeros años de vida. Dentro de la dimensión salud integral es clave el cuidado de la salud psíquica, mental y vincular, promoviendo estrategias de promoción del apego y el juego, por un lado, así como la necesidad de conceder licencias por maternidad y por paternidad.

De la ley mencionada surge el Plan 1000 días: es una política estratégica del Estado Nacional que tiene como objetivo la atención y el cuidado integral de la salud durante el embarazo y se extiende a la primera infancia. Reconoce la gestación, el nacimiento, la crianza y el cuidado de niños y niñas como una responsabilidad pública, comprometiendo a las distintas áreas y niveles de gobierno en una acción conjunta, bajo una mirada integral de cursos de vida con perspectiva de derechos.

Además, desde el año 2010 se han desarrollado iniciativas de alcance nacional para el trato respetuoso del proceso del nacimiento, incorporando el enfoque de Derechos y el enfoque de Interculturalidad. Esta iniciativa, conocida como Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF), se lleva adelante en más de 100 maternidades públicas del país y otras del sector privado. Este desarrollo hizo visible la problemática de la salud mental perinatal en distintos niveles. A la Ley del Parto Respetado que incluye variables del cuidado preventivo de la salud mental de la mujer y su entorno, se han sumado iniciativas de interés legislativo, como el Día Mundial de la Salud Mental Materna, instituida en 2019 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

A partir de la sensibilización alcanzada en torno a los ejes de la concepción médicamente asistida, gestación y nacimiento, se han generado espacios de capacitación en numerosos ámbitos universitarios, ante la demanda de formación específica. A su vez, el Servicio de Salud Mental del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, de la CABA, reconocido como referente en la temática de salud mental perinatal, ofrece atención a usuarias y capacitación a profesionales, a partir de dispositivos específicos en la institución de intervención en la etapa perinatal (Residencia Hogar para Madres de recién nacidos internados, actividades de prevención, inclusión de la familia, acompañamiento en detección antenatal de patologías fetales, entre otras). En el caso de Colombia, el plan de los primeros 1000 días se integra al Plan de Salud, que es parte de la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia de “De Cero a Siempre”. Vale la pena repasar algunos fundamentos de esta política pública colombiana:

“La Estrategia es ‘la manera intersectorial, concurrente y coordinada en que los sectores estatales del nivel nacional y local (educación, salud, cultura, bienestar, planeación, etc.), así como otros actores de la sociedad (familias, comunidad, sociedad civil, academia, empresa privada, organizaciones no gubernamentales, entre otras), se articulan para lograr la atención integral a las mujeres gestantes, y las niñas y los niños en primera infancia, a partir de lo que ellas y ellos requieren”.

Otro caso paradigmático es el de Chile con su programa “Chile Crece Contigo” (2009) (ChCC) como modelo de integralidad dentro de las políticas de primera infancia en América Latina.



El programa Chile Crece Contigo es un sistema de protección integral a la infancia, que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños, niñas y sus familias desde el primer control de gestación hasta los nueve años, por medio de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor. Todas las mujeres que asistan a su primer control de gestación en el sistema público de salud entran automáticamente a Chile Crece Contigo, momento en que comienza el seguimiento y apoyo en el desarrollo del niño o niña, siendo posible acceder a controles preconceptionales si se está planificando un embarazo.

Cabe señalar que el programa ChCC está orientado a asegurar el desarrollo multidimensional de los niños y niñas. No obstante, si bien existe un proyecto asociado al área de salud mental, este ha sido complejo de implementar. Pese a que este programa abarca desde el primer control de la gestación, donde se incorporan talleres, material didáctico y fichas informativas de cada etapa, una de las pocas instancias donde se puede detectar algún tipo de dificultad asociada a la salud mental de la madre es durante las entrevistas que realiza el/la matró/a, el/la médico/a obstetra o posteriormente el/la pediatra. Sin embargo, no parecieran existir instancias oficiales de derivación cuando aparecen indicadores de posible patología mental, quedando a criterio del facultativo que realiza la entrevista; a diferencia de lo que ocurre en otras áreas del desarrollo, por ejemplo, cuando se detectan dificultades asociadas al plano psicomotor, lenguaje, problemas de aprendizaje, etc. o en la madre, asociados por ejemplo a su alimentación, peso, salud bucal, uso de suplementos y vitaminas, lactancia, entre otros.

Por último, cabe mencionar que actualmente se acaba de lanzar un proyecto piloto, llamado “Fortalecimiento de la atención del duelo gestacional y perinatal”. A propósito de la relevancia del acompañamiento en el dolor a las familias en forma sensible y la falta de formación regular que existe en pregrado y sin una normativa nacional. Este proyecto se está ejecutando en 40 hospitales de la Red Pública de Salud, liderado por Chile Crece Contigo en el Ministerio de Salud, en conjunto con la División de Gestión de la Red Asistencial, Programa de la Mujer, Programa de Salud Mental, y con la Fundación Amparos, agrupación que acompaña a quienes han sufrido la muerte de su bebé durante el embarazo, el parto o al poco tiempo de nacer.

En el caso de estos países, las estrategias relacionadas con la salud mental perinatal se encuentran integradas en planes más amplios de salud, sin que necesariamente sea el foco primordial de la política pública implementada.

4.3. EL REINO UNIDO Y LOS 1001 PRIMEROS DÍAS

Un ejemplo diferente en cuanto a la inclusión de la atención a los problemas de salud mental perinatal lo ofrece el Reino Unido en su programa “The 1001 critical days. The importance of the conception to age two period”¹³. En el acuerdo que firmaron los principales grupos parlamentarios (2015) destacan en primer lugar una serie de consideraciones basadas en la evidencia científica sobre la importancia del periodo aclarando por qué es tan crítico:

Los primeros años de vida son un período crucial de cambio; junto con la adolescencia, este es un momento clave para el desarrollo del cerebro. A medida que mejora nuestra comprensión de la ciencia del desarrollo, se vuelve más y más claro cómo los eventos que les suceden a los niños, niñas y bebés conducen a cambios estructurales que tienen ramificaciones de por vida.

La mejor oportunidad para generar y promover el desarrollo es durante los 1001 días críticos. Al menos una relación amorosa, sensible y receptiva con un cuidador adulto le enseña al bebé a creer que el mundo es un buen lugar y reduce el riesgo de que se enfrente a problemas disruptivos en el futuro.

Aunque lo avalado por la evidencia científica se viene reflejando a lo largo de este documento, merece la pena recordarlo tal como lo expone el Reino Unido (Bauer et al., 2014), por su importancia y concreción:

- El embarazo, el parto y los primeros 24 meses pueden ser difíciles para todas las madres y padres, y a algunos padres les puede resultar difícil brindar el cuidado y la atención que su bebé necesita. Pero también puede

¹³ <http://www.1001criticaldays.co.uk/>



ser una oportunidad para lograr un gran cambio, ya que el embarazo y el nacimiento de un bebé es una 'ventana de oportunidad' crítica cuando los padres son especialmente receptivos a las ofertas de asesoramiento y apoyo.

- Todos los niños y niñas merecen la misma oportunidad de llevar una vida saludable y satisfactoria, y con el tipo correcto de intervención temprana, hay todas las oportunidades para que se desarrollen vínculos seguros entre padres e hijos.
- Un feto o bebé expuesto a estrés tóxico puede tener sus respuestas al estrés (cortisol) distorsionadas en la edad adulta. Este estrés temprano puede provenir de que la madre sufra síntomas de depresión o ansiedad, tenga una mala relación con su pareja o un trauma externo como el duelo.
- El apego es el vínculo entre un bebé y sus cuidadores. Es bien sabido, que el desarrollo social y emocional de un bebé se ve fuertemente afectado por la calidad de su apego. Este plan se dirige en principio a toda la población, aunque integra, además, todos los recursos necesarios para la atención a la salud mental perinatal, de menor a mayor complejidad de los problemas, que veremos en el siguiente apartado.

4.4. EVOLUCIÓN DE LA PSIPERINATALIDAD EN EUROPA

El campo de la psiperinatalidad, en el que resulta esencial ofrecer unos cuidados basados en la interdisciplinariedad mediante una fuerte organización en red de los servicios y recursos disponibles, adaptados a las necesidades de las madres, padres y bebés en cada región, ha evolucionado de manera considerable en muchos países europeos desde los años 70.

Uno de los primeros antecedentes se da en Gran Bretaña cuando en el año 1948 fueron hospitalizadas en el Cassel Hospital, junto a sus bebés, madres que presentaban patologías mentales moderadas de tipo ansioso y depresivo. En el año 1956, en el contexto de un trabajo en psiquiatría de enlace con un servicio de obstetricia, se acogió en el West Middlesex Hospital a madres que presentaban una esquizofrenia aguda (psicosis puerperal), atestiguando entonces la evolución particularmente favorable de sus pacientes cuando se producía bajo esta forma de intervención que requería no separarlas de sus bebés.

En Francia existen, desde los años 80, algunos dispositivos en la atención a los problemas de salud mental perinatal y otras actuaciones anteriores relativas a la coordinación y formación de profesionales, pero el avance significativo de la atención a la misma surgió a raíz del informe que el Ministerio de la salud, la familia y las personas con discapacidad solicitó a tres especialistas sobre la perinatalidad con el fin de mejorar su atención.

Basándose en el informe citado se aprueba el nuevo Plan de Perinatalidad 2005-2007 "Humanité, proximité, sécurité, qualité". Incorpora como objetivos la mejora del entorno psicológico del nacimiento y la prevención del desarrollo psicoafectivo de los niños, prestando especial atención desde el embarazo a la seguridad emocional de los padres, creando un espacio de seguridad emocional para todo el periodo perinatal y procurando la detección de las necesidades especiales que puedan surgir en este periodo.

Cuenta con un apartado especial referido al apoyo reforzado a mujeres y parejas en situación de precariedad, basándose en el hecho de que las desigualdades sociales comienzan ya desde el embarazo. Se propone mejorar el acompañamiento psicosocial a través de diferentes recursos, incluida la formación de profesionales, desarrollo de redes de base, detección temprana en los lugares frecuentados por mujeres en esta situación.

Como resumen de este plan podemos destacar que la atención a la salud mental perinatal se basa principalmente en la estrategia de formar en psiperinatalidad a los profesionales (los sanitarios y los de la rama psicosocial); en facilitar su colaboración y coordinación y en establecer redes contando con los recursos existentes; introducir una medida clave como la entrevista del 4º mes; crear la Comisión Nacional del Nacimiento; prever el aumento de



profesionales y cuantificar económicamente las medidas. Contó con 274 millones de euros, de los que el 73% se destinó a personal, creando 3.177 puestos de trabajo.

El gobierno francés reforzó normativamente la colaboración médico-psicológica mediante una Circular (Circulaire n° DHOS/DGS/02/6C/2005/300 du 4 de juillet 2005 relative a la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité).

La base de esta colaboración es el acuerdo existente sobre la influencia que tienen los problemas de vulnerabilidad en el buen desarrollo del embarazo, parto y posparto, que podrían perturbar el establecimiento del vínculo padres-hijo-hija causando disfunciones y problemas psicopatológicos posteriores. Por otra parte, cada profesional que interviene ha de poder estar atento y escuchar cualquier manifestación de vulnerabilidad que presenten los padres para poder aportarles la respuesta adecuada, incluida la intervención de otros profesionales (psicólogo, psiquiatra) que, llegado el caso, deben colaborar para hacer eficaces los cuidados.

La evaluación del plan detectó, como resultados positivos del mismo, la emergencia de la necesidad de la atención médico-psicológica-social en el periodo perinatal y no solo de la atención médica; la toma en consideración del entorno de mujeres y parejas; la satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo; la mejora de la escucha de sus necesidades y el trabajo en red.

Recientemente, Francia ha implantado una nueva política pública concebida alrededor de las necesidades del niño, la niña y sus padres: "Les 1000 premiers jours. Là où tout commence".

Desde abril de 2021, es un proyecto nacional que se despliega sobre varios ejes prioritarios de acción como apoyo y prevención a todos los padres y niños y niñas, de los que destacamos los siguientes:

- I) Formular un discurso de salud pública coherente para los 1000 primeros días.
- II) Proponer un acompañamiento personalizado a los padres.
- III) Ofrecer respuesta individualizada adaptada a las fragilidades y especificidades del niño y sus padres.
- IV) Permisos por nacimiento y estructuras de acogida: proporcionar el tiempo y el espacio adaptados a las familias y a sus hijos.
- V) Fomentar la investigación, la evaluación de las prácticas y la formación de los profesionales.

Aunque en principio va dirigido a todos los padres, madres y niños y niñas, ha tenido en cuenta la atención a la salud mental perinatal. Incluye un apartado sobre "favorecer la escucha y la seguridad de los padres", con la medida que se había iniciado en el plan de perinatalidad recién comentado, la entrevista del 4º mes como puerta de entrada al acompañamiento y seguimiento durante el periodo, responsabilidad de la matrona/obstétrica. El carácter preventivo a través de la detección temprana de los posibles problemas de salud mental conlleva varias actuaciones como la formación de profesionales; el aumento de su plantilla si es necesario; herramientas para la detección y otras; la creación de la figura del profesional de referencia, en general la matrona, que servirá para acompañar a la embarazada (y su pareja) en los siguientes pasos que requiera su problema facilitando la coordinación con los recursos que le presten la atención; las visitas a domicilio para una intervención individualizada y equipos especializados en salud mental.

Este proyecto reserva también un apartado específico sobre "respuesta individualizada y adaptada a las fragilidades del niño, niña y los padres" en el que, además de las medidas de apoyo a los nacidos prematuros y a los niños con problemas en el desarrollo, incluye el objetivo de identificar y atender las depresiones perinatales y los trastornos psíquicos severos de los padres. Recalca las dificultades que suelen acompañar en estos casos tanto en complicaciones obstétricas, nacimientos prematuros y descompensaciones de sus problemas. Propone aumentar y mejorar las estructuras existentes (hospitalización padres-bebé; unidades de cuidados ambulatorios y consultas especializadas); aumentar el número de psicólogos y psiquiatras y su formación creando equipos especializados



(al menos 1/15.000 nacimientos) y equipos móviles. Y define tres momentos clave: la entrevista precoz, la estancia en la maternidad y el retorno al domicilio en los que hay que prestar especial atención a situaciones de fragilidad o de problemas psicológicos.

Los compromisos del gobierno francés para 2021 en torno a la política de los primeros 1000 días del niño quedaron reflejados en la Instrucción nº SGMCAS/2021/74 du 1er. abril 2021.

Recientemente, en el año 2022, se ha aprobado la creación de la especialidad de psiquiatría perinatal, claramente diferenciada de la especialidad en psiquiatría infanto-juvenil.

Por su parte, Alemania dispone de una potente red perinatal interdisciplinar, pública y nacional, concebida por el Centro Nacional para las Ayudas Tempranas (Nationales Zentrum Frühe Hilfen) y de aproximadamente 200 plazas en Unidades Madre-Padre-Bebé a tiempo completo (de las cuales 71 ofrecen un programa de psicoterapia específico para la diada madre-bebé) y más de 50 de hospitalización de día. El foco de la Nacionales Zentrum Frühe Hilfen es la búsqueda de una mejora de la financiación y de la coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales, mejorando entre otras cosas el acceso a estos programas de intervención temprana a las familias con algún tipo de patología mental, incluyendo a las redes de salud en la cooperación con las Frühe Hilfen.

Estos programas, al igual que los programas franceses y británicos, podrían orientar en la mejora de la coordinación entre el sistema de salud y servicios sociales, y servir de apoyo puesto que son modelos robustos que llevan atendiendo e investigando esta misma problemática desde hace muchos años.

Según la información de que disponemos hoy, en España no existen planes específicos de salud mental perinatal y solo existen algunas actuaciones parciales relacionadas con la misma; tampoco existen redes perinatales públicas interdisciplinarias, mientras solo se dispone de una unidad madre-bebé de hospitalización de día.

Numerosos países europeos como Alemania, Francia, Luxemburgo, Países Bajos, el Reino Unido y Suiza disponen de potentes redes perinatales interdisciplinarias públicas y de numerosas unidades madre-padre-bebé

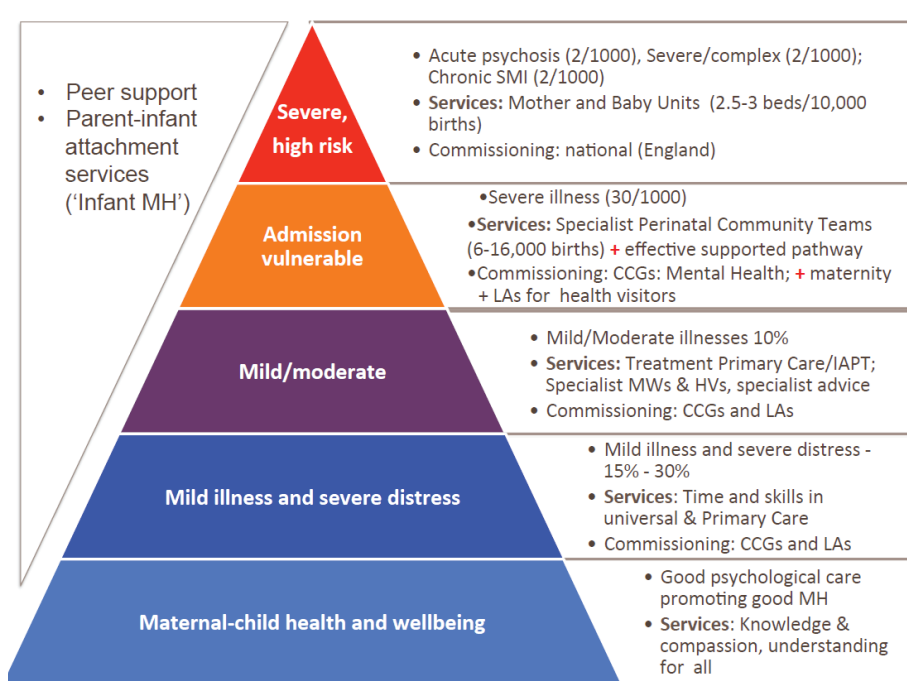
05 RECURSOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PERINATAL

La atención a la salud mental perinatal comienza por la atención perinatal universal a embarazadas, padres y familias como la base sobre la que asentar la prevención con el objetivo de favorecer un tipo de cuidados que promuevan la estabilidad emocional de la madre y del padre, el apego seguro y el desarrollo integral de todos los nacidos, así como el bienestar de sus familias.

5.1. ALGUNOS ANTECEDENTES EUROPEOS

A dicho objetivo van encaminados en general los planes de los 1000 primeros días desarrollados en varios países. Los recursos de primera línea han de detectar también los casos de depresión y otros trastornos psicológicos, así como otras vulnerabilidades que puedan sufrir las madres y padres, al menos desde los primeros meses de gestación. Los planes de los 1000 días contemplan estos objetivos. Los consultados, en general, no suelen incluir los recursos necesarios para la atención más específica a los problemas de salud mental perinatal, salvo en el caso de Francia y del Reino Unido.

El siguiente gráfico, sobre los servicios de atención a la salud mental perinatal en el Reino Unido, representa de forma clara la progresión de los recursos en especialización dando idea de su cobertura, desde la universalidad del bienestar de todas las madres y bebés hasta la mayor especificidad de las unidades madre-padre-bebé. También muestra la proporción recursos/población afectada utilizada en el Reino Unido para dotar dichos recursos.



Fuente : Grégoire, A.¹⁴

Proponen para la organización de la red de servicios:

- 1er nivel: apoyo universal a todas las madres y padres, prevención e identificación oportuna. Se incluirían los servicios de atención primaria, maternidades, centros infantiles, visitantes domiciliarios, pediatras.
- 2do. Nivel: cuidado especial para los padres identificados con necesidades extra, cuidado universal. Programas que apoyen las necesidades detectadas.
- 3er. Nivel: servicios especializados para familias que experimentan altos niveles de estrés, con problemas presentes.
- 4to. Nivel: enfermedad mental severa. Tratamiento psiquiátrico para padres e hijos o hijas. Por ejemplo, unidad madre-padre-bebé.

Recomiendan lo siguiente: Un enfoque holístico de todos los servicios ante, peri y posnatales (desde la concepción hasta los primeros 18 meses de vida) permitiría un acceso transparente para todas las familias. Esto incluye matronas, visitas de salud, médicos de cabecera y centros infantiles, y los servicios deben involucrar a las familias lo antes posible, idealmente durante el embarazo. El contacto que los padres tienen con los servicios antes y después del nacimiento de su hijo o hija, brinda una oportunidad única de trabajar con ellos, en una etapa que es de vital importancia para el desarrollo.

Las familias en riesgo, o aquellas que experimentan dificultades, deben poder acceder a servicios basados en evidencia, que promuevan la interacción entre padres e hijos o hijas; por ejemplo, guía de interacción en video y psicoterapia para padres e hijos, brindados por profesionales cualificados.

Debe existir una gama de servicios en cada área local para asegurar que las mujeres que están en riesgo o que sufren de problemas de salud mental, reciban el apoyo adecuado en la primera oportunidad. Esto incluye matro-

14 Grégoire, A. (2017). Soins mentaux perinataux au Royaume Uni. Presentation congrès ARIP. Avignon. <http://arip.fr/wp-content/uploads/Diaporama-A-Gr%C3%A9goire-PARIS17.pdf>

nas especializadas en salud mental para padres e infantes y visitantes de salud capacitados en esta área, para mejorar la identificación y el apoyo a las familias.

Todos los padres deberían poder acceder a encuentros prenatales que aborden tanto la salud física como los aspectos emocionales de la paternidad y el bienestar del bebé (salud mental infantil).

Para permitir que esto suceda, los servicios locales deben identificar y llegar a las familias que necesitan ayuda adicional.

Los servicios de maternidad, los agentes de salud, la atención social, los servicios de salud mental para adultos y los centros infantiles deben trabajar en estrecha colaboración para compartir datos vitales, asegurando que aquellos que necesitan apoyo adicional reciban ayuda adecuada, oportuna y culturalmente sensible. La puesta en común de presupuestos para estos servicios fomentará la puesta en marcha innovadora e inducirá una cultura de trabajo conjunto.

Así mismo, recomiendan que todas las mujeres con antecedentes de enfermedades mentales graves presentes o pasadas deben tener acceso a un consultor perinatal.

En la aplicación práctica de la atención a los problemas de salud mental perinatal en el Reino Unido cuentan con la guía NICE Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance, resultado de un exhaustivo estudio de la evidencia científica en esta temática. Hace recomendaciones para la identificación, evaluación, cuidados y tratamiento de los problemas de salud mental durante el embarazo y postparto hasta el primer año del niño y niña.

En Francia contemplan esta etapa perinatal como un “recorrido” que vive la embarazada y su pareja, desde la concepción hasta los dos años del niño/a. La puerta de entrada al sistema de cuidado y seguimiento del embarazo es común a todas las embarazadas en el sistema sanitario. La entrevista del 4º mes, obligatoria desde el plan de perinatalidad 2005-2007, puede detectar los problemas de salud mental y, con apoyo de otras figuras como psicólogo o psiquiatra, abordarlos. La detección, por otra parte, puede efectuarse en diferentes ámbitos, por ejemplo, en el de los servicios sociales u otros de carácter comunitario general o los que frecuentan mujeres vulnerables. En todo caso, los servicios de salud y los programas de seguimiento del embarazo pueden ser el elemento central a partir del cual se organiza la atención.

El “recorrido” tiene otro hito principal en el parto, en el que deberían seguirse las indicaciones de la OMS sobre el parto respetado. De igual manera es necesario atender el hecho de las muertes perinatales mediante programas de acompañamiento a los padres y madres que lo necesiten.

En el posparto es básico observar cómo evoluciona la madre en su estado psicológico o que ésta pueda pedir ayuda sobre la base de la buena relación establecida durante el embarazo con su profesional de referencia. Algunos estudios han encontrado que en la primera semana posparto es cuando hay mayor riesgo de psicosis puerperal, y en las siguientes 3 o 4 semanas también, aunque disminuya el riesgo. Por otra parte, es necesario observar a su vez el blues posparto, que suele remitir pronto, aunque algunos casos terminan conformando una depresión posnatal. Por ello los servicios sanitarios de atención primaria y las visitas domiciliarias son un recurso muy necesario en los primeros meses de vida del niño o la niña, en especial en el caso de mujeres y parejas en las que se hubieran detectado problemas o señales de riesgo durante el embarazo o parto. A medio plazo, las entrevistas del 2º mes y del 5º mes posparto son un valioso instrumento de detección temprana de las dificultades de los padres y del bebé.

Una vez detectado un problema de salud mental, los profesionales competentes deben diagnosticar y evaluar el mismo para decidir a qué nivel y con qué recursos ha de ser atendido (ver el gráfico del Reino Unido). En el caso de problemas graves en los que corre peligro la separación madre-bebé hay que contar con unidades madre-padre-bebé, bien en régimen de hospitalización o como servicio de día. Como antes se ha comentado, puesto que pueden evitar dicha separación tan costosa afectivamente para madre, padre y bebé.

En el “recorrido” puede ser necesaria la intervención, en el acompañamiento o en el tratamiento, de otros servicios o recursos como son los servicios sociales, las organizaciones no gubernamentales u otras entidades que desarrollen pro-

gramas de acompañamiento o psicoeducativos, u otros recursos comunitarios que puedan contribuir a dar respuesta a las necesidades de la embarazada y su familia.

Esta confluencia de profesionales y recursos en torno a la embarazada y a la familia hace necesario el funcionamiento en redes psiperinatales territoriales nacionales y de proximidad en las que estén incluidos los posibles ámbitos de atención, para aprovechar al máximo los recursos comunitarios y los utilizados por la población antes de recurrir a servicios especializados (que pueden vivirse como marginadores) y aumentar la eficiencia de la atención.

5.2. ¿QUÉ CARACTERIZA A UNA RED INTERDISCIPLINAR DE PERINATALIDAD REGIONAL?

Una red regional de perinatalidad es una estructura de coordinación, apoyo y acompañamiento financiada por las agencias regionales de salud. Ejerce misiones en el campo de la salud perinatal, antes y después del nacimiento. Coordina no sólo a los profesionales de la perinatalidad procedentes de todos los modos de ejercicio (público, privado, liberal), y los servicios de protección materna e infantil en torno a acciones de organización y de salud pública, sino también el seguimiento de los niños vulnerables, garantizando la coherencia y la calidad de estos cuidados específicos. Participa en la puesta en marcha de redes pluridisciplinarias por territorio, adaptadas al recorrido de atención perinatal, impulsando la colaboración ciudad-hospital. Coordina la detección de los trastornos físicos, psíquicos, emocionales y sensoriales de los recién nacidos, así como los traslados entre establecimientos durante el embarazo y después del parto (acercamiento madre/hijo) y, entre otras cuestiones, elabora y propone a los profesionales de la perinatalidad planes de formación.

Cuando hay que ofrecer atención a los casos de problemas graves de salud mental, detectados o no a lo largo del embarazo, son necesarias unas redes psiperinatales que coordinen los recursos sociosanitarios para cuidar a las madres y padres, procurando no separar a las madres de su bebé y, cuando no resulta posible mantenerles unidos, acompañándolas de manera cercana y muy cuidadosa en el doloroso proceso de la separación, sosteniéndolas, permitiéndoles conocer y visitar el lugar de acogida de su bebé y facilitarles su seguimiento cuando éste necesita ser cuidado por terceras personas. El dolor emocional de la madre y del padre requiere ser atendido siempre de manera cuidadosa y especializada.

Las redes psiperinatales y la formación de los profesionales cuidadores pluridisciplinarios en psiperinatalidad han sido las estrategias principales, junto con la creación de recursos, que han adoptado países con buen desarrollo de la atención a la salud mental perinatal.

En el caso del Reino Unido establecen, en el plan de los 1001 días críticos, que el personal sanitario y de primeros años debe recibir una formación de alta calidad en salud mental infantil y apego como estándar, para que los profesionales entiendan las relaciones entre padres e hijos y los servicios necesarios cuando surjan dificultades. La capacitación de especialistas debe incluir la identificación del 5-7% de los padres más gravemente enfermos y en riesgo.

En el caso de Francia, que apostó decididamente por la formación de los profesionales y el trabajo en red, la evaluación del plan de perinatalidad 2005-2007 puso de relieve que bastantes de los casos de problemas psicológicos leves se terminaron resolviendo con los profesionales de base (matrona, psicólogo...) sin necesidad de pasar a recursos especializados, gracias a la formación recibida.

5.3. A CADA PAÍS, SU PLANIFICACIÓN DE LA SALUD MENTAL PERINATAL

Por último, debemos poner de manifiesto que cada país debería disponer de políticas públicas como un conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que, en un momento determinado, tanto los ciudadanos como el propio gobierno consideran prioritarios.



Las políticas públicas se cristalizan en programas y proyectos a los que se les asignan recursos para su puesta en marcha y la temporalidad de ejecución.

En el caso del desarrollo de políticas públicas para la salud mental perinatal varios países han implementado dichas políticas a través de una planificación, recomendada por la OMS, que permite organizar y asegurar los recursos, una vez admitido por la evidencia científica que el periodo perinatal es crucial para el desarrollo del niño y que es necesario prevenir y dar respuesta a los problemas que puedan surgir en esta etapa.

La planificación transforma la intención en acción y permite vincular el proceso de toma de decisiones a los valores y objetivos de las organizaciones, así como establecer metas y objetivos evaluables.

Cada país que ha planificado acciones en este sentido lo ha hecho según su idiosincrasia administrativa, territorial, económica, organizativa, integrando las actuaciones en marcos de diferente carácter.

En la consideración de cada contexto, la elaboración de planes requiere de algunos puntos a tener en cuenta de forma general. Entre ellos, la construcción de un sistema inserto en un campo. El plan asistencial en salud mental perinatal debe estar articulado y ser parte constitutiva de un entramado de políticas y programas públicos y privados a desarrollar en cualquier nivel de organización territorial. Puede ser un eje constitutivo de un plan de salud perinatal, o puede depender administrativamente de otra área, pero siempre debe respetar las características de la integralidad, intersectorialidad y la multidimensionalidad para abordar de manera adecuada las problemáticas de las familias. Y como fue mencionado en el apartado de los determinantes, la resolución de las problemáticas requiere, muchas veces, del aporte de múltiples sectores como servicios sociales, educación, área de vivienda y otros.

Algunas consideraciones a tener en cuenta en la planificación de la atención a la salud mental perinatal:

- Previo a la elaboración de un plan es necesario partir del conocimiento de la realidad de los recursos existentes en el territorio y su evaluación como punto de partida. En muchos casos es preferible utilizar como base todo lo existente mejorándolo en lo necesario antes de crear recursos nuevos.
- Considerar el perfil epidemiológico de cada área o lugar que quiera avanzar en la planificación. En muchos lugares se carece de registros y este es un tema a tener en cuenta. De inicio, pueden utilizarse estadísticas de otros países o zonas como orientativos, pero con el transcurrir del plan el registro debe ser un objetivo del mismo.
- Considerar los niveles de complejidad en la red de atención: nivel comunitario y primer nivel de atención, segundo y tercer nivel acorde a la complejidad de la situación a abordar. Todos y cada uno de los niveles son importantes, tendrán a su cargo tareas de promoción, prevención y asistencia dentro del plan. Se pueden incluir objetivos para promover la salud y prevenir problemáticas en salud mental.
- Considerar en el sistema la puerta de entrada al mismo de las familias. La trayectoria de las personas debe hacerse sin solución de continuidad y con un equipo de referencia, que acompañe en forma permanente a los pacientes y sus allegados durante el recorrido. El papel del pediatra de asistencia primaria y el pediatra de seguimiento del desarrollo en niños de riesgo son básicos en la detección inicial de trastornos, incluyendo la detección desde las guarderías mediante un contacto cotidiano con los niños, familias y educadores.
- Considerar el sistema como una red en permanente intercambio. En algunos países ha funcionado muy bien la regionalización por niveles de complejidad con articuladores dentro de la matriz o campo.
- Hay múltiples ejemplos de regionalización perinatal. En caso de existir, esta matriz puede utilizarse para que el plan asistencial en salud mental perinatal se inserte como un eje fundamental en la misma regionalización.
- La formación y capacitación permanente de los equipos de salud es necesaria para alcanzar los puntos anteriores. Sin recursos humanos capacitados es imposible llevar adelante cualquier modelo de plan que se elija.

- Considerar también los modelos de coordinación dentro de las redes. Estos modelos de coordinación también influyen en los resultados de la articulación de todas las áreas intervinientes. Un modelo donde todos tienen participación activa y reciben algún beneficio por la participación es uno de los más adecuados para que quede establecido y alcance las metas propuestas.

Existen diversos modelos presupuestarios, cada lugar elegirá aquel más conveniente para sus metas. Ya se ha dejado constancia de los costes de la no atención a la salud mental perinatal y la ventaja económica de invertir en la misma. Sin recursos asignados para una planificación concreta, ésta no conseguirá sus objetivos.

Es de desear el apoyo legislativo a las políticas y planes como medio de asegurar el cumplimiento del compromiso que se contrae de forma independiente de quienes gobiernan en un momento determinado.

Los modelos que representan los mayores avances llevados a cabo en muchos países europeos, tanto en materia sociosanitaria como legislativa, social y educativa, se encuentran desarrollados en los planes de salud mental perinatal estatales o regionales, así como en la existencia de una legislación estatal en materia de protección a la infancia y a la familia efectiva y específica en el campo de la salud mental perinatal que incluye a la madre, al padre, al bebé y a la familia, desde el periodo periconcepcional.

Estos modelos representan la evidencia y la experiencia sobre la que impulsar una legislación más específica, así como planes psiperinatales que contemplen la dotación de recursos adecuados y la formación especializada en salud mental perinatal de las redes interdisciplinarias, que incluyen recursos públicos y privados accesibles a la población.

5.4. CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS AVANCES A CONSEGUIR EN MATERIA DE SALUD MENTAL PERINATAL EN ESPAÑA.

Los avances que este documento propone alcanzar en España para mejorar sustancialmente la salud mental perinatal, infantil y de la familia, deben de enmarcarse en los programas de atención a la salud mental de la infancia para que, desde ahí, se asegure un contexto asistencial preciso, se dote de los recursos humanos necesarios y se asegure la formación especializada en salud mental perinatal.

Así mismo, deben formar parte de los apartados correspondientes en la formación de la especialidad de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia, así como en una futura especialidad de Psicología clínica de la infancia y la adolescencia, además del desarrollo de las posibles ACE (Áreas de Capacitación Específica) de Psiquiatría y Psicología clínica perinatal que se pudieran desarrollar en un futuro.

Además, deben enmarcarse en acciones de promoción de salud, en lo que la Oficina de OMS-Europa formuló como "Desarrollo psicosocial en los cinco primeros años desde los servicios de Atención Primaria", de tal suerte que se integren en el programa desde la atención al embarazo y se prosiga con el parto, el puerperio y los 5 primeros años en dos etapas de 0-2 y 3-5 años.

Finalmente, estos conocimientos y avances propuestos deben formar parte de los objetivos de un futuro Plan Nacional en Salud Mental Perinatal, y de los programas académicos y formativos de ginecólogos/as – obstetras, pediatras – neonatólogos/as, matronas, enfermeras, trabajadores sociales, educadores sociales y, entre otros profesionales, de educadores infantiles.

06 ALGUNAS CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Resulta imprescindible impulsar el desarrollo decidido de políticas comprometidas con la implementación efectiva de los recursos económicos, formativos, preventivos, asistenciales y divulgativos necesarios para que cada país alcance al menos los recursos mínimos especializados en psiperinatalidad, adecuados para atender de manera sostenida y universal las necesidades de la población con el fin de garantizar la asistencia primaria, secundaria y terciaria de la salud mental perinatal de las madres, padres, fetos y bebés.

Esta asistencia universal, desarrollada en el contexto de un plan detallado de atención psiperinatal mantenido a lo largo de, al menos, los primeros 1000 días de vida que comienzan en los primeros tiempos de la concepción, requiere incluir, necesariamente, la detección de los riesgos psiperinatales en el cuarto mes de gestación o preferentemente desde el 2º mes, mediante una entrevista llevada a cabo por matronas preparadas para entrevistar a las madres gestantes y a los padres; redes psiperinatales de proximidad formadas y coordinadas por las matronas de referencia de las madres, para atender a las personas o familias con riesgo o padeciendo una psicopatología perinatal; instituciones hospitalarias especializadas en psicopatología perinatal que puedan atender la patología parental psiperinatal de manera ambulatoria o mediante el ingreso en unidades padres-madres-bebés, evitando a toda costa las separaciones padres-madres-bebés; equipos de seguimiento ambulatorio a domicilio; unidades móviles psiperinatales para la atención domiciliaria en los casos en los que las madres, padres y bebés vivan lejos del centro sanitario de referencia y, entre otros aspectos, la necesaria formación en salud mental perinatal de los equipos y las redes interdisciplinarias regionales y de proximidad que incluyen, entre otras figuras profesionales, a la matronería, ginecología-obstetricia, neonatología, enfermería, pediatría, fisioterapia, trabajo social, educación comunitaria, educación 0-3, y a los profesionales de la psiquiatría y de la psicología clínica debidamente especializados en salud mental perinatal, además de aquellos profesionales especializados en psiquiatría o psicología clínica infanto-juvenil y del ámbito de los adultos sensibilizados con la salud mental perinatal. En definitiva, todos aquellos equipos que trabajan con niños pequeños y sus familias.

Además, se requiere una coordinación efectiva y auténtica entre los equipos de servicios sociales y los equipos sanitarios especializados en psiperinatalidad e infancia, para que a la hora de tomar aquellas decisiones que puedan comprometer la continuidad del vínculo afectivo padres-madres-bebés, estos servicios, auténticamente coordinados entre sí, puedan garantizar que se eviten las separaciones iatrogénicas que producen desamparo en la diada madre-bebé al separarles de manera forzosa mediante la fórmula administrativa de declarar al bebé o al niño/a en

desamparo cuando, paradójicamente, este mismo procedimiento resulta ser, en algunos casos, (debido al abuso o utilización falta de garantías sanitarias basadas en los conocimientos procedentes de la psicología y psicopatología perinatal e infantil), el que acaba generando una experiencia de desamparo en el bebé y en su madre por no ser la fórmula que les protege de la manera más eficaz. La imprescindible coordinación entre ambos equipos podrá, en otros casos, evaluar de manera rápida si existe la necesidad de proteger de otro modo al menor que no implique su separación por retirada de la guarda.

El bebé y el niño pequeño deben estar, de manera prioritaria, en el corazón de los dispositivos y de las intervenciones que deben procurar adaptarse mucho mejor a su sensibilidad. La formación de los jueces de familia sobre el desarrollo psicológico, sobre la psicopatología de los bebés y de los niños y niñas y sobre el desarrollo del apego es de gran importancia para favorecer resoluciones y estrategias cuidadoras del desarrollo de las relaciones de apego seguras y estables.

El seguimiento de los efectos que generan los centros de menores y las familias de acogida no debe concernir únicamente a los servicios sociales o educativos puesto que la salud mental de los bebés, niños y niñas es un asunto psicológico y médico. Los centros de psiquiatría y de psicología clínica perinatal e infanto-juvenil deben de realizar un seguimiento individualizado sobre la evolución de los bebés y niños y niñas tutelados. Es muy recomendable que todas las instituciones que se ocupan de la pequeña infancia sean acreditadas mediante una evaluación y seguimiento del desarrollo y de la salud mental de los bebés y niños y niñas que cuidan, y tengan que presentar un proyecto de centro y una memoria anual, así como desarrollar vínculos de cooperación con las demás instituciones del campo de la pequeña infancia.

PETICIONES ESPECÍFICAS DE LA ALIANZA HISPANOHABLANTE POR LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA “CONECTA PERINATAL”

Primera petición: Comisión de salud mental perinatal

Creación de una “Comisión de los primeros 1000 días” para los países que aún no disponen de ella, constituida por un grupo de expertos interdisciplinarios acreditados en salud mental perinatal e infantil, con la inclusión de expertos con experiencia en la creación, implantación y seguimiento del plan de los primeros 1000 días en sus respectivos países, y elaboración de un plan nacional en salud mental perinatal.

Tal como queda subrayado en el documento encargado por el gobierno francés y redactado por la comisión de expertos de los primeros 1000 días en el 2020, la importancia de los vínculos precoces ha demostrado que el bebé es también iniciador de la parentalidad, que éste dedica una parte importante de su actividad a garantizar la proximidad y la atención de sus padres para satisfacer su sensación de seguridad. Asegurado de la disponibilidad de estos, de sus respuestas adaptadas a sus necesidades y de sus emociones positivas, es más libre para descubrir el mundo, satisfacer su curiosidad, desarrollar modos complejos de pensamiento y creatividad que le permite desarrollar el extraordinario aprendizaje de que es capaz. Estos primeros aprendizajes comienzan muy temprano - en el útero - y son complejos, y el lenguaje y la comunicación emocional positiva ocupan un lugar crucial.

Son las interacciones sociales donde el niño y niña se sienten escuchados y alentados, nutridos por una fuente de emociones positivas, lo que resulta más eficaz y esencial para su desarrollo.

Pero estas emociones positivas, tan necesarias para el adecuado crecimiento del bebé, sólo se encuentran disponibles cuando quienes tienen que atenderle se encuentran, también, atendidos y arropados por las emociones y cuidados positivos de sus entornos familiares y sociales, de los profesionales y de las instituciones en una cadena de contención multidimensional centrada en la guarda del núcleo de crianza.

El amor de una madre y de un padre hacia su bebé no puede compensar el intenso sufrimiento que éstos pueden experimentar si padecen depresión, ansiedad, penuria económica angustiante, sufrimiento por malos tratos, separaciones iatrogénicas, sufrimiento causado por las guerras y por otras causas de sufrimiento que llevan a que el dolor se instale de manera continuada invadiendo de manera negativa los intercambios emocionales y cognitivos que se generan en la compleja experiencia de la interacción padre-madre-bebé.



La familia necesita de una atención adaptada a sus necesidades de protección física, económica, social y emocional, como expresión de los cuidados y afectos positivos que se le debe dispensar, al menos a lo largo de los primeros 1000 días de la vida de un bebé y de la experiencia de desarrollo de la maternidad y de la paternidad.

La Alianza cuenta con un grupo de expertos europeos y latinoamericanos experimentados en la implantación y seguimiento de dicho plan, preparados para formar parte de la Comisión de los primeros 1000 días.

Segunda petición: evaluación de recursos

Evaluación de los recursos nacionales necesarios para cuidar adecuadamente la salud mental perinatal de las madres, padres y bebés, de los que un país dispone, debe disponer y aspirar a implantar progresivamente.

Actualmente, la Alianza se encuentra elaborando un “Censo de recursos, programas y estrategias públicas de atención a la salud mental perinatal” en España e Hispanoamérica.

En el anexo de este documento se incluye un conjunto de preguntas que forman parte del cuestionario que los responsables públicos contestarán para elaborar el censo y evaluar los recursos de los que dispone su país.

Tercera petición: formación de redes interdisciplinarias

Formación de las redes interdisciplinarias de proximidad mediante programas de nivel máster en salud mental perinatal e infantil.

Una red interdisciplinaria de psiperinatalidad es una estructura de coordinación, apoyo y acompañamiento financiada por las agencias regionales de salud. Ejerce misiones en el campo de la salud perinatal, antes y después del nacimiento. Coordina no sólo a los profesionales de la perinatalidad procedentes de todos los modos de ejercicio (público, privado, liberal), y los servicios de protección materna e infantil en torno a acciones de organización y de salud pública, sino también el seguimiento de los niños vulnerables, garantizando la coherencia y la calidad de estos cuidados específicos.

La Alianza dispone del máster en psicología y psicopatología perinatal e infantil. Versión online del primer máster oficial español que ASMI WAIMH-España creó, organizó y coordinó en colaboración con la Universidad de Valencia entre el 2011 y el 2020.

Cuarta petición: formación de matronas

Formación de las matronas que puedan llevar a cabo la entrevista prenatal, con la madre y el padre, desde el 2º mes de gestación y en los meses siguientes al parto, y de otros profesionales de la salud que participan en el seguimiento coordinado de la salud mental perinatal de la madre, del padre y del bebé, hasta los 12 meses.

La Alianza dispone de un grupo de profesionales-formadores europeos e hispanohablantes expertos en la formación de matronas y otras figuras profesionales cercanas a los padres y al bebé que pueden llevar a cabo un seguimiento coordinado y con un objetivo común durante la gestación y en el postparto.

Quinta petición: evitación de costes

Es posible evidenciar el coste económico de los problemas de salud mental perinatal derivado de la inexistencia de una adecuada atención social y sanitaria a la salud mental perinatal, mediante la adaptación del simulador de



Conecta Perinatal

ALIANZA HISPANOHABLANTE POR LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

MEJORAR EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL PERINATAL *FUNDAMENTOS, PROPUESTAS Y PETICIONES*

costes “PSYPERINATHON” a la realidad epidemiológica de cada país. Este simulador, a disposición de la Alianza, replica el modelo médico-económico usado en la investigación expuesta en el “informe” de Bauer¹⁵, con el fin de estimar el coste de las enfermedades psiquiátricas perinatales.

Una parte importante de estos costes se puede ahorrar invirtiendo en planes y políticas de prevención ambiciosas

15 Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V., Adelaja, B., & Hogg, S. (2014). The costs of perinatal mental health problems. London: Centre for Mental Health and London School of Economics, 44. https://www.researchgate.net/publication/267924828_The_costs_of_perinatal_mental_health_problems/link/545cdd980cf27487b44d4243/download



ANEXO 1. CENSO INTEGRAL DE RECURSOS, PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS PÚBLICAS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PERINATAL EN ESPAÑA E HISPANOAMÉRICA.

Las siguientes preguntas, inicialmente destinadas a los responsables públicos del ámbito sanitario, social y educativo, que deseen evaluar el grado de desarrollo de los recursos de los que dispone su país o región, se encuentran incluidas en el cuestionario mediante el que la Alianza está llevando a cabo el “Censos de recursos, programas y estrategias públicas de atención a la salud mental perinatal en España y en Latinoamérica” con el fin de elaborar Mapas de Recursos en Psiperinatalidad (MAREPSI) que puedan estar disponibles para orientar a los profesionales y a las familias.

1º.- ¿Existen programas psicosociosanitarios de educación prenatal dirigidos a los adolescentes, potenciales futuros padres y madres, en los centros educativos de secundaria y bachillerato?

2º.- ¿Existen programas de cuidados prenatales para acompañar a las adolescentes gestantes?

3º.- ¿Disponen de programas psicoeducativos que acompañan a las futuras madres y a los futuros padres a lo largo de la gestación para favorecer el mejor desarrollo posible de su función parental y el cuidado de su salud?

4º.- ¿Existen programas psicoeducativos que acompañan a las madres y a los padres para favorecer el mejor desarrollo posible de su función parental y el cuidado de su salud dentro de los 12 meses siguientes al nacimiento de su bebé?

5º.- ¿Se llevan a cabo entrevistas pre y/o postparto para detectar los riesgos de alteración emocional perinatal que pueden padecer todos los hombres y todas las mujeres que acceden a la parentalidad?

En caso afirmativo ¿En qué meses se llevan a cabo?:

- 2º mes de gestación: si/no
- 4º mes de gestación: si/no
- En otro momento de la gestación: si/no
- 2º mes posterior al parto: si/no
- 4º o 5º mes posterior al parto: si/no

6º.- Cuando se detecta riesgo de alteración emocional o se constata dicha alteración en la madre o en el padre en el periodo anterior o posterior al parto ¿qué servicios sanitarios y/o sociales son los responsables de intervenir y quién los coordina?

7º.- ¿Los servicios sanitarios y sociales se encuentran suficientemente coordinados para evaluar y ofrecer conjuntamente cuidados y recursos adaptados a la necesidad de una persona afectada por una situación de exclusión o riesgo de exclusión psicosocial en el tiempo perinatal, o con riesgo de desamparo en el caso de un bebé o un niño?

8º.- En el caso de que se detecte una depresión preparto u otra forma de alteración emocional significativa en la gestante o en su pareja ¿qué equipos o redes sociosanitarias interdisciplinarias están preparadas para atender dicha situación y quién las coordina?

9º.- En el caso de que se detecte una depresión postparto u otra forma de alteración emocional significativa en la gestante o en su pareja ¿qué equipos o redes sociosanitarias interdisciplinarias están preparadas para atender dicha situación y quién las coordina?

10º.- ¿Disponen de unidades padre-madre-bebé preparadas para una atención conjunta que evite la separación madre-padre-bebé en los casos en los que la madre padezca estados severos de ansiedad, depresión, psicosis puerperal u otros estados emocionales agravados durante la gestación o postparto que pueden dificultar la crianza de su bebé?

En caso afirmativo, indique si se trata de unidades pertenecientes a hospitales, a centros de salud mental o a otras entidades, y de cuantas unidades se dispone.

- Unidades madre-padre-bebé en hospitales: (...)
- Unidades madre-padre-bebé en centros de atención primaria: (...)
- Unidades madre-padre-bebé en centros de salud mental: (...)
- Unidades madre-padre-bebé en otros centros especializados del ámbito público o concertados: (...)

11°.- En el caso de que se trate de unidades padre-madre-bebé pertenecientes a centros hospitalarios ¿cuántas están dedicadas a la atención ambulatoria y cuántas están preparadas para un ingreso hospitalario que evite la separación padre-madre-bebé?

- Atención ambulatoria:
- Atención mediante ingreso hospitalario:

En el caso de las unidades preparadas para la hospitalización de la madre con su bebé y con el padre, ¿Cuántas camas se dispone en total?

- Unidades ambulatorias: (...)
- Unidades en hospitalización: (...)
- Plazas: (...)

12.- ¿Disponen de redes interdisciplinarias de proximidad especializadas en salud mental perinatal, coordinadas para adaptarse de manera ágil a las necesidades de los usuarios?

13°.- ¿Los posibles usuarios de estos servicios en red pueden obtener o recibir fácilmente la información que les permita conocer los recursos existentes en la red socio-sanitaria de proximidad que pueda asistirlos en función de su lugar de residencia?

14°.- ¿Disponen de profesionales o equipos interdisciplinarios de profesionales que se trasladan de manera regular al domicilio de la familia afectada por la alteración emocional perinatal del padre, madre, bebé o hijos menores, en el periodo del postparto y durante, al menos, los 6 meses posteriores al nacimiento?

15°.- ¿Disponen de unidades móviles interdisciplinarias para atender en su domicilio a las familias afectadas por algún padecimiento psiperinatal cuando éstas se encuentran alejadas de los centros de referencia?

En caso afirmativo ¿de cuantas unidades disponen y la distancia máxima a la que se desplazan?

16°.- ¿Qué procesos formativos especializados en salud mental perinatal han seguido los equipos que atienden a dichas familias y qué profesionales los integran?

17°.- Dado que, desde una perspectiva plurifactorial, los conocimientos actuales propios de la psicopatología perinatal señalan con claridad que el sufrimiento perinatal parental, tanto preparto como postparto, es un factor de riesgo que puede relacionarse con la aparición de alteraciones psicósomáticas, comportamentales, vinculares o de la autorregulación en los bebés y niños/as pequeños/as, ¿existe algún programa o procedimientos preparados para el seguimiento regular de aquellos bebés cuyas madres han sufrido de manera significativa estrés alto, ansiedad, depresión, psicosis puerperal, etc.?

18°.- En los casos en los que se ha establecido un posible riesgo de alteración emocional en el bebé relacionado con la existencia de una alteración emocional materna o paterna pre o postparto, ¿se dispone de algún programa o procedimientos coordinados que permitan realizar un seguimiento sistematizado de su evolución psíquica en la escuela

infantil a lo largo del periodo 0-3 años?

19.- ¿Disponen de equipos interdisciplinarios formados para poder tratar, en el contexto de una intervención psicoterapéutica o psicoeducativa conjunta padre-madre-bebé, los trastornos funcionales, de la vinculación, de la autorregulación o de la conducta de los bebés, desde las primeras semanas de vida?

20.- En algunos casos una madre requiere ser acogida en un centro con su bebé para cuidar de ella y así facilitar que pueda criar su bebé. ¿De qué centros de acogimiento madre-bebé públicos o concertados de que disponen? ¿Estos centros están preparados para facilitar la convivencia con el padre?

21.- En los casos en los que se decide que un bebé debe ser separado de su madre y de su padre, ¿se exige una coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios de salud mental perinatal para tomar dicha decisión?

22.- Cuando se ha decidido la separación de un bebé de su madre y de su padre:

¿Qué protocolo o programa se sigue para disminuir al máximo el sufrimiento de la madre y del padre separados de su bebé? ¿Se preavisa a la madre y al padre y se les facilita la información relativa a las figuras o centro de acogida para que puedan separarse de la manera menos traumática posible y estén lo más tranquilos que sea posible al conocer a las figuras que cuidarán de su bebé en su ausencia?

23.- ¿Se facilita una sensibilización o formación específica a las figuras de acogida del bebé?

24.- ¿Disponen de programas o procedimientos que faciliten la vuelta del bebé con sus padres?

25°. - ¿Existe algún programa para sensibilizar a los/as educadores/as 0-3 años sobre la psicopatología perinatal y los trastornos psicósomáticos funcionales y emocionales muy tempranos relacionados con el sufrimiento perinatal que puede padecer un bebé, con el fin de aumentar su conocimiento y facilitar su función cuidadora?

ANEXO 2. BIBLIOGRAFÍA AMPLIADA.

- Ainsworth, M.; Blehar, M. Water. S. (1978). Patterns of Attachment. Hillsdale, New Jersey : Lawrence Erlbaum Assoc. Publishers.
- Al-Haddad BJS, Oler E, Armistead B, Elsayed NA, Weinberger DR, Bernier R, et al. (2019) The fetal origins of mental illness. Am J Obst Gynecol. 2019.221:6:549-562
- Aries, P. ((1960) 1975). Geschichte der Kindheit (historia de la infancia). München: Carl Hanser Verlag.
- Aseguinolaza, A. (2021). Unidades educativo-terapéuticas intensivas: proteger el apego y el vínculo madre-bebé ante el desamparo en la perinatalidad. NACIENDO,(1),142-149.Ed.ASMI-WAIMH-España. <https://doi.org/10.52961/01.HRY4787>
- Bell, R. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. Psychological Review, (75) 81-95.
- Bell, R. (1971). Stimulus control of parent or caretaker behavior by offspring. Developmental Psychology, (4) 63-72.
- Bell, S. &. (1972). Infants crying and maternal responsiveness. Child Development, (43) 1171-1190.
- Bonifacino, N. y Pérez-Martínez, C. (2021). Efectos en la madre de la separación forzada de su bebé por orden judicial en el contexto de enfermedad mental. NACIENDO, (1), 20-27. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.OFVA1865>
- Bowlby, J. (1969 (1981 by Penguin)). Attachment and Loss. London: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1983). La Pérdida Afectiva. Buenos Aires: Paidós.
- Bullowa, M.;. (1979). Before Speech. Cambridge: Cambridge U. Press.
- Bréart, G., Puech, F. y Rozé, J.C. (2003). Vingt propositions pour un politique perinatal". <https://www.vie-publique.fr/rapport/26106-vingt-propositions-pour-une-politique-perinatale>
- Bretherton, I. (1992, 28). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Developmental Psychology, 759-775.
- Harlow, Bowlby, Prechtel, Rosenblatt, Hinde, Turkewitz, Schneirla. (1961).
- Capellan R, Moreno-Fernandez M, Orihuel J, Roura-Martínez D, Ucha M, Ambrosio E, Higuera-Matas A. (2019) Ex vivo 1H-MRS brain metabolic profiling in a two-hit model of neurodevelopmental disorders: Prenatal immune activation and peripubertal stress. Schizophr Res. 2019. pii: S0920-9964(19)30505-5.
- Camps, N. (2021) Tesis Doctoral. Seguiment de parelles infèrtils amb fills nats amb tècniques de reproducció assistida mitjançant observación indirecta. Universitat de Barcelona
- Castejón, M. A. y Sanz, M. J. (2021). Informe sobre la revisión de planes y estrategias de salud mental de las comunidades autónomas en relación con la salud mental perinatal. NACIENDO, (1), 112-121. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.VSAW1768>
- Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. (2001). An Esp Pediatr; 55: 141-145.

- Comité de Estándares, Sociedad Española de Neonatología. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. (2013). *An Pediatr (Barc)*;79(1):51.e1-51.e11.
- Coll, F. J. (2021). Procesos de atención social a familias y menores en situaciones de desamparo y/o tutela. *NACIENDO*, (1), 122-141. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.WKTG2294>
- deMause, L. ((1974) 1988). *History of Childhood*. New York: Psychohistory Project.
- Dayan, J., Andro, G. y Dugnat, M. (2014). *Psychopatologie de la périnatalité et de la parentalité*. Elsevier Masson. <https://www.unitheque.com/psychopathologie-perinatalite-parentalite/lesages-de-la-vie/elsevier-masson/Livre/72684>
- Del Amo, R., Castejón, M. A., Holguín, G., Peinado, R., Rodríguez, C., Sessé, E. y Vallespín, T. (2021). Construyendo la infancia: Casa Verde, un proyecto de prevención, apoyo y seguimiento para hijos de personas con trastorno mental o inestabilidad emocional. *NACIENDO*, (1), 156-167. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.MHWG5104>
- Del Río, S. (2021). Cesárea, lactancia materna y depresión post-parto: entre lo biológico y lo emocional. *NACIENDO*, (1), 56-69. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.BLJD8273>
- Duhalde, C. (2007). Tesis doctoral. Buenos Aires.
- Fernández Lorenzo, P. y Olza, I. (2020). *Psicología del embarazo*. Síntesis.
- Gentile S. (2017) Untreated depression during pregnancy: Short and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience*. 2017;342:154-166.
- Gressier, F. et al. (2015). Dépression paternelle du post-partum: revue de la littérature. *La presse médicale*, vol 44, 418-424 <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.09.022>
- Gobierno de Argentina (2021). Ley de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia. <https://www.argentina.gob.ar/salud/1000dias/que-es-la-ley-de-1000-dias>
- Gobierno de Argentina (2018). Ley de parto humanizado. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
- Gobierno de Argentina (2013) Ley de reproducción médicamente asistida. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26862-216700>
- Gobierno de Chile (2009). Ley N° 20.379. <https://goo.gl/5KSqVq>
- González, Ma. Aurelia, 2019. Abordaje del Duelo en Neonatología. Capítulo 6. Publicación del Curso Virtual Atención Diaria Neonatal NeoSAP 2. CEFEN. Sociedad Argentina de Pediatría. iudad Autónoma de Buenos Aires
- Hartman S, Freeman SH, Bales KL, Belsky J. (2018) Prenatal Stress as a Risk-and an Opportunity- Factor. *Psychol Sci*. 2018;29:572-580
- Hernández, A. y Núñez, K. (2021). Notas de campo en salud mental perinatal: una breve experiencia latinoamericana. *NACIENDO*, (1), 94-101. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.HVHW8744>
- Hernández, M. (2021). Asistencia y apoyo en red a la familia por parte del estado, desde los servicios y programas para el ejercicio positivo de la parentalidad. *NACIENDO*, (1), 84-93. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.AZDR5451>
- Hernández, M. y Aseguinolaza, A. (2021). Los costes de los problemas mentales perinatales no atendidos se tradu-



- cen en consecuencias para los niños y gastos económicos para el estado. NACIENDO, (1), 150-155. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.ZLQN6161>
- Hernández, M. (2021). Una política pública para la protección de la infancia: «Programa Chile Crece Contigo». NACIENDO, (1), 168-177. Ed. ASMI-WAIMH España <https://doi.org/10.52961/01.YTXI3246>
 - Hoffmann, J. (2002). The Place for Infancy. En J. Maldonado-Durán, Infant and Toddler Mental Health (págs. 3-32). Washington DC: American Psychairtric Publishing.
 - Hoffmann, J. (2003, V. 15, Nr. 2). Parentage ou Pygmalionisme? DEVENIR, 117-141.
 - Hoffmann, J. (2019). David and Goliath: What if he looses? Psychoanalytic Dialogues.
 - Hoffmann, J. (Julio 1996). La falta de un Espacio. Causales de violencia contra la infancia. Revista Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica- A.P.U., 3-19.
 - Huéscar, R. (2021). Separación materna temprana y sus implicaciones en la infancia y adolescencia. NACIENDO, (1), 40-47. Ed. ASMI-WAIMH España <https://doi.org/10.52961/01.WUNX8714>
 - Irwin, L., Siddiqi, A. y Hertzman, C. (2007). Desarrollo de la primera infancia: un potente equalizador. Informe Final. Comisión de determinantes de la OMS. <file:///C:/Users/Flavia/Downloads/Desarrollo%20de%20la%20Primera%20Infancia.%20Un%20potente%20equalizador.%20Informe%20final.%20Irwin-SiddiqiHertzman.pdf>
 - Kovacheva, K. (2021). Prevención de la psicopatología perinatal durante la gestación. NACIENDO, (1), 70-83. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.KQIU5549>
 - Largaía, A. M; Schapira, I y Aspres Norma. 2008. Guía para padres de prematuros. División Neonatología del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Buenos Aires Argentina. Editado por FUNLARGUIA. <http://www.funlarquia.org.ar/Herramientas/Lectura-para-padres/Guia-para-Padres-de-Prematuros>
 - Largaía, A. M. (2012). Muerte digna en neonatología. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 31(3), 98-99.
 - Leadsom, A., Field, F., Burstow, P., & Lucas, C. (2013). The 1001 critical days: The importance of the conception to age two period. A Cross-Party Manifesto. <https://www.nspcc.org.uk/globalassets/documents/news/critical-days-manifesto.pdf>.
 - Lewis, M., & Rosenblum, L. (s.f.). The Impact of the Infant on its Caregivers. New York: John Wiley & Sons.
 - Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1996/01/15/1/con>
 - López, M. (2021). Clínica puerperal: blues del parto, depresión post-parto y psicosis puerperal. Definición, sintomatología, factores de riesgo y vivencia emocional. NACIENDO, (1), 48-55. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.RIJY8404>
 - Max Neef. (1986). Desarrollo a Escala Humana. Montevideo: CEPUR.
 - Max Neef y otros. (1996). http://www.daghammarskjold.se/wp-content/uploads/1986/08/86_especial.pdf.
 - Max Neef, A. M., & Elizalde, A. (2001). Hopenhayn Martín. Desarrollo a Escala Humana. Montevideo, Uruguay: Editorial Nordan-Comunidad.
 - Ministère de la santé et de la protection sociale, (2004). Plan de Perinatalité 2005-2007 "Humanité, proximité, secu-

- rité, qualité”. France https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
- Ministère de la santé et des solidarités. (2005). (Circulaire n° DHOS/DGS/02/6C/2005/300 du 4 de juillet 2005 relative a la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosdgso26-c-n-2005-300du-4-juillet-2005-relative-a-la-promotion-de-la-collaboration-medico-psychologique-en-perinatalite/>).
 - Ministère de la santé et des sports. (2010). Evaluation du plan perinatalité. Rapport final 2005-2007. France <https://www.google.com/search?q=evaluation+plan+perinatalite+rapport+final2005-2007>
 - Ministère des solidarités et de la santé (2020). Les 1000 premiers jours. Là où tout commence. France <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport1000-premiers-jours.pdf>
 - Ministère des solidarités et de la santé (2021). Instrucción n° SGMCAS/2021/74 du 1er. abril 2021, relative aux engagements de Gouvernement pour l’année 2021 autour de la politique des 1000 premiers jours de l’enfant et ses modalités de déclinaison territoriale, ainsi qu’aux leviers supplémentaires mis à disposition des acteurs locaux. France <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1000premiersjours-instruction-01.04.21.pdf>
 - Ministerio de Salud de Chile. (2008). Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. https://dipre.ce.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-reproductivo.pdf
 - Ministerio de Salud. Gobierno de Argentina. (2020). Plan 1000 días. <https://www.argentina.gob.ar/salud/1000dias>.
 - Ministerio Sanidad: Borrador de anteproyecto de Ley de Especialidades Sanitarias. Dirección General de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Madrid, 2022.
 - Ministerio Sanidad: Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Dirección General de Salud Pública y de Calidad del SNS. Madrid, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, 2022.
 - Ortiz Zulma y Larguía A. Miguel. 2012. Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural. UNICEF, Buenos Aires. Con apoyo del Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.unicef.org/argentina/informes/maternidad-segura-y-centrada-en-la-familia-mscf-con-enfoque-intercultural>
 - MINSALUD COLOMBIA — OPS — OMS — TODOS POR UN NUEVO PAÍS. Plan de acción nacional de salud primeros mil días. Colombia 2012-2021. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/planeacion-primeros-mil-dias.pdf>.
 - Moral, J. (2021). De las Frühe Hilfen a las unidades madre-bebé. El modelo alemán para el apoyo durante los primeros años de vida. NACIENDO, (1), 194199. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.MYGX3373>
 - Naciones Unidas. Comité de Derechos del Niño. (2005). Observación General N° 7. Realización de los derechos del niño en la primera infancia. <https://siteal.iiep.unesco.org/investigacion/3206/observacion-general-7-2005realizacion-derechos-nino-primera-infancia>
 - National Collaborating Centre for Mental Health. (2020). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
 - Nemoda Z, Szyf M. (2017) Review Article. Epigenetic Alterations and Prenatal Maternal Depression. Birth Defects Res. 2017;109:888-897
 - Organización Mundial de la Salud. Plan de acción por la salud mental 2012-2020. <https://www.who.int/mental>



[health/publications/action plan/es/](#)

- Organización Mundial de la Salud (2022). World mental health report. Transforming mental health for all. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Palau P. (2016) Tesis Doctoral. Sufrimiento emocional perinatal compartido: estrés en el bebé efectos de los mecanismos de adaptación y defensa primarios. vulnerabilidad psicosomática y psicopatológica. Universidad de Valencia <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1254099>
- Palau, P. (2021). Las unidades madre-bebé / padres-bebé en Europa y las redes psiperinatales. NACIENDO, (1), 178-193. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.JIDG5896>
- Palau, P. (2021). Las necesarias alianzas para cuidar la psiperinatalidad. NACIENDO, (1), 1-11. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.ISBG8896>
- Palau, P. (2021). Alianzas por la salud mental perinatal. NACIENDO, (1), 12-19. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.IPWM2315>
- Palau, P. (2021). Sufrimiento emocional temprano y vulnerabilidad psicosomática. En: ASMI-WAIMH España éd., Manual de Psicología y Psicopatología perinatal e infantil: Tomo I (pp. 229-246). ASMI-WAIMH España.
- Paricio Talayero, J. (2021). Asistencia respetuosa durante el nacimiento. En: ASMI-WAIMH España éd., Manual de Psicología y Psicopatología perinatal e infantil: Tomo I (pp. 169-177). ASMI-WAIMH España.
- Paricio Talayero, J. (2021). Pérdida de la cultura de la lactancia. Protección institucional y social de la lactancia. En: ASMI-WAIMH España éd., Manual de Psicología y Psicopatología perinatal e infantil: Tomo I (pp. 179-187). ASMI-WAIMH España.
- Pedreira, J. L. (2021). Estamos... ¡naciendo! NACIENDO, (1), V. Ed. ASMI-WAIMH España <https://doi.org/10.52961/01.ZQQH8130>
- PAHO. WHO. 2008. El modelo de maternidad centrada en la familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá: estudio de buenas prácticas. Editado por PAHO, Buenos Aires. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6237?locale-attribute=es>
- Pedreira, J. L. (2021). Neurobiofisiología del vínculo y proceso mental en el recién nacido. NACIENDO, (1), 28-39. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.XSFS3036>
- Pierrehumbert B, Nicole A, Muller Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. "Parental post-traumatic reactions after premature birth; implications on sleeping and eating problems". Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2003, 88, 5, F400-F404.
- "Psychosocial development under five's from Primary Health Care Services". Copenhagen: OMS-European Section, 1990.
- Rabiepoor S, Abedi M, Saboory E, Khalkhali HR.(2019) Stress during pregnancy affected neonatal outcomes and changed cortisol and leptin levels both in mothers and newborns. J Neonatal Perinatal Med. 2019;12:209-219
- Rextford, E.;Sander, L.; Shapiro, Th. (1976). Infant Psychiatry. Yale U.Press: Monographs of the American A. of Child Psychiatry.
- Repetto, F. (2016). La dimensión Política de la coordinación intraestatal, una mirada desde la protección social. Programa de Protección Social del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC). [Argentina. www.vocesenelfenix.com](http://Argentina.www.vocesenelfenix.com).



- Rousseau, J. (2000). Confessions. Londres : Oxford U. Press.
- Sanz, M. J. y Casado, D. (2021). Medios normativos concernientes a la salud mental perinatal. NACIENDO, (1), 102-111. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.HLGX7424>
- Sistema Chile Crece Contigo. (2015). Acerca de Chile Crece Contigo. Qué es Chile Crece Contigo (ChCC). <https://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es> Sistema Chile Crece Contigo. (2010). Cuatro Años Creciendo Juntos: Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006-2010. https://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2015/10/ChCC_MEMORIA.pdf
- Skeels, H. (1966). Adult Status of Children with Contrasting Early life Experiences. Chicago: Society of Research in Child Development, Monograph Series.
- Tarragó, R., Bolaños, S., Cortada, M., Ginovart, G., González, I., Mañosa, M., Vicente, S. (2020). Vivir la prematuridad. Ed. Octaedro. Barcelona. <https://octaedro.com/libro/vivir-la-prematuridad/>
- Trevarthen, C. (1979 (2010)). Communication and cooperation in early infancy:a description of primary intersubjectivity. En M. Bullowa, & (Ed), Before Speech (págs. 321-348). Cambridge: Cambridge Uni. Press.
- Winnicott, D. ((1956) 1977). Primary Maternal Preoccupation. En D. Winnicott, Through Pediatrics t Psycho-Analysis (págs. 300-305). Londres: The Hoggarth Press.
- Winnicott, D. (1960 (1979)). Parent-Infant Relationship. En D. Winnicott, The Maturation Process and the Facilitating Environment (págs. 37-55). London: The Hoggarth Press.
- Winnicott, D. (1987). Babies and their Mothers. Reading, MA: Addison-Wesley.



INDICE

OBJETIVOS DEL PRESENTE DOCUMENTO

INFORME DE FUNDAMENTOS

7 Conecta Perinatal y salud mental perinatal

7.1 ¿Qué es Conecta Perinatal?

7.2 Definición de salud mental perinatal

8 Justificación de las propuestas

9 Determinantes y vulnerabilidades: factores de riesgo y prevención en salud mental perinatal

9.1 La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo bien establecido y prevenible de los trastornos mentales y de otras formas de alteración de la salud

9.2 Las situaciones perinatales generadoras de sufrimiento emocional y las enfermedades mentales perinatales son un importante problema de salud pública, aunque parece estar invisibilizado en muchos países

9.3 La gestación no supone un estado protector para la salud mental de la mujer

9.4 El cuidado de la vida emocional de la familia y la reproducción asistida

9.5 El cuidado de la vida emocional de la mujer y la atención obstétrica

9.6 El puerperio es una etapa de gran vulnerabilidad para la mujer

9.7 El contacto piel a piel al nacer: un tiempo para el reconocimiento mutuo

9.8 La lactancia

9.9 Cuidados intensivos y paliativos en neonatología y pérdidas perinatales

9.10 La exposición al sufrimiento parental perinatal desde los primeros días de su nacimiento es un factor de riesgo y una de las causas de alteraciones en la salud y la conducta del bebé con posibles consecuencias a largo plazo

9.11 La separación forzada del bebé de sus padres

Las separaciones del bebé por enfermedad mental de padres y/o madre

Algunas consideraciones sobre las separaciones del bebé de sus padres/madre en situación de exclusión o de riesgo de exclusión social

Cuando se decide separar

9.12 La gestación y la crianza durante los tres primeros años en entornos de alto riesgo psicosocial (i.e. centros penitenciarios) pueden ser una fuente de sufrimiento parental y del bebé con impacto en la salud mental de ambos.

9.13 Psicoeducación y acompañamiento en salud mental perinatal

9.14 El ámbito educativo 0-3 y la salud mental perinatal

La calidad educativa



Los equipos de atención temprana

El cuidado de algunos procesos fundamentales en la escuela infantil

El cuidado de la calidad de vida cotidiana del profesorado de la escuela infantil

La pobreza como factor de riesgo

Una relación nefasta entre los bebés y las pantallas

10 Avances en psiperinatalidad en varios países

10.1 Los programas de los primeros 1000 días

10.2 Los “primeros 1000 días” en algunos países de Latinoamérica

10.3 El Reino Unido y los 1001 días primeros días

10.4 Evolución de la psiperinatalidad en Europa.

11 Recursos necesarios para la atención a la salud mental perinatal

11.1 Algunos antecedentes europeos

11.2 ¿Qué caracteriza a una red interdisciplinar de perinatalidad regional?

11.3 A cada país su planificación de la salud mental perinatal

11.4 Contextualización de los avances en salud mental perinatal a conseguir en España.

12 Algunas conclusiones y propuestas en cuyo desarrollo y sostenimiento científico y social, se encuentra comprometida la Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia “Conecta Perinatal”.

PETICIONES ESPECÍFICAS DE LA ALIANZA HISPANOHABLANTE POR LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA “CONECTA PERINATAL”.

Primera petición: Comisión de salud mental perinatal

Segunda petición: evaluación de recursos

Tercera petición: formación de redes interdisciplinares

Cuarta petición: formación de matronas

Quinta petición: evitación de costes

ANEXO 1 Censo integral de recursos, programas y estrategias públicas de atención a la salud mental perinatal en España e Hispanoamérica

ANEXO 2 Bibliografía ampliada



MEJORAR EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL PERINATAL. FUNDAMENTOS, PROPUESTAS Y PETICIONES¹

OBJETIVOS DEL PRESENTE DOCUMENTO

Enmarcado en una serie de acciones psiperinatales² iniciadas por “Conecta Perinatal”, este documento aporta evidencias basadas en conocimientos científicos, así como argumentos fundamentados en experiencias de diferentes países europeos e hispanoamericanos, con el fin de promover el desarrollo de políticas sanitarias y sociales que impulsen la creación de planes públicos nacionales diseñados para cuidar la salud mental perinatal, de forma especializada, así como para desarrollar instrumentos para concretar, organizar y ordenar los objetivos y actuaciones de dichos planes.

1. Coordinado por el Dr. Pascual Palau, el presente documento ha sido redactado por el Dr. Demetrio Casado, la Dra. Flavia Cristina Raineri, D^a Lorena Alemán, D^a María Jesús Sanz, D^a María Fernanda Flores, D^a Natalia Valverde y el Dr. Pascual Palau, miembros del grupo de trabajo “Estudios e informes para la elaboración de planes nacionales en psiperinatalidad” de “Conecta Perinatal”.

Ha sido revisado y ampliado por los miembros hispanohablantes del Consejo Científico de la Alianza: el Dr. Francesc Botet, el Dr. José Luis Pedreira, el Dr. Miguel Hoffmann, el Dr. Miguel Largaía, el Dr. Pascual Palau y la Dra. Purificación Sierra.

Así mismo, nuestra Alianza agradece las valiosas aportaciones que han enriquecido de modo considerable el texto, realizadas por el Dr. Francisco Coll, el Dr. José María Aparicio, la Dra. Nuria Camps, la Dra. Remei Tarragó, D. Vicenç Arnaiz, D^a Inmaculada Garcerá y, de manera especial, los conocimientos y experiencias que nos fueron transmitidas oralmente por el Dr. Francis Puech y la Dra. Françoise Molenat en las reuniones celebradas con nuestro grupo de trabajo.

La diversidad cultural de los distintos autores que participan en la redacción de este documento supone la utilización de términos distintos y equivalentes entre sí.

2. El término “psiperinatalidad”, acuñado por Michel Dugnat, comúnmente usado en los países francófonos, se refiere a los cuidados interdisciplinarios centrados en la vida psíquica y emocional en los diferentes tiempos de la perinatalidad, que abarcan, desde la periconcepción hasta, al menos, los 3 primeros años del bebé. Estos cuidados deben ser provistos por todos los actores que favorecen la salud mental perinatal de las madres, padres, fetos, bebés y familia. Michel Dugnat es el presidente de la Aliance francophone pour la Perinatalité, ex-presidente de la Société Marcé Francophone y exco-presidente de la Waimh-France.



INFORME DE FUNDAMENTOS

01 CONECTA PERINATAL Y SALUD MENTAL PERINATAL

1.3. ¿QUÉ ES CONECTA PERINATAL?

Conecta Perinatal es una Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia que tiene por objetivo agrupar al mayor número de asociaciones nacionales e internacionales hispanohablantes de familias, sociedades científicas y asociaciones, federaciones y confederaciones públicas y privadas sin ánimo de lucro, para favorecer de manera continuada una auténtica priorización de las políticas públicas relacionadas con el periodo perinatal y, especialmente, de su dimensión psíquica.

Aspira a favorecer el desarrollo de una atención adaptada y sostenida a las familias con la sensibilización y trabajo coordinado de todos los profesionales cuidadores de ese periodo, facilitando una unión interdisciplinar e interinstitucional. Aumentar el conocimiento internacional, la conciencia y la acción en favor de la salud mental materna y su papel fundamental en el desarrollo infantil y dar a conocer los elevados costos humanos y económicos de una falta de atención perinatal especializada en salud mental cuando resulta necesaria y proponer soluciones basadas en la evidencia. Y también señalar las acciones prioritarias que los responsables públicos deben emprender en el campo de la salud mental perinatal para alcanzar una atención de calidad, homologable con las de los países más avanzados en este campo de la salud pública que compromete la salud de varias generaciones.

La Alianza Hispanohablante se encuentra integrada en la Global Alliance for Maternal Mental Health y desarrolla sus acciones en asociación especial con la Alliance Francophone pour la Santé Mentale Périnatale, con la Maternal Mental Health Alliance UK, con la Alliance Canadienne y con las Alianzas internacionales que puedan ir constituyéndose, pero también con aquellas instituciones internacionales cuyos fines coinciden con la Alianza Hispanohablante.

Principios que inspiran a la Alianza

- El intercambio internacional, sin ánimo de lucro, de conocimientos y recursos entre instituciones nacionales y regionales, principalmente hispanohablantes.
- La solidaridad.
- La transparencia.

Función de la Red "Conecta Perinatal"

Favorecer la conexión entre las instituciones cuidadoras de la salud mental perinatal, infantil y de la familia, junto a las asociaciones de usuarios, para entretener una red de alianzas en el marco de encuentros colaborativos estimulando y acompañando el desarrollo y crecimiento singular de cada institución o territorio.

Finalidad

El trabajo, en coalición de las organizaciones y de sus especialistas, tiene la finalidad de mejorar la atención de la salud mental perinatal de las madres y padres, de los fetos, de los bebés, de los niños y niñas y de las familias, desde el tiempo de la preconcepción.

Su ámbito geográfico abarca principalmente las diferentes regiones de España e Hispanoamérica que requieran alianzas para aumentar sus conocimientos o recursos especializados mediante un acompañamiento solidario en red y en estrecha colaboración con las Alianzas Europeas, Canadienses y de otros continentes.

Su principal objetivo instrumental es que todos los países desarrollen políticas nacionales sobre salud mental perinatal y de la familia con el fin de conseguir una asistencia sanitaria y social coordinada y de excelencia, cuidadora de la salud mental perinatal y de la familia.

¿Quiénes pueden solicitar su admisión a Conecta Perinatal?

Podrán integrarse en la Alianza entidades y grupos nacionales públicos o privados sin fin de lucro, principalmente de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Guinea Ecuatorial, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, además de las áreas hispanohablantes de Estados Unidos y otros países.

¿Qué instituciones forman parte actualmente de Conecta Perinatal?

Aunque se siguen sucediendo las solicitudes para formar parte de Conecta Perinatal, en la fecha de publicación de este documento, las instituciones que conforman Conecta Perinatal son:

Asociación Argentina de Psicología Perinatal ASAPP (Argentina); Asociación Civil Materna, Salud Mental Perinatal (Argentina); Asociación Española de Psicología Perinatal AEPP (España); Associació de Prematurs de Catalunya "Som Prematurs" (España); Asociación Dominicana de Psicología Perinatal ADPP (República Dominicana); Asociación para la Salud Mental Infantil desde la Gestación, ASMI WAIMH-ESPAÑA (España); Asociación APSA (España); Associació de Comares de la Comunitat Valenciana (España); Asociación Nacional de Educación Prenatal. ANEP (España); Asociación de Padres de Niños Prematuros APREM (España); Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna APILAM (España); Centro de Investigación y Asistencia al Desarrollo CIAD (Argentina); Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología de España (España); Confederación Internacional de Matronas ICM (Internacional); Confederación Salud Mental España (España); Colegio Oficial de



Psicología de la Comunidad Valenciana (España); Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires Distrito X (Argentina); EDAI Clinical Services I Training I Research (España); Escuelas Infantiles Municipales de Pamplona (España); Federació Salut Mental Comunitat Valenciana (España); Fundación Manantial - Casa Verde (España); Fundación Multifamilias (Argentina); Fundación Salud Infantil de Elche (España); Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia FUNLARGUIA (Argentina); Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica IEPPM (España); Obra Social De Empleados Públicos OSEP (Argentina); Red Internacional de Etnografía con Niñas, Niños y Jóvenes RIENN (Internacional); Seminario de Intervención y Políticas Sociales, SIPOSO (España); Sección de Psicopatología de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO (España); Sociedad Apego y Complejidad Infantil (Chile); Sociedad Argentina de Investigación en Observación de Bebés SAIOBB (Argentina); Sociedad Argentina de Primera Infancia SAPI (Argentina); Sociedad de Estudios Psicosomáticos Iberoamericana SEPIA (España); Universidad Nacional de San Luis (Argentina).

1.4. DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL PERINATAL

La salud mental perinatal está directamente relacionada con el bienestar y armonía/equilibrio psíquico y somático necesario para el óptimo desarrollo personal, mental y social, desde la época periconcepcional hasta la postnatal.

En su dimensión biopsicosocial, la salud mental perinatal incluye a la madre, al bebé, al padre, así como a la familia, y requiere ser cuidada desde la época antenatal a la postnatal hasta, al menos, los 3 años.

En sus dimensiones de prevención, detección e intervención sociosanitaria, se requiere atender a toda la población, aunque de manera especial a aquella afectada por un sufrimiento emocional o un trastorno mental.

El cuidado de la salud mental perinatal requiere de redes interdisciplinarias psiperinatales de proximidad, suficientemente formadas en salud mental perinatal y psicopatología perinatal, que deben estar bien coordinadas y disponer de suficientes recursos sanitarios-sociales y educativos adaptados a las necesidades de las familias.

02 JUSTIFICACIÓN DE LAS PROPUESTAS

La salud mental perinatal es el núcleo central desde el que adquieren sentido y alrededor del cual han de pivotar buena parte de las políticas de protección, promoción y prevención de salud mental de la población a lo largo de todo el curso de la vida. Contamos con estudios que señalan que la transición a la maternidad/paternidad y la crianza se benefician del apoyo y orientación de servicios y profesionales cualificados. Profesionales y servicios que se tornan imprescindibles cuando las y los progenitores padecen alteraciones mentales o su bienestar emocional está en riesgo.

Por otra parte, una visión de la infancia, incluso desde las primeras semanas, como un periodo vital exento de riesgos y de alteraciones psicológicas y mentales, se aleja de la realidad clínica y del conocimiento científico.

A su vez, la salud mental infantil se encuentra íntimamente relacionada con una maternidad y una paternidad psicosaludables y no hemos de olvidar que los bebés y los niños y niñas de hoy serán las madres y los padres del mañana.

El informe *"The costs of perinatal mental Health"*, del Reino Unido, realizado por un equipo de la London School of Economics de Londres dirigido por Bauer, por encargo de la Maternal Mental Health Alliance en 2014, muestra lo siguiente: considerando los problemas de salud mental más frecuentes, en el embarazo un 7% de las mujeres sufre depresión y entre el 11 y el 15% trastornos de ansiedad. En el postparto un 14% sufre depresión y un 8% ansiedad. Un 0,2 % presentan psicosis. Estos datos aumentan al contemplar otros trastornos que también pueden ocurrir en el periodo perinatal (consumo de sustancias adictivas, trastornos alimentarios, trastornos de personalidad...).

A pesar de que el 10% de los padres padecen depresión postparto, existe poca divulgación y muy poca atención sobre el sufrimiento perinatal del padre. Esta poca consideración de la psicopatología perinatal paterna, que aún sigue siendo negada a pesar de que los estudios la evidencian desde hace varias décadas, no sólo pone en riesgo la salud del padre sino también la de la madre y la del bebé, así como la de otros hijos, si los hay, porque cada uno de ellos forma parte de un mismo sistema de interacciones que regulan o desregulan el equilibrio homeostático grupal e individual.

Muchos países aún no cuentan con datos epidemiológicos sobre estas problemáticas.



Datos de gran relevancia, si consideramos además los efectos que ha tenido la pandemia COVID19 en la salud mental de la mujer que se encuentra en periodo de gestación: como el temor al contagio, el aislamiento, la falta de redes de apoyo, la sobrecarga en lo doméstico y laboral, el aumento de los conflictos familiares asociados a la convivencia de todo el grupo y a la falta de espacio; la autoexigencia con los hijos e hijas especialmente los que se encuentran en edad preescolar y escolar, etc. Así como también, las repercusiones asociadas a las experiencias de parto y puerperio durante la pandemia: como la vivencia de aislamiento durante las hospitalizaciones en embarazos de alto riesgo, temor a contagiar al recién nacido, lo que muchas veces genera conflictos con el medio debido al enjuiciamiento de los requerimientos de los padres para acercarse al bebé (PCR, cuarentena, mascarilla, uso de alcohol gel, etc.), y el impacto que todo esto podría conllevar en la salud mental del recién nacido.

Las cifras sobre el gasto en servicios y atención especializada en salud mental, durante la crianza y en la primera infancia, no dejan lugar a dudas de que invertir en salud mental perinatal es una prioridad del más alto nivel y un derecho de los niños y niñas y de sus padres.

En efecto, la Convención de los Derechos del Niño establece como uno de estos derechos el disfrute del mayor nivel posible de su salud, y el derecho de las familias a tener apoyo de los estados para desempeñar las funciones parentales de forma adecuada.

Se amplía en la Observación General N.º 7 (2005) “Realización de los derechos del niño en la primera infancia”, del Comité de Derechos del Niño de NNUU, instando “a los Estados Parte a que adopten todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal de las madres y de los lactantes, para reducir la mortalidad infantil en la niñez, y crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de su vida”.

Como situaciones que pueden repercutir negativamente en el niño o niña menciona, entre otras, “la atención parental en situaciones de gran presión material o psicológica o de salud mental menoscabada”.

En la agenda presente y futura de los países que se comprometen con la infancia y las familias, ha de estar necesariamente el Invertir en políticas activas de promoción de la salud mental desde antes de la concepción hasta los primeros años de vida, con intervenciones universales, selectivas e indicadas, con sensibilización y formación interdisciplinar de profesionales, planificación e implementación de servicios y recursos especializados,

03 DETERMINANTES Y VULNERABILIDADES: FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL PERINATAL

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Podemos citar entonces factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como los planes nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.

3.1. LA EXPOSICIÓN A LAS ADVERSIDADES, EN EDADES TEMPRANAS, ES UN FACTOR DE RIESGO BIEN ESTABLECIDO Y PREVENIBLE DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DE OTRAS FORMAS DE ALTERACIÓN DE LA SALUD

Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños o niñas expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias.

3.2. LAS SITUACIONES PERINATALES GENERADORAS DE SUFRIMIENTO EMOCIONAL Y LAS ENFERMEDADES MENTALES PERINATALES SON UN IMPORTANTE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA, AUNQUE PARECE ESTAR INVISIBILIZADO EN MUCHOS PAÍSES

La salud mental perinatal tiene repercusión directa en el seno de toda la familia, especialmente en la madre, el recién nacido y el padre. El buen cuidado de la salud mental de la madre desde la gestación, y de su pareja, protege tanto a la madre, como al bebé y a la familia, de problemas de salud mental y permite un óptimo desarrollo psicosocial de todos ellos.



El periodo perinatal ofrece importantes oportunidades de cambio cuando se detectan precozmente los problemas y se les presta la adecuada atención sanitaria y social.

Por tanto, la desatención de la salud mental perinatal trae consigo consecuencias muy nocivas para la salud parental e infantil, generando conductas o patrones que repercutirán negativamente en la madre, en el padre y en el apego madre-hijo/hija. Podrán desarrollarse comportamientos hostiles, intrusivos o desconectados emocionalmente, entre otros, que tendrán consecuencias directas y potencialmente perjudiciales a corto y mediano plazo en los niños y en las niñas.

Según el informe Bauer³ (2014), esto se traducirá en un gasto económico extremadamente alto de recursos sanitarios, sociales y judiciales en algunos casos, a corto, medio y largo plazo, donde el 28% de los costes adicionales en tratamientos de los trastornos psíquicos perinatales requerirá ser destinado a la atención de la madre y el 72% a los hijos de estas madres a lo largo de todo su desarrollo. La depresión, los trastornos de ansiedad y las psicosis cuestan a la sociedad, en el Reino Unido, a largo plazo 8,1 mil millones de libras por cada cohorte de nacimientos en un año. De ellos, 1,7 mil millones serían a cargo del sector público, costando los casos de depresión y ansiedad 10.000 libras/caso y 25.000 libras los casos de psicosis perinatales.

Huelga señalar que los problemas de salud mental impactarán no sólo en la salud mental de los bebés, niños y niñas a lo largo de su vida, sino también en la crianza de sus propios hijos cuando lleguen a la edad adulta, convirtiéndola en un factor que perpetúa no sólo el padecimiento de una parte importante de la población sino también la desigualdad de oportunidades y derechos a lo largo de varias generaciones.

Actualmente, la carencia de servicios psiperinatales especializados trae consigo un déficit de recursos de prevención y de detección, tiempos más costosos y largos de recuperación de las mujeres y de los padres afectados.

Esta situación de falta de recursos psiperinatales adecuados y suficientes para atender la psicopatología perinatal parental puede llevar a separaciones dramáticas e injustificadas, por sus efectos iatrogénicos, de las madres y padres que padezcan alguna patología mental de sus hijos e hijas, generando daño en el desarrollo del apego, en la relación madre-bebé y mayor alteración en la conducta y desarrollo emocional y cognitivo de los niños o niñas, además de un enorme gasto económico para el Estado.

En diversos países europeos, pioneros en el cuidado de la salud mental perinatal, se han venido constatando, a lo largo de las últimas décadas, los grandes beneficios que genera en el campo de la salud y de la economía de un país, disponer de planes nacionales de salud mental perinatal con programas, recursos y dotaciones económicas específicas destinadas a la prevención y atención del sufrimiento perinatal.

Como sucede con otros países avanzados en este campo, las experiencias como la del Sistema Británico de Salud, que cuenta con la implantación de recursos especializados en la psiquiatría perinatal, permiten obtener importantes beneficios económicos a medio y largo plazo mediante la reducción de los gastos del sistema de salud nacional.

Dichos servicios permiten la atención especializada a patologías perinatales como la ansiedad, la depresión y la psicosis puerperal que afectan directamente a madres, padres y bebés, (y no en una proporción menor), mediante estrategias de prevención secundaria y terciaria que reducen de manera significativa los costes económicos frente a la atención que no está especializada.

Así pues, los datos obtenidos en los estudios realizados en el Reino Unido avalan de manera fehaciente los resultados satisfactorios en la salud mental de padres, madres, hijos e hijas atendidos en la etapa perinatal de manera intensiva y especializada. La inversión económica inicial generada en la implantación de dichos recursos compensa de manera evidente y se recupera a medio y largo plazo no sólo en el terreno de la salud mental sino también en toda la estructura socioeconómica.

³ Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V., Adelaja, B., & Hogg, S. (2014). The costs of perinatal mental health problems. London: Centre for Mental Health and London School of Economics, 44. https://www.researchgate.net/publication/267924828_The_costs_of_perinatal_mental_health_problems/link/545cdd980cf27487b44d4243/download

3.3. LA GESTACIÓN NO SUPONE UN ESTADO PROTECTOR PARA LA SALUD MENTAL DE LA MUJER

La mujer gestante es más vulnerable al estrés y el puerperio es un período con especial incidencia en la aparición de patología psíquica. La no detección de ésta, o un tratamiento inadecuado, pueden conllevar una evolución negativa del embarazo y el parto, un impacto negativo en el desarrollo del bebé, del niño y la niña, distorsiones y alteraciones en el vínculo maternofilial y, por lo tanto, en la vida de pareja y familiar.

En relación con el sufrimiento emocional materno, hay evidencia de que el malestar emocional, la ansiedad y la depresión pueden alterar el neurodesarrollo del embrión y del feto y afectar a la madre en su sensibilidad y sintonía con el bebé, pudiendo verse comprometido el engranaje inicial en el cual se apoya el vínculo temprano mamá-bebé.

Especial cuidado y atención debe prestarse desde el inicio de la gestación cuando existen ciertos factores que podrían incrementar el riesgo de aparición de psicopatología materna, dentro de los cuales se pueden mencionar la falta de redes de apoyo, ausencia de una pareja o enfermedad de la misma, bajo soporte social, historia de abuso o violencia intrafamiliar, antecedentes personales de enfermedades mentales, embarazo no deseado, patologías o malformaciones fetales, antecedentes de abortos previos o pérdidas postnatales. Así como también la existencia de factores que podrían implicar riesgo para el embarazo como, por ejemplo, la preexistencia de problemas de salud, como la hipertensión arterial, diabetes, infección por VIH, obesidad, patologías tiroideas, renales, autoinmunes, cardíacas, neurológicas, etc.; complicaciones obstétricas (rotura prematura de membranas, síntomas de parto prematuro, placenta previa); condiciones del embarazo como embarazos múltiples, antecedentes de embarazos previos con muerte gestacional, rotura uterina, preeclampsia o eclampsia y diabetes gestacional, etc.; la edad de la madre, como embarazos adolescentes o primer embarazo después de los 35 años, pérdidas prenatales previas, infertilidad; y otros problemas relacionados con el estilo de vida, como consumo de tabaco, alcohol, drogas, etc.

Acompañando, cuidando y fomentando la salud mental de la gestante contribuiremos al neurodesarrollo y a la salud mental futura de ella y del hijo o hija que espera. La propia mujer se beneficia del potencial sanador del embarazo cuando este es vivido de manera plácida y feliz. En los casos en los que se producen complicaciones o se padece una psicopatología, un acompañamiento integral adaptado a las necesidades de cada mujer por parte de profesionales formados, posibilita que mejore su propio autoconcepto, su estilo de afrontamiento y su bienestar. Por extensión, cuidar de la madre contribuye a la salud mental de su pareja, de los hijos e hijas y, por tanto, del conjunto de la familia.

Para que la prevención y la detección precoz se lleven a cabo adecuadamente, resulta esencial ofrecer una atención integral y multidisciplinar en esta etapa, mediante la coordinación y colaboración entre los sectores de salud mental, salud pública y otros del ámbito social.

Atender y cuidar la salud de la madre de forma integral desde el embarazo favorece que alcance una mayor conciencia, seguridad y amparo. Solo sostenida, podrá sostener a su criatura, siendo esa la mejor intervención posible para proteger al bebé del maltrato a lo largo del desarrollo: sostener el vínculo maternofilial durante el embarazo y puerperio sin descuidar la salud mental perinatal del padre.

La realidad actual es que existen muy pocos recursos preventivos y asistenciales en salud mental perinatal. El miedo al estigma por parte de la madre y el padre, el temor a actuaciones institucionales y, a menudo, la falta de formación especializada de los profesionales hace que, generalmente, las pacientes no pidan ayuda y traten de no manifestar sus problemas emocionales, por lo que sólo se diagnostica una minoría de casos.

Por ello, es imprescindible que se lleven a cabo procedimientos de detección sistemática, así como protocolos de intervención en red de cuidados sanitario-sociales coordinados entre diferentes niveles de prevención y atención y por diferentes profesionales.



3.4. EL CUIDADO DE LA VIDA EMOCIONAL DE LA FAMILIA Y LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

En la actualidad el 10% de los nacimientos requieren técnicas de reproducción asistida. Se ha descrito ampliamente que la experiencia de infertilidad genera altos niveles de ansiedad y depresión, así como que los efectos de esta vivencia perduran en el tiempo incluso en las parejas que finalmente han podido concebir. Esta realidad justifica la necesidad de prestar particular atención a los efectos emocionales que este nuevo acceso parental tiene en la familia y en los futuros recién nacidos.

La atención asistencial a las parejas infértiles no debería perseguir como objetivo obtener embarazos a toda costa, sino apostar desde el principio por ayudar a las parejas a encontrar el mejor camino para ser padres y favorecer un entorno parental que conlleve suficiente calidad emocional para acoger al bebé.

Para ello resulta fundamental:

Que los centros de reproducción asistida públicos y privados cuenten con la composición de equipos interdisciplinarios con profesionales de la salud mental especializados en este ámbito con el objetivo de realizar un abordaje asistencial integral desde el primer momento en que se produce la consulta por infertilidad con la finalidad de:

- 1) incluir la dimensión emocional del deseo de hijos
- 2) favorecer la mentalización y gestión de la pérdida de la fecundidad biológica en los casos que requieren bancos de donación de material genético.
- 3) Asesoramiento ante la decisión de comunicar los orígenes genéticos
- 4) favorecer la elaboración de las pérdidas que se pueden producir a lo largo del tratamiento (embarazos incipientes, muertes in útero, reducciones embrionarias...)
- 5) Ofrecer contención emocional para finalizar los tratamientos sin haber podido concebir.

Los centros dedicados a los procesos de reproducción asistida deben de evaluar si existe la necesidad de facilitar ayuda psicológica a aquellas madres que padezcan síntomas de sufrimiento emocional al inicio, a lo largo o al final del proceso, velando por que puedan recibir la asistencia psicoterapéutica o psiquiátrica especializada que precisen en cada una de las tres etapas con el fin de proteger su salud mental, la de su pareja y la de su bebé. Resulta esencial ofrecer unos cuidados suficientes que protejan la salud emocional de la familia y el desarrollo saludable de los futuros bebés.

3.5. EL CUIDADO DE LA VIDA EMOCIONAL DE LA MUJER Y LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

Para asegurar el buen cuidado de la salud emocional de la mujer a lo largo de su gestación, de su parto y del tiempo de su puerperio, es necesaria una estrecha alianza entre obstetricia y salud mental perinatal.

A lo largo de sus estudios de grado, de postgrado o mediante la formación continua, los obstetras necesitan adquirir suficientes conocimientos de psicología y psicopatología perinatal para asegurar el mejor cuidado de la vida emocional de la mujer y de su pareja.

Esta formación en salud mental perinatal de los especialistas en ginecología y obstetricia debe incluir también, necesariamente, a las matronas y a las enfermeras que asisten a las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio.

Es necesario garantizar el mejor cuidado posible de la salud emocional de la madre para prevenir y evitarle todas aquellas experiencias que pueden generarle sufrimiento y estrés postraumático a lo largo de todo el camino que ella necesita recorrer para acceder a su maternidad. Son importantes las experiencias relacionadas con la calidad del trato recibido por parte del personal médico responsable de su atención, que pueden afectar seriamente su salud emocional y la de su bebé.



3.6. EL PUERPERIO ES UNA ETAPA DE GRAN VULNERABILIDAD PARA LA MUJER

Los cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales predisponen a la aparición de trastornos psíquicos. La sensación de culpa de las madres deprimidas o padeciendo otras formas de sufrimiento perinatal, en un momento supuestamente tan feliz, y la rigidez de las clasificaciones de los manuales generales de diagnóstico, dificulta la correcta detección y diagnóstico de la clínica puerperal. Esto es especialmente grave si atendemos a que actualmente existe un infradiagnóstico (50-75%) en la depresión postparto, siendo la patología con mayor incidencia (12%) sobre otras de tipo físico (hipertensión, 4%; nacimientos prematuros, 7-9%; diabetes, 3%), para las que se cuenta con más recursos de atención.

La alta prevalencia de los trastornos mentales en el postparto pone de manifiesto la necesidad de que el tratamiento de la depresión y de la psicosis puerperal, entre otros padecimientos como son las pérdidas perinatales pre y postparto, los partos traumáticos, las experiencias psicosociales que elevan el riesgo de vulnerabilidad emocional, etc., se constituya como un eje principal de la intervención en la asistencia sanitaria pública.

Diversos estudios evidencian la influencia multifactorial en la génesis de la psicopatología puerperal tras algunas cesáreas. Algunas de las causas son la separación madre-bebé, dificultades posteriores con la lactancia materna o debido al trato recibido por parte de los profesionales sanitarios.

Si tras el parto no se inicia el contacto piel con piel de la madre con su bebé, en el periodo sensible de las dos primeras horas, se dificulta el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. Para que esto pueda realizarse, son necesarias sensibilización, formación y coordinación entre todos los profesionales que vayan a atender a la mujer en el parto.

Está demostrada la asociación de depresión postparto con el parto por cesárea y la interrupción de la lactancia materna, por lo que es vital trabajar en la línea de la detección y tratamiento precoz de psicopatología puerperal en los casos de cesárea, así como favorecer el contacto piel con piel inmediato para la instauración de una lactancia materna exitosa siempre que la madre así lo quiera.

3.7. EL CONTACTO PIEL A PIEL AL NACER: UN TIEMPO PARA EL RECONOCIMIENTO MUTUO

El contacto piel con piel (CPP) con la madre es el hábitat natural del recién nacido y la lactancia materna el comportamiento programado para ese hábitat.

Existen suficientes argumentos biológicos, fisiológicos, antropológicos y del neuro-comportamiento que muestran que el CPP, junto con la lactancia materna, representan el estado normal que permite la óptima adaptación de los recién nacidos de todas las especies al medio extrauterino.

Cuando se les deja espontáneamente en contacto piel con piel con su madre durante el tiempo suficiente, la mayoría de los recién nacidos sanos reptan hasta el pecho y hacen una succión correcta antes de los 70 minutos tras nacer. Este hecho se relaciona con una mejor implantación y duración de la lactancia materna.

Numerosos estudios han demostrado la ausencia de riesgo y la existencia de claros beneficios del CPP, tanto para el recién nacido como para la madre.

Beneficios del CPP

4. Para el recién nacido:

1. Mejora la oxigenación
2. Mejora la regulación de su temperatura



3. Se consigue antes su estabilización
4. Disminuye su gasto energético
5. Lloro menos (menor ansiedad/estrés)
5. Para la madre:
 1. Aumenta el nivel de oxitocina (efecto antiestrés) y mejora de la contractibilidad uterina (menor hemorragia).
 2. Mejor recuperación de posibles problemas emocionales
 3. Desarrollo de un comportamiento de protección y un sentimiento de capacidad de la madre para cuidar de su hijo
6. Para ambos:
 1. Mejora el vínculo afectivo
 2. Hay más posibilidad de éxito y mayor duración de la lactancia materna

El contacto piel con piel al nacimiento es un proceso frágil, requiere su tiempo y puede alterarse si se interrumpe el contacto, aunque sea unos minutos.

La existencia de dificultades en el parto (distocia) y la elevada tasa de mortalidad infantil, junto a los avances en reanimación cardiopulmonar, han justificado, a lo largo del siglo XX, una asistencia al proceso de parto y nacimiento muy tecnificada y agresiva que ignoraba la importancia del proceso inicial de vinculación entre madre y recién nacido.

Sin restar un ápice a la seguridad de madre e hijo, hoy disponemos de argumentos para realizar una asistencia al proceso de parto centrada en la madre y el recién nacido, respetándolos como individuos competentes y atendiendo a sus necesidades puntuales, que en la mayor parte de los casos consistirá en una observación respetuosa que les permita reconocerse mutuamente, no alterando los mecanismos básicos del inicio de la vinculación.

3.8. LA LACTANCIA

La lactancia nos define como clase dentro del reino animal. Somos los mamíferos, los portadores de mamás, una de nuestras características específicas principales. La lactancia protege de enfermedades, alimenta y contribuye a asegurar desde los orígenes la supervivencia de las crías de cada especie.

Desde la ciencia se concibe y describe la lactancia en términos de beneficios y riesgos para la salud y de resolución de sus posibles problemas, y la leche materna se evalúa como un producto de la lactancia, separado de la mujer, con propiedades medicinales e inmunológicas propias. Pero la lactancia es mucho más que eso: es algo que madres y bebés hacen de forma natural desde el principio de los tiempos, un hecho bio-cultural que trasciende el conocimiento científico y entra dentro del territorio de lo biológico, de lo emocional, de lo relacional y de lo cultural; un fenómeno propio del que, en general, disfrutaron y que tradicionalmente formó parte de la vida cotidiana, pública y privada.

El advenimiento de la industrialización y la fabricación de fórmulas lácteas para lactantes a mediados del siglo XIX fuerzan la desaparición de la lactancia mercenaria y la caída de la frecuencia y duración de la lactancia materna de modo progresivamente generalizado, con consecuencias muy negativas para la salud y vida de bebés y madres y el bienestar de las poblaciones.

La lactancia precisa hoy una protección y promoción política integral de los poderes públicos, gobiernos y adminis-



tradores de la Salud. A ello responden iniciativas de la OMS firmadas, interpretadas y aplicadas con mayor o menor empeño por los Ministerios de Sanidad de la práctica totalidad de países del mundo.

Varios programas, declaraciones y estrategias de la OMS que promueven la supervivencia infantil se basan en la protección y promoción de la lactancia materna. Los más relevantes son el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) llamada en España Iniciativa para la Humanización de la Asistencia Neonatal y la lactancia.

La OMS y el UNICEF recomiendan:

4. Un inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida
5. Lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida
6. Introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los seis meses, continuando la lactancia materna hasta los dos o más años.

Es de gran importancia que los gobiernos se adhieran a los programas de la OMS y de otros organismos nacionales e internacionales que velan por una crianza saludable y que desarrollen leyes de conciliación adecuadas para que las madres que quieren amamantar a sus bebés puedan hacerlo el primer medio año de forma exclusiva y como complemento el tiempo que ambos deseen y puedan.

Muchos obstáculos a la lactancia provienen de la falta de formación específica del cuerpo sanitario. Es exigible la inclusión de la misma en el pregrado y de modo permanente y revisable en el posgrado de estas profesiones.

Las madres que no desean o no pueden amamantar

Es imprescindible apoyar a aquellas madres que, por alguna razón o circunstancia personal, no desean o no pueden amamantar a sus bebés. El tipo de alimentación inicial, materna o con fórmula artificial, es una decisión de profunda raigambre en el espíritu de las mujeres y es de origen multifactorial. Suele estar tomada mucho antes del embarazo y tiene que ver más con factores personales, familiares y socioculturales que con temas de salud. Cualquiera que sea la decisión tomada, las personas que trabajan con madres deben entenderlas y respetarlas. Hay que informar, no forzar voluntades ni practicar un rechazo más o menos encubierto que dañe su autoestima. Aprender a acompañarlas en su decisión es fundamental.

Pese a que las causas del cese de la lactancia son dispares y que muchas de ellas son debidas a técnicas erróneas fomentadas desde el ámbito sanitario y no tienen objetivamente su origen en la madre, muchas madres se atribuyen la responsabilidad, con tintes de culpa, a sí mismas.

En un contexto social y sanitario en el que la lactancia materna se promueve como lo natural y como la opción más saludable para los lactantes, las mujeres que no desean o acaban no pudiendo amamantar por el tiempo que pensaban, pueden creer que han fallado como madres y experimentar emociones negativas diversas: desconcierto, fracaso, incomprensión, dificultad para expresar lo que sienten, culpabilidad, incompetencia, merma de autoestima, aislamiento y rechazo o enojo contra los que las han conducido a lo que viven como un fracaso. La culpa puede acompañar a estas madres durante años. Llegar a odiar la lactancia materna es también una consecuencia.

Hay que escuchar el discurso de las madres que no amamantan o dejan de amamantar. Muchas experimentan inseguridad, dificultades técnicas y perciben intolerancia o reprobación en su entorno y en quienes les ayudaban con sus lactancias. Para ellas es importante encontrar apoyo en su decisión de dejar la lactancia. Es esencial apearse



del discurso acusador y excluyente de la lactancia materna y aprender a acompañar y cuidar también a las madres que no amamantan o dejan de amamantar.

Es imprescindible evitar cualquier forma de discriminación social o familiar y proteger la representación positiva que toda madre debe tener de ella misma para preservar su salud emocional y la de su bebé.

3.9. CUIDADOS INTENSIVOS Y PALIATIVOS EN NEONATOLOGÍA Y PÉRDIDAS PERINATALES

Cualquier estado con riesgo vital para el recién nacido supone una situación estresante para los padres y para el propio niño. El ingreso en una unidad de cuidados intensivos es por sí mismo estresante. Los equipos de neonatología-pediatría y de salud mental perinatal deben asegurar, de manera coordinada, que los bebés en estas situaciones, asistidos en unidades de cuidados intensivos, reciban una atención adecuada que les garantice el soporte vital y en su caso unos cuidados paliativos y una muerte digna. Se asegurará siempre la presencia de los padres y su participación en las decisiones médicas que afecten a la evolución del estado físico y emocional de su bebé y se asegurará que estos se encuentren a su lado, en todos los casos, para asegurar el derecho del bebé de estar acompañado por sus padres y, si llegara el caso, de poder morir en sus brazos.

Tras una pérdida perinatal, pre o postnatal, se debe asegurar el seguimiento psicológico de la salud mental parental en los meses siguientes a la pérdida y, al menos también, en la gestación siguiente y meses posteriores al nacimiento del nuevo bebé.

Todas las pérdidas perinatales requieren de un seguimiento y de unos cuidados especializados en salud mental perinatal que faciliten la elaboración del duelo por la pérdida y la mejor recuperación emocional de la familia. Dar nombre a un bebé fallecido antes de nacer o a las pocas horas de nacer, darle sepultura siguiendo la cultura parental, facilitar el reconocimiento de que lo que se perdió es un sujeto que no alcanzó a desarrollarse en las etapas iniciales de la vida, induce y canaliza un proceso de duelo parental y familiar por la pérdida sufrida.

Dada la importancia que tiene el cuidado de la relación padres-niño-profesional para una buena evolución de cualquier proceso, especialmente en ocasión de un ingreso hospitalario que puede resultar largo y cargado de ansiedades, debe resaltarse la importancia de cuidar a los profesionales de la UCIN. Realizar grupos semanales en los que estos profesionales puedan verbalizar y compartir sus vivencias permite la elaboración del dolor emocional que les genera experimentar su responsabilidad sobre la evolución de los niños en situación de riesgo.

Poder tomar consciencia de sus resistencias a aceptar lo doloroso y comprometido de la situación que están viviendo y asumir su tendencia a negarla, permitirá a los profesionales entender y tolerar que los padres también se sientan inclinados a negar, deformar o minimizar el mensaje recibido, o incluso reaccionar con enfado con aquellas personas que le comunican el diagnóstico.

El aumento de su empatía permitirá que, en vez de defenderse ante las reacciones defensivas de los padres, el profesional pueda llevar a cabo una labor de contención que le permita pensar y encontrar recursos que modifiquen, en la medida de lo posible, la situación real ayudando a valorar los pequeños avances a los que, en ocasiones, se otorga poco valor, aunque la experiencia señala que pueden tener un efecto positivo de alcance imprevisible.

3.10. LA EXPOSICIÓN AL SUFRIMIENTO PARENTAL PERINATAL DESDE LOS PRIMEROS DÍAS DE SU NACIMIENTO ES UN FACTOR DE RIESGO Y UNA DE LAS CAUSAS DE ALTERACIONES EN LA SALUD Y LA CONDUCTA DEL BEBÉ

Las alteraciones de la salud se manifiestan muy precozmente, revelando en muchos casos, la existencia de un sufrimiento emocional compartido en el contexto de la interacción madre-padre-bebé, la cual puede comprometer seriamente su desarrollo. La falta de especialización en psicopatología perinatal e infantil temprana y de forma-



ción en psicoterapia de la díada madre-bebé y de la triada padre-madre-bebé conlleva una falta de detección y asistencia psicoterapéutica muy temprana que debe prestarse ante los primeros signos de sufrimiento psíquico que pueden presentarse en el bebé desde sus primeros días de vida.

Se ha demostrado que los padres de bebés prematuros tienen una tasa del 13% de síndrome de estrés postraumático, frente al 0% en la muestra control de los padres que no viven esa situación. Este estrés postraumático parental se asocia de manera significativa en el niño con la aparición de trastornos de la alimentación y del sueño. Si comparamos, en un modelo de ecuación estadística estructural, por un lado, el trauma parental y, por otro, la prematuridad y el riesgo perinatal, se observa que el trauma parental es un factor predictivo más importante del devenir del prematuro que la gravedad de la prematuridad. La angustia temprana que padece el bebé es modulada por la reacción del medio ambiente y por su capacidad de hacerse cargo de ella.

La constatación del estrés postraumático en el prematuro no puede sino confirmar la importancia de los cuidados psiperinatales en los entornos neonatales, tanto con los padres como con el niño. Las situaciones de estrés en los primeros años de la vida pueden producir alteraciones neurológicas transitorias o permanentes por lesiones en el sistema nervioso central mediados por el cortisol y sus receptores.

3.11. LA SEPARACIÓN FORZADA DEL BEBÉ DE SUS PADRES.

La separación forzada del bebé de sus padres con la pérdida o suspensión de la custodia, cuando éstos padecen alguna enfermedad mental o se encuentran en una situación de riesgo social, son cuestiones de gran complejidad que generan repercusiones psicológicas profundas en todos sus protagonistas y pone en riesgo su salud mental.

Las separaciones del bebé por enfermedad mental de padres y/o madre.

Existen estudios cualitativos que muestran el alto impacto negativo que esta separación genera en las madres, identificando que, junto con la pérdida del hijo o hija, estas mujeres manifiestan haber perdido también su propósito en la vida.

Además, el hecho de perder la custodia de los hijos o las hijas conlleva un efecto negativo en la psicopatología de la mayoría de las mujeres estudiadas que tenían un trastorno mental. A partir de esta situación, estas madres estuvieron internadas para su recuperación más tiempo y mostraron un mayor sufrimiento que se perpetuó con el paso de los años. Se observa que, en estas mujeres, al duelo por la pérdida del hijo o hija se agrega un duelo no elaborado por la pérdida de su rol y de sus derechos como madre.

El tratamiento de la madre con enfermedad mental severa mediante la hospitalización conjunta en unidades madre-bebé, cuando ella puede experimentar dificultades en la crianza de su bebé y existe riesgo de separación, o de manera ambulatoria en unidades especializadas en salud mental perinatal, incluyendo al padre en los cuidados, ha demostrado su capacidad de proteger el vínculo materno-filial para favorecer el desarrollo de un apego seguro, de aumentar la percepción de competencia en la madre, sostenida y protegida por un entorno seguro, y de favorecer la recuperación de su salud.

De acuerdo con los trabajos consultados se concluye que la separación de la madre e hijo, o madre, padre e hijo, en el contexto de enfermedad mental materna, genera un daño emocional irreparable en la madre, en el padre, en la vida familiar y en el propio niño, evitable en la inmensa mayoría de los casos cuando las instituciones disponen de los recursos para atender adecuadamente. Recursos disponibles en países que han venido desarrollando políticas sociales y sanitarias adaptadas a las necesidades, bien conocidas hoy en día, de madres y padres con enfermedad mental o sufrimiento emocional.

Así mismo, las investigaciones muestran que las separaciones tempranas de las madres y sus bebés en la primera in-



fancia producen efectos a largo plazo en los niños y adolescentes, en sus capacidades de autorregulación emocional (afectando a la función del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal), en su paradigma de vinculación adulta, capacidades cognitivas, sociales y emocionales.

Igualmente se encuentra relación entre la falta de disponibilidad materna en los primeros años y un patrón de apego desorganizado, lo que se relaciona con mayor vulnerabilidad a la psicopatología infantil y adulta.

Las conductas de apego y el proceso de vinculación componen un paradigma de marco referencial para la comprensión de las dinámicas que acontecen en la primera infancia y que tienen una repercusión a medio y largo plazo, por lo que contribuye a la comprensión de los procesos mentales y de la intervención psicoterapéutica.

Siendo unos conceptos que emergieron de la observación clínica, se han encontrado sustratos neurofisiológicos que avalan, con suficiencia metodológica, las conclusiones de la teoría del apego y fundamentan la denominación de «nuevo paradigma» para la interacción madre-bebé. Destaca la importante función de la oxitocina para establecer el apego humano, apareciendo la acción de otras sustancias como las feromonas y los corticoides. Así mismo, se ha constatado que las interacciones tempranas moldean los circuitos neuronales mediante un complejo entramado de mecanismos neuropsicológicos que se ponen en juego tanto en el niño como en la madre. Ofrecer un sostén adecuado para establecer, mejorar y reparar el vínculo en la díada, desde un marco de intervención temprana interdisciplinar, resulta imprescindible.

Se constata también que se hacen necesarios más estudios longitudinales frente a los retrospectivos, para evaluar los efectos a largo plazo de las separaciones.

A falta de registros y estadísticas en algunos países, sirvan de referencia los que proporcionó el Reino Unido en el plan de los 1001 días críticos: los bebés son muy vulnerables al abuso y la negligencia. En Inglaterra los niños y las niñas que han sufrido abuso o negligencia tienen siete veces más probabilidades de morir. Se estima que alrededor del 26% de los bebés (198.000) en el Reino Unido viven en situaciones familiares complejas de mayor riesgo donde hay problemas como el abuso de sustancias, enfermedades mentales o violencia doméstica. El 36% de las revisiones de casos graves involucran a un bebé menor de un año.

Por tanto, es necesario contemplar el problema de la salud mental perinatal desde la doble óptica de las necesidades tanto del niño/a como de su familia considerando como un todo su gran interdependencia en este periodo vital.

En síntesis:

La pérdida o suspensión de la custodia por una enfermedad mental resulta evitable en la inmensa mayoría de los casos, como lo señalan los ejemplos de los distintos países citados en el presente documento, siempre y cuando las administraciones públicas pongan a disposición de las madres, padres y bebés los suficientes recursos especializados en salud mental perinatal y una coordinación eficaz entre servicios sanitarios, sociales y educativos.

Las administraciones deben velar por preservar la unidad familiar ofreciéndole a la familia aquellos recursos que le faciliten la estabilidad necesaria para que ésta pueda seguir cuidando a sus menores. Para seguir cuidando de la familia, las instituciones responsables deben permanecer atentas al desarrollo de la enfermedad, de la situación familiar y de las nuevas necesidades que puedan ir manifestándose.

Algunas perspectivas que considerar:

La Ley insiste en que siempre ha de prevalecer el interés superior de los menores. Sin embargo, la inercia que puede desarrollarse en aplicación de este postulado puede relativizar las necesidades que tienen una madre y un padre de recibir una atención adecuada y/o no considerar suficientemente la importancia de proteger a la familia con todos los recursos disponibles para que el bebé pueda, de manera claramente prioritaria, seguir creciendo en su seno.



En la enfermedad mental, “el peso” de ejercer la maternidad o la paternidad puede convertirse en algo insostenible sin los necesarios apoyos familiares, sociales y sanitarios.

Las conductas parentales que, desde una mirada superficial, podrían catalogarse como desafectivas o irresponsables, derivadas de la afectación de la enfermedad mental, no deben de entenderse como actitudes de desapego o de irresponsabilidad parental, sino como los efectos de una enfermedad que produce un debilitamiento de los recursos emocionales y psíquicos disponibles, que pueden ser sostenidos y reforzados con la ayuda comunitaria adecuada. Siendo que su intención y su afectividad están orientadas a poder desarrollar su función parental de manera adecuada, es por lo que la pérdida de los hijos es vivida de modo tan traumático por las madres y los padres que agranda su vivencia de desubicación psíquica e incrementa su enfermedad mental.

En la mayoría de los casos, proteger la débil salud mental de los padres y madres, tiene que ver con disponer o crear alianzas estables y estrechas con personas familiares de confianza, de modo que puedan ser referentes ante situaciones de ansiedad.

Las madres y los padres afectados por la enfermedad mental tienen que poder sostener dos anclajes vitales para la salud mental: conservar su débil reconocimiento subjetivo y dar sostén a la singularidad e individualidad de los hijos. Debido a que en ocasiones no pueden sostener ambas dimensiones es por lo que resulta vital que se les ayude a seguir sintiéndose padres y madres suficientemente buenos y competentes mediante una auténtica y eficaz coordinación entre Servicios Sociales, Sanidad y Educación.

En los casos en los que la decisión sociosanitaria sea la de una retirada del bebé o menor, esta deberá prepararse con todos los cuidados necesarios para disminuir en todo lo posible el estrés y el sufrimiento generado en todas las partes afectadas y, previamente, disponer de un programa de sostén comunitario y de atención psicológica tanto para la madre como para el padre, así como para los familiares de referencia.

Algunas consideraciones sobre las separaciones del bebé de sus padres/madre en situación de exclusión o de riesgo de exclusión social

Dejando bien sentada la idea de que todos los cuidados y ayudas sociosanitarias, que hasta ahora hemos venido considerando necesarias al reflexionar sobre la situación de madres y padres afectados por una enfermedad mental, también deben de aplicarse en las situaciones de exclusión social, queremos considerar algunas necesidades más específicas propias de las situaciones en las que estas madres y padres sufren.

En las situaciones de exclusión social, se encuentra frecuentemente una vivencia de confusión afectiva en la que la experiencia de lo afectivo puede resultar ambivalente y contradictoria, con una ausencia o lejanía de apegos seguros que lleva a que el modo de reconocimiento se genere desde la inseguridad psíquica y el sentimiento de la No pertenencia a los grupos sociales normativos.

En ocasiones, en la exclusión social, la experiencia de la maternidad o paternidad puede ser vivida como un “modo de integración social”, como un “título” que permite sentirse reconocidos por lo social. Por ello, la retirada de los menores no ayuda en casi ningún caso a su recuperación, sino más bien puede llevar a la repetición y a nuevos embarazos.

Siendo que en excesivas ocasiones la retirada se produce de forma violenta y traumática tanto para los padres como para el bebé o el menor, resulta imprescindible elaborar protocolos adecuados para que las retiradas, cuando tengan que producirse, sean en todos los casos consensuadas y colaborativas ofreciendo a la familia el tiempo suficiente y unos procedimientos que velen siempre por facilitarles una adecuada elaboración de la experiencia. Salvo en muy pocos casos, siempre debe de respetarse ese tiempo transicional.

En términos generales, se deben sopesar adecuadamente los tiempos que necesita cada familia, considerando el tiempo que resulte soportable para los menores permanecer en la estructura familiar.



Consideramos que la retirada de los menores es la última opción, pero no siempre la peor, ni para los menores ni para los padres y/o madres

Cuando se decide separar

Se considera necesario, que en los casos en los que se decide que un bebé debe ser separado de su madre y de su padre, exista una verdadera y efectiva coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios de salud mental perinatal e infantil para tomar dicha decisión y asegurar las mejores condiciones para la salud mental de todos ellos.

Es necesario que las administraciones elaboren protocolos o programas conjuntos y verdaderamente coordinados para disminuir al máximo el sufrimiento de la madre, del padre y de su bebé, expuestos a una separación forzosa.

Se considera necesario, en todos los casos, preavisar con la adecuada antelación a la madre y al padre, así como facilitarles la información suficiente relativa a las figuras o centro de acogida de su bebé, niño o niña, para que puedan separarse de la manera menos violenta posible y con el fin de protegerles del estrés postraumático que puede derivarse de dicha acción.

Los servicios de salud mental deberán velar por que las condiciones de separación generen el menor sufrimiento posible tanto en los padres como en el niño o niña, preparando a éste/a de manera especializada y personalizada con la participación de sus padres, siempre que resulte posible, considerando al bebé y al niño o niña como un sujeto consciente y sensible expuesto al sufrimiento por separación forzosa, necesitado de un proceso de adaptación progresiva ajustado a las necesidades individuales.

Así mismo, y siempre que resulte posible, se cuidarán las condiciones de comunicación de los padres con su hijo o hija a lo largo del tiempo de separación, con el fin de evitar los graves perjuicios que pueden afectar a la salud de todos ellos, derivados de algunas formas de separación negligentes, poco consideradas con las necesidades de comunicación de un niño o niña pequeña con sus figuras primarias de apego.

La sensibilidad emocional de los padres y madres de acogida deberá ser cuidada también de manera exquisita puesto que ellos y ellas, adecuadamente preparados/as para el acogimiento, también pueden sufrir las consecuencias de las separaciones de aquellos bebés, niños o niñas que estuvieron cuidando como familia de acogida, cuando éstas se producen de manera brusca o sin asegurar las mejores condiciones de cuidado para el bebé, niño o niña con el que la familia de acogida desarrolló un vínculo afectivo de apego. También deberá de prepararse al bebé, niño o niña, para la separación de las figuras parentales que lo/a acogieron para hacerse cargo temporalmente de su crianza.

3.12. LA GESTACIÓN Y LA CRIANZA DURANTE LOS TRES PRIMEROS AÑOS EN ENTORNOS DE ALTO RIESGO PSICOSOCIAL (I.E. CENTROS PENITENCIARIOS) PUEDEN SER UNA FUENTE DE SUFRIMIENTO PARENTAL Y DEL BEBÉ CON IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE AMBOS.

Más allá del impacto diferencial del encierro, que afecta a la población penitenciaria femenina, la situación de las mujeres embarazadas o con hijas o hijos merece un tratamiento especial.

La cárcel es un lugar “per se” inadecuado para garantizar el acceso a los recursos y la atención especializada con relación a dieta, ejercicios, ropa, medicamentos y cuidados médicos. A ello se suma que el alumbramiento en situación de encierro y los niveles de ansiedad y estrés tienen directa incidencia en la salud física y emocional del bebé.

Como sucede en otros lugares, aunque la edad resulta variable según el país, en España, la ley⁴ permite que los hijos y las hijas de hasta 3 años de edad puedan convivir con su madre mientras esta cumple condena en un centro penitenciario, en lo que se conoce como Unidades de Madres, que pueden ser también Unidades Dependientes exteriores para internas en tercer grado.

⁴ Artículo 38 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.



En el marco de la asistencia a los niños y las niñas, las Unidades de Madres deben contar con un local habilitado como centro de educación infantil y estar separadas arquitectónicamente del resto de departamentos. La Unidad Educativa del centro penitenciario es la encargada de realizar la programación educativa anual para los niños y las niñas.

A pesar de contar con estos servicios, la prisión es un entorno hostil para los niños y las niñas, que pueden presentar déficit de desarrollo en las habilidades motoras y cognitivas o en su desarrollo afectivo, relacional y sensorial⁵. En el año 2020 había 69 niños y niñas de 0 a 3 años con sus madres cumpliendo condena⁶ (López-Fonseca, 2020). Cuando cumplen los 3 años, si la madre aún debe continuar en el centro, se deben de tomar medidas de acogimiento.

Si bien es cierto que la posibilidad de mantener con ellas a sus hijas o hijos en la prisión, para poder hacerse cargo de su crianza, puede reducir las consecuencias negativas de la separación, no es menos cierto que el encierro constituye un factor de riesgo adicional para el grupo familiar. Razón por la que se recomienda la creación de residencias de madres, cuyo objetivo es crear un entorno adecuado para favorecer que los niños/as puedan desarrollarse emocional y educativamente de manera saludable junto a sus madres.

Para crear un ambiente adecuado, resulta importante el desarrollo de programas destinados a la prevención y la promoción de la salud mental materno filial mediante una atención psicológica y educativa directa, ofrecida a las madres y a los niños/as, que incluya, además, la sensibilización y el apoyo psicológico regular a los funcionarios que sostienen la unidad o Residencia y cuidan de las madres.

El objetivo de estos programas integrales⁷ es lograr un acompañamiento psicológico en todos los procesos que engloban la maternidad, la crianza y el desarrollo del niño/a, favoreciendo la experiencia vincular de apego y de interacción generalizada, y facilitando de ese modo un desarrollo biopsicosocial armónico en el niño/a y en la función materna.

Resulta necesario llevar a cabo programas integrales con, al menos, tres líneas de intervención que incluyan, en primer lugar, la intervención directa con las madres y sus hijos/as, en segundo lugar, con los funcionarios de las unidades o residencias de madres y en tercer lugar con la investigación, elaboración y difusión del conocimiento que se desprenda de esta colaboración.

Separaciones

Especial atención merecen aquellas situaciones en las que algunos niños/as se encuentran en condiciones óptimas de crianza con sus madres en las residencias de madres y que, a pesar de ello, son separados de ellas al cumplir los tres años sin tener en cuenta que la alternativa puede resultar claramente perjudicial. Sin la posibilidad de algún familiar en condiciones de hacerse cargo de la crianza del niño/a, este puede ser separado/a de su madre y acabar internado en un centro de menores porque la administración no disponga de una familia de acogida⁸.

3.13. PSICOEDUCACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN SALUD MENTAL PERINATAL

En el ámbito de la prevención de la psicopatología perinatal se consideran valiosos los programas psicosociales de educación prenatal dirigidos a los adolescentes, potenciales futuros padres y madres, que puedan ser

5 Fundación Padre Garralda. (s.f.). Niños que viven en prisión. <https://www.horizontesabiertos.org/index.php/nuestros-proyectos/ninos-que-viven-en-prision/>

6 López-Fonseca, Ó. (7 de mayo de 2020). Los últimos 69 niños en las cárceles españolas. El País. <https://elpais.com/espana/2020-05-06/los-ultimos-69-ninos-en-las-carceles-espanolas.html>

7 Ver el programa integral que lleva a cabo ASMI WAIMH-España en la Residencia de Madres "Irene Villa" del centro penitenciario de Fontcalent situado en la ciudad de Alicante. http://asmi.es/arc/doc/Resumen_Proyecto_Foncalent_Picassent.pdf

8 La legislación pertinente (Ley Orgánica 8/2015 de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia) recomienda encarecidamente que la acogida de niños y niñas de 0 a 3 años se realice en entornos familiares. Sin embargo, el 15 % de las medidas de protección para estas edades sigue tomándose en centros residenciales para menores.



llevados a cabo en los centros educativos de secundaria y bachillerato.

Se consideran necesarios los programas psicoeducativos que acompañen y sostengan a todas las futuras madres y a los futuros padres a lo largo de la gestación para favorecer el mejor desarrollo posible de su función parental y el cuidado de su salud y, de manera especial, para acompañar a las adolescentes gestantes y a las futuras madres y padres en situación de riesgo de exclusión social.

Con el fin de favorecer el mejor desarrollo posible de su función parental, dichos programas de acompañamiento no sólo deben de estar disponibles a lo largo de la gestación sino también a lo largo de los 12 meses siguientes al nacimiento del bebé para acompañar a los padres en su crianza.

3.14. EL ÁMBITO EDUCATIVO 0-3 Y LA SALUD MENTAL PERINATAL

Siendo que las familias de niños y niñas de muy corta edad pueden incorporar tempranamente a sus hijos/as a una escuela infantil, o guardería, y que entre ellos pueden encontrarse bebés y familias afectadas por algún sufrimiento de origen psiperinatal, se considera necesario dotar de programas formativos especializados para sensibilizar a los/as educadores/as 0-3 años sobre la psicopatología perinatal y los trastornos psicósomáticos funcionales y emocionales muy tempranos relacionados con el sufrimiento perinatal que pueden padecer un bebé y su familia, con el fin de aumentar su conocimiento y facilitar su función cuidadora relacionada con el bebé, niño y niña a su cargo y con los cuidados de la familia.

LA CALIDAD EDUCATIVA

Los equipos de atención temprana

La atención temprana, como un derecho básico del niño, tal como establece la normativa educativa y propone la Garantía Infantil Europea⁹, como componente social básico de protección especializada para responder a los factores de riesgo de estas primeras edades, debe incluir, como algo esencial, la detección y atención en los centros educativos, así como la colaboración y participación de la familia.

Cada vez conocemos mejor la naturaleza de los trastornos infantiles y ya nadie duda de que su evolución dependa en gran medida de su rápida detección. Detección que depende de la capacidad y formación del personal educativo y de la estrecha colaboración y proximidad de los profesionales de la atención temprana para garantizar una coordinación e intervención ágil y eficiente.

Un número creciente de niños está involucrado en nuevas situaciones de fragilidad y vulnerabilidades: una gestación cada vez más inmadura (prematuridad, partos múltiples); el cambio de los modelos tradicionales de crianza y las nuevas y complejas problemáticas de las relaciones en las familias; el incremento de las situaciones de estrés cotidiano y la ausencia de referentes educativos solventes en los nuevos padres y madres, además de su soledad educativa. Estas nuevas situaciones afectan a capas muy extensas de la población y generan dinámicas de riesgo que precisa ayuda para reordenarse.

La detección en los primeros años no puede basarse solo en la gravedad aparente de la sintomatología, porque problemáticas leves y problemáticas graves a menudo tienen inicialmente sintomatología parecida.

La detección y la puesta en marcha de mecanismos de apoyo educativo o terapéutico no puede posponerse hasta la certeza diagnóstica porque ello significaría llegar tarde en muchas ocasiones.

⁹ Recomendación (UE) 2021/1004 del Consejo, de 14 de junio de 2021, por la que se establece una Garantía Infantil Europea.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32021H1004#PP2Ccontents>

Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030) https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/docs/PlanAccion_MAS.pdf



Todo ello hace que los equipos de atención temprana sean necesarios y se contemplen como condición para la calidad educativa. La orientación educativa en educación infantil resulta singular y exige un ámbito de conocimientos específicos, puesto que en los primeros años de vida la estructuración psíquica sigue unas dinámicas particulares y deben conocerse en profundidad los procesos precursores de las distintas dimensiones de maduración, así como los indicadores de los procesos psíquicos estructurantes.

Las lógicas particulares del desarrollo y del aprendizaje en estas edades requieren de un auténtico proceso de diagnóstico diferencial junto al apoyo decidido a la familia y al bebé si es necesario.

El cuidado de algunos procesos fundamentales en la escuela infantil

Con la misma seguridad que comprobamos la incidencia que tiene la calidad de las relaciones familiares en la salud mental del bebé y en su desarrollo sano, podemos referirnos a la importancia de que existan unas relaciones de calidad en el entorno de la escuela infantil o guardería, puesto que también constituye un entorno cotidiano que influye en la vida de los más pequeños.

Por ello es preciso un entorno escolar que garantice: a) un ambiente afectivo seguro y sano con una dinámica de relaciones estables, b) un ambiente estimulante para el juego, el movimiento y la expresividad psicomotriz como recursos privilegiados para el desarrollo y el aprendizaje que facilitan el ajuste espontáneo a las competencias del niño, c) la riqueza y el protagonismo del lenguaje en todas sus funciones y en unas condiciones favorables a la comunicación y al habla sobre el que se pueda construir el conocimiento, d) la calidad de la vida cotidiana porque ordena la vida del grupo con el niño como centro y porque le garantiza satisfacer sus necesidades básicas, e) con un funcionamiento basado en la colaboración entre las familias y entre las familias y el profesorado.

El cuidado de la calidad de vida cotidiana del profesorado de la escuela infantil

Es necesario cuidar la calidad de la vida cotidiana del profesorado y de todos los adultos que desarrollan una actividad profesional en la escuela infantil puesto que necesitan encontrar una manera amable de estar y de convivir que les ofrezca confianza y tranquilidad en un marco cooperativo. No olvidemos que *la serenidad de los maestros es una condición básica para el bienestar de los niños*.

La pobreza como factor de riesgo

Además de las dimensiones contempladas habitualmente como factores relacionales – familiares, también hay que tener en cuenta la pobreza infantil como factor de riesgo.

A pesar de que todos los niños son potencialmente educables, su educabilidad está condicionada por el efecto de las condiciones sociales en que viven porque los factores asociados a la pobreza impiden el aprovechamiento de las oportunidades educativas¹⁰.

Los niños que se encuentran en entornos familiares socialmente desfavorecidos no solo sufren las privaciones económicas del hogar, sino también el hecho de que estas privaciones afectan la calidad de las relaciones entre adultos y la de estos con sus hijos.

Además de los efectos negativos, directamente derivados de la pobreza sobre el bienestar infantil, se suman a menudo los efectos indirectos asociados al deterioro de clima familiar.

Los niños en situación de exclusión social no tienen un conflicto ni lo generan, pero viven inmersos en él. Es nece-

¹⁰ Tarabini, A.; Bonal, X. «La educabilidad: educación, pobreza y desigualdad». Cuadernos de Pedagogía, núm. 425, 2012. https://ddd.uab.cat/pub/artpub/2012/163911/cuaped_a2012m7-8n425p16.pdf



sario tener en cuenta que la exclusión social no es tan solo un estado externo, sino que también es una vivencia emocional.

No se trata tan solo de carencias materiales, sino de todo lo que esto implica en su manera de estar en el mundo. Es, sobre todo, una vivencia que da miedo y genera miedos puesto que cuestiona la permanencia y la seguridad.

La tristeza y la rabia son también emociones ligadas al universo emocional que genera la pobreza y el riesgo de exclusión social, además de verse gravemente comprometida la autoestima.

De hecho, la LOMLOE¹¹, en la disposición adicional tercera, sobre la extensión de la educación infantil, prioriza el cuidado del alumnado en situación de riesgo de pobreza y de exclusión social.

Por todo ello, la protección de los niños y niñas de los efectos de la pobreza debe estar presente en todo planteamiento en torno a la salud mental de la infancia sin saltarse la primera infancia.

Es necesario tener en cuenta que los sistemas de protección social son insuficientes a la hora de garantizar la protección de todas las niñas y niños.

Los principales obstáculos que enfrentan las familias y los niños, niñas y adolescentes para acceder a la educación, cuidado y atención temprana de la primera infancia, educación formal y no formal, asistencia sanitaria, una alimentación saludable o una vivienda adecuada, son:

- Barreras económicas: dificultad de las familias con bajos ingresos para asumir los costes de los servicios o la imposibilidad de acceder a ellos cuando las medidas de protección social están vinculadas a la situación laboral de los hogares afectados por el paro o el subempleo.
- Barreras institucionales: políticas públicas poco equitativas, restricciones en los criterios de elegibilidad, procedimientos burocráticos largos y complejos, limitada difusión de la información...
- Barreras estructurales o espaciales: espacios físicos y virtuales que no contemplan las necesidades especiales de los niños y niñas, o su estado de desarrollo, limitando el acceso a entornos protectores, inclusivos y participativos, insuficiente disponibilidad, distancia de los servicios...

Una relación nefasta entre los bebés y las pantallas

Cada vez es más evidente la gravedad de las consecuencias por las malas prácticas en el uso de las pantallas en entornos de crianza¹².

Los niños, del mismo modo que se relacionan con cualquier otro objeto, integran también la interacción con dispositivos digitales con naturalidad. En el marco de esta revolución digital, la infancia continúa siendo una etapa fundamental para adquirir y desarrollar diferentes capacidades del neurodesarrollo, por eso hacen falta estímulos ambientales que favorezcan su evolución física, sensorial, intelectual y afectiva.

En nuestra sociedad existe, en general, un gran desconocimiento de los efectos contraproducentes que tiene la exposición de los niños a las pantallas de forma abusiva y continuada, especialmente antes de los 6 años.

En muchas situaciones, los dispositivos se convierten en una alternativa accesible y eficaz para la distracción de las criaturas que varía según situaciones: varios estudios indican que, en los entornos sociales de mayor vulnerabilidad, o en familias donde hay adultos con menores capacidades parentales, la media de tiempo de uso de dispositivos y pantallas durante la primera infancia, y sin supervisión, es significativamente superior.

Son ampliamente conocidas las graves consecuencias del uso inapropiado en estas edades: en el desarrollo ce-

¹¹ Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

¹² Manifiesto Infancia y Pantallas https://drive.google.com/file/d/1JP_LwGc5j0k69ngB16U0Ih98mUjO5G4K/view



rebral, en la salud y el desarrollo físico y en la salud emocional. Especialmente grave son las consecuencias en la salud emocional puesto que la utilización de pantallas por parte de los adultos interfiere en la construcción de este vínculo, así como en los procesos madurativos del niño. La exposición a pantallas en la infancia se asocia a dificultades en la regulación emocional, aumento de la respuesta de estrés, más problemas de conducta, aumento del riesgo de TDAH, y aumento del aislamiento social, comportamientos antisociales y sintomatología depresiva en edades más avanzadas

Es necesario por un lado, promover una mayor concienciación social para dejar de normalizar el uso de pantallas antes de los 3 años, así como prevenir la adicción infantil a las mismas. Por otro lado, es inaplazable promover el conocimiento entre los profesionales relacionados con la primera infancia para que puedan desarrollar una función pedagógica preventiva.



04 AVANCES EN PSIPERINATALIDAD EN VARIOS PAÍSES

La evidencia científica generada por los desarrollos sociosanitarios contemplados en los planes nacionales de salud mental perinatal en numerosos países europeos, y los beneficios que éstos han generado en la protección de la salud mental materna, paterna e infantil, desde el periodo periconcepcional, en las últimas décadas, pone de relieve las carencias que aún existen en algunos países y las graves consecuencias para la salud mental perinatal y de la familia que representan las acciones unilaterales y disociadas, emprendidas por instituciones no integradas en redes sociosanitarias adaptadas a las necesidades de las gestantes, madres, padres, embriones, fetos, bebés, niños, niñas y familias.

El primer tiempo de los cuidados desarrollados por los países europeos pioneros en salud mental perinatal se centró en la salud mental de la madre, el segundo tiempo en la madre y el bebé y en el actual y tercer tiempo, en la familia en la que se encuentran incluidos la madre, el padre y el bebé, siendo aquella la que debe recibir los cuidados antes y después de la gestación para asegurar la mejor evolución posible de la salud mental perinatal.

Así pues, el nuevo paradigma de la atención a la salud mental perinatal incluye de manera decidida a las familias y subraya la importancia de cuidar a la futura madre y al futuro padre desde la época antenatal, puesto que la epigenética evidencia el riesgo de padecer y de transmitir los efectos de las experiencias generadoras de estrés o sufrimiento experimentado por la madre, por el padre y por el bebé, pudiendo llegar a comprometer, en algunos casos, la salud de varias generaciones.

Varios países de Latinoamérica y Europa han adoptado políticas de atención a la infancia y la familia durante la etapa perinatal con carácter universal y el objetivo de mejorar el bienestar, incluido el bienestar emocional, de madres, padres, hermanos y bebés. Estas políticas han sido concretadas en planes o programas denominados, en general, de “los 1000 primeros días”.

4.1. LOS PROGRAMAS DE LOS PRIMEROS 1000 DÍAS

Los programas de los primeros 1000 días son aquellos que abordan el período de la vida que abarca el embarazo y los dos primeros años. Este período es de una gran importancia para la nutrición, en especial la lactancia materna, para el desarrollo emocional y cognitivo del bebé, para el establecimiento de un vínculo de apego seguro y para el



desarrollo de las competencias parentales, además de resultar ser una gran ventana para la prevención de diversas patologías, entre ellas las enfermedades crónicas no transmisibles, así como la promoción de la salud mental parental y del bebé.

Tomando este período clave, muchos países del mundo han desarrollado programas integrales con diversas características, pero todos incluyen aspectos de la salud mental perinatal en su conformación.

4.2. LOS “PRIMEROS 1000 DÍAS” EN ALGUNOS PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

En los países de Latinoamérica los programas de los “primeros 1000 días” han tomado diversos formatos. Haremos referencia sólo a algunos de ellos:

En el caso de Argentina, se ha aprobado la “Ley de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia” denominada también “ley de los primeros mil días”. En ella se destaca la necesidad del abordaje integral, interdisciplinario y multidimensional de las temáticas relacionadas con el cuidado del embarazo y los primeros años de vida. Dentro de la dimensión salud integral es clave el cuidado de la salud psíquica, mental y vincular, promoviendo estrategias de promoción del apego y el juego, por un lado, así como la necesidad de conceder licencias por maternidad y por paternidad.

De la ley mencionada surge el Plan 1000 días: es una política estratégica del Estado Nacional que tiene como objetivo la atención y el cuidado integral de la salud durante el embarazo y se extiende a la primera infancia. Reconoce la gestación, el nacimiento, la crianza y el cuidado de niños y niñas como una responsabilidad pública, comprometiendo a las distintas áreas y niveles de gobierno en una acción conjunta, bajo una mirada integral de cursos de vida con perspectiva de derechos.

Además, desde el año 2010 se han desarrollado iniciativas de alcance nacional para el trato respetuoso del proceso del nacimiento, incorporando el enfoque de Derechos y el enfoque de Interculturalidad. Esta iniciativa, conocida como Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF), se lleva adelante en más de 100 maternidades públicas del país y otras del sector privado. Este desarrollo hizo visible la problemática de la salud mental perinatal en distintos niveles. A la Ley del Parto Respetado que incluye variables del cuidado preventivo de la salud mental de la mujer y su entorno, se han sumado iniciativas de interés legislativo, como el Día Mundial de la Salud Mental Materna, instituida en 2019 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

A partir de la sensibilización alcanzada en torno a los ejes de la concepción médicamente asistida, gestación y nacimiento, se han generado espacios de capacitación en numerosos ámbitos universitarios, ante la demanda de formación específica. A su vez, el Servicio de Salud Mental del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, de la CABA, reconocido como referente en la temática de salud mental perinatal, ofrece atención a usuarias y capacitación a profesionales, a partir de dispositivos específicos en la institución de intervención en la etapa perinatal (Residencia Hogar para Madres de recién nacidos internados, actividades de prevención, inclusión de la familia, acompañamiento en detección antenatal de patologías fetales, entre otras). En el caso de Colombia, el plan de los primeros 1000 días se integra al Plan de Salud, que es parte de la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia de “De Cero a Siempre”. Vale la pena repasar algunos fundamentos de esta política pública colombiana:

“La Estrategia es 'la manera intersectorial, concurrente y coordinada en que los sectores estatales del nivel nacional y local (educación, salud, cultura, bienestar, planeación, etc.), así como otros actores de la sociedad (familias, comunidad, sociedad civil, academia, empresa privada, organizaciones no gubernamentales, entre otras), se articulan para lograr la atención integral a las mujeres gestantes, y las niñas y los niños en primera infancia, a partir de lo que ellas y ellos requieren”.

Otro caso paradigmático es el de Chile con su programa “Chile Crece Contigo” (2009) (ChCC) como modelo de integralidad dentro de las políticas de primera infancia en América Latina.



El programa Chile Crece Contigo es un sistema de protección integral a la infancia, que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños, niñas y sus familias desde el primer control de gestación hasta los nueve años, por medio de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor. Todas las mujeres que asistan a su primer control de gestación en el sistema público de salud entran automáticamente a Chile Crece Contigo, momento en que comienza el seguimiento y apoyo en el desarrollo del niño o niña, siendo posible acceder a controles preconceptionales si se está planificando un embarazo.

Cabe señalar que el programa ChCC está orientado a asegurar el desarrollo multidimensional de los niños y niñas. No obstante, si bien existe un proyecto asociado al área de salud mental, este ha sido complejo de implementar. Pese a que este programa abarca desde el primer control de la gestación, donde se incorporan talleres, material didáctico y fichas informativas de cada etapa, una de las pocas instancias donde se puede detectar algún tipo de dificultad asociada a la salud mental de la madre es durante las entrevistas que realiza el/la matró/a, el/la médico/a obstetra o posteriormente el/la pediatra. Sin embargo, no parecieran existir instancias oficiales de derivación cuando aparecen indicadores de posible patología mental, quedando a criterio del facultativo que realiza la entrevista; a diferencia de lo que ocurre en otras áreas del desarrollo, por ejemplo, cuando se detectan dificultades asociadas al plano psicomotor, lenguaje, problemas de aprendizaje, etc. o en la madre, asociados por ejemplo a su alimentación, peso, salud bucal, uso de suplementos y vitaminas, lactancia, entre otros.

Por último, cabe mencionar que actualmente se acaba de lanzar un proyecto piloto, llamado “Fortalecimiento de la atención del duelo gestacional y perinatal”. A propósito de la relevancia del acompañamiento en el dolor a las familias en forma sensible y la falta de formación regular que existe en pregrado y sin una normativa nacional. Este proyecto se está ejecutando en 40 hospitales de la Red Pública de Salud, liderado por Chile Crece Contigo en el Ministerio de Salud, en conjunto con la División de Gestión de la Red Asistencial, Programa de la Mujer, Programa de Salud Mental, y con la Fundación Amparos, agrupación que acompaña a quienes han sufrido la muerte de su bebé durante el embarazo, el parto o al poco tiempo de nacer.

En el caso de estos países, las estrategias relacionadas con la salud mental perinatal se encuentran integradas en planes más amplios de salud, sin que necesariamente sea el foco primordial de la política pública implementada.

4.3. EL REINO UNIDO Y LOS 1001 PRIMEROS DÍAS

Un ejemplo diferente en cuanto a la inclusión de la atención a los problemas de salud mental perinatal lo ofrece el Reino Unido en su programa “The 1001 critical days. The importance of the conception to age two period”¹³. En el acuerdo que firmaron los principales grupos parlamentarios (2015) destacan en primer lugar una serie de consideraciones basadas en la evidencia científica sobre la importancia del periodo aclarando por qué es tan crítico:

Los primeros años de vida son un período crucial de cambio; junto con la adolescencia, este es un momento clave para el desarrollo del cerebro. A medida que mejora nuestra comprensión de la ciencia del desarrollo, se vuelve más y más claro cómo los eventos que les suceden a los niños, niñas y bebés conducen a cambios estructurales que tienen ramificaciones de por vida.

La mejor oportunidad para generar y promover el desarrollo es durante los 1001 días críticos. Al menos una relación amorosa, sensible y receptiva con un cuidador adulto le enseña al bebé a creer que el mundo es un buen lugar y reduce el riesgo de que se enfrente a problemas disruptivos en el futuro.

Aunque lo avalado por la evidencia científica se viene reflejando a lo largo de este documento, merece la pena recordarlo tal como lo expone el Reino Unido (Bauer et al., 2014), por su importancia y concreción:

- El embarazo, el parto y los primeros 24 meses pueden ser difíciles para todas las madres y padres, y a algunos padres les puede resultar difícil brindar el cuidado y la atención que su bebé necesita. Pero también puede

¹³ <http://www.1001criticaldays.co.uk/>



ser una oportunidad para lograr un gran cambio, ya que el embarazo y el nacimiento de un bebé es una 'ventana de oportunidad' crítica cuando los padres son especialmente receptivos a las ofertas de asesoramiento y apoyo.

- Todos los niños y niñas merecen la misma oportunidad de llevar una vida saludable y satisfactoria, y con el tipo correcto de intervención temprana, hay todas las oportunidades para que se desarrollen vínculos seguros entre padres e hijos.
- Un feto o bebé expuesto a estrés tóxico puede tener sus respuestas al estrés (cortisol) distorsionadas en la edad adulta. Este estrés temprano puede provenir de que la madre sufra síntomas de depresión o ansiedad, tenga una mala relación con su pareja o un trauma externo como el duelo.
- El apego es el vínculo entre un bebé y sus cuidadores. Es bien sabido, que el desarrollo social y emocional de un bebé se ve fuertemente afectado por la calidad de su apego. Este plan se dirige en principio a toda la población, aunque integra, además, todos los recursos necesarios para la atención a la salud mental perinatal, de menor a mayor complejidad de los problemas, que veremos en el siguiente apartado.

4.4. EVOLUCIÓN DE LA PSIPERINATALIDAD EN EUROPA

El campo de la psiperinatalidad, en el que resulta esencial ofrecer unos cuidados basados en la interdisciplinariedad mediante una fuerte organización en red de los servicios y recursos disponibles, adaptados a las necesidades de las madres, padres y bebés en cada región, ha evolucionado de manera considerable en muchos países europeos desde los años 70.

Uno de los primeros antecedentes se da en Gran Bretaña cuando en el año 1948 fueron hospitalizadas en el Cassel Hospital, junto a sus bebés, madres que presentaban patologías mentales moderadas de tipo ansioso y depresivo. En el año 1956, en el contexto de un trabajo en psiquiatría de enlace con un servicio de obstetricia, se acogió en el West Middlesex Hospital a madres que presentaban una esquizofrenia aguda (psicosis puerperal), atestiguando entonces la evolución particularmente favorable de sus pacientes cuando se producía bajo esta forma de intervención que requería no separarlas de sus bebés.

En Francia existen, desde los años 80, algunos dispositivos en la atención a los problemas de salud mental perinatal y otras actuaciones anteriores relativas a la coordinación y formación de profesionales, pero el avance significativo de la atención a la misma surgió a raíz del informe que el Ministerio de la salud, la familia y las personas con discapacidad solicitó a tres especialistas sobre la perinatalidad con el fin de mejorar su atención.

Basándose en el informe citado se aprueba el nuevo Plan de Perinatalidad 2005-2007 "Humanité, proximité, sécurité, qualité". Incorpora como objetivos la mejora del entorno psicológico del nacimiento y la prevención del desarrollo psicoafectivo de los niños, prestando especial atención desde el embarazo a la seguridad emocional de los padres, creando un espacio de seguridad emocional para todo el periodo perinatal y procurando la detección de las necesidades especiales que puedan surgir en este periodo.

Cuenta con un apartado especial referido al apoyo reforzado a mujeres y parejas en situación de precariedad, basándose en el hecho de que las desigualdades sociales comienzan ya desde el embarazo. Se propone mejorar el acompañamiento psicosocial a través de diferentes recursos, incluida la formación de profesionales, desarrollo de redes de base, detección temprana en los lugares frecuentados por mujeres en esta situación.

Como resumen de este plan podemos destacar que la atención a la salud mental perinatal se basa principalmente en la estrategia de formar en psiperinatalidad a los profesionales (los sanitarios y los de la rama psicosocial); en facilitar su colaboración y coordinación y en establecer redes contando con los recursos existentes; introducir una medida clave como la entrevista del 4º mes; crear la Comisión Nacional del Nacimiento; prever el aumento de



profesionales y cuantificar económicamente las medidas. Contó con 274 millones de euros, de los que el 73% se destinó a personal, creando 3.177 puestos de trabajo.

El gobierno francés reforzó normativamente la colaboración médico-psicológica mediante una Circular (Circulaire n° DHOS/DGS/02/6C/2005/300 du 4 de juillet 2005 relative a la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité).

La base de esta colaboración es el acuerdo existente sobre la influencia que tienen los problemas de vulnerabilidad en el buen desarrollo del embarazo, parto y posparto, que podrían perturbar el establecimiento del vínculo padres-hijo-hija causando disfunciones y problemas psicopatológicos posteriores. Por otra parte, cada profesional que interviene ha de poder estar atento y escuchar cualquier manifestación de vulnerabilidad que presenten los padres para poder aportarles la respuesta adecuada, incluida la intervención de otros profesionales (psicólogo, psiquiatra) que, llegado el caso, deben colaborar para hacer eficaces los cuidados.

La evaluación del plan detectó, como resultados positivos del mismo, la emergencia de la necesidad de la atención médico-psicológica-social en el periodo perinatal y no solo de la atención médica; la toma en consideración del entorno de mujeres y parejas; la satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo; la mejora de la escucha de sus necesidades y el trabajo en red.

Recientemente, Francia ha implantado una nueva política pública concebida alrededor de las necesidades del niño, la niña y sus padres: "Les 1000 premiers jours. Là où tout commence".

Desde abril de 2021, es un proyecto nacional que se despliega sobre varios ejes prioritarios de acción como apoyo y prevención a todos los padres y niños y niñas, de los que destacamos los siguientes:

- VI) Formular un discurso de salud pública coherente para los 1000 primeros días.
- VII) Proponer un acompañamiento personalizado a los padres.
- VIII) Ofrecer respuesta individualizada adaptada a las fragilidades y especificidades del niño y sus padres.
- IX) Permisos por nacimiento y estructuras de acogida: proporcionar el tiempo y el espacio adaptados a las familias y a sus hijos.
- X) Fomentar la investigación, la evaluación de las prácticas y la formación de los profesionales.

Aunque en principio va dirigido a todos los padres, madres y niños y niñas, ha tenido en cuenta la atención a la salud mental perinatal. Incluye un apartado sobre "favorecer la escucha y la seguridad de los padres", con la medida que se había iniciado en el plan de perinatalidad recién comentado, la entrevista del 4º mes como puerta de entrada al acompañamiento y seguimiento durante el periodo, responsabilidad de la matrona/obstétrica. El carácter preventivo a través de la detección temprana de los posibles problemas de salud mental conlleva varias actuaciones como la formación de profesionales; el aumento de su plantilla si es necesario; herramientas para la detección y otras; la creación de la figura del profesional de referencia, en general la matrona, que servirá para acompañar a la embarazada (y su pareja) en los siguientes pasos que requiera su problema facilitando la coordinación con los recursos que le presten la atención; las visitas a domicilio para una intervención individualizada y equipos especializados en salud mental.

Este proyecto reserva también un apartado específico sobre "respuesta individualizada y adaptada a las fragilidades del niño, niña y los padres" en el que, además de las medidas de apoyo a los nacidos prematuros y a los niños con problemas en el desarrollo, incluye el objetivo de identificar y atender las depresiones perinatales y los trastornos psíquicos severos de los padres. Recalca las dificultades que suelen acompañar en estos casos tanto en complicaciones obstétricas, nacimientos prematuros y descompensaciones de sus problemas. Propone aumentar y mejorar las estructuras existentes (hospitalización padres-bebé; unidades de cuidados ambulatorios y consultas especializadas); aumentar el número de psicólogos y psiquiatras y su formación creando equipos especializados

(al menos 1/15.000 nacimientos) y equipos móviles. Y define tres momentos clave: la entrevista precoz, la estancia en la maternidad y el retorno al domicilio en los que hay que prestar especial atención a situaciones de fragilidad o de problemas psicológicos.

Los compromisos del gobierno francés para 2021 en torno a la política de los primeros 1000 días del niño quedaron reflejados en la Instrucción n° SGMCAS/2021/74 du 1er. abril 2021.

Recientemente, en el año 2022, se ha aprobado la creación de la especialidad de psiquiatría perinatal, claramente diferenciada de la especialidad en psiquiatría infanto-juvenil.

Por su parte, Alemania dispone de una potente red perinatal interdisciplinar, pública y nacional, concebida por el Centro Nacional para las Ayudas Tempranas (Nationales Zentrum Frühe Hilfen) y de aproximadamente 200 plazas en Unidades Madre-Padre-Bebé a tiempo completo (de las cuales 71 ofrecen un programa de psicoterapia específico para la diada madre-bebé) y más de 50 de hospitalización de día. El foco de la Nacionales Zentrum Frühe Hilfen es la búsqueda de una mejora de la financiación y de la coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales, mejorando entre otras cosas el acceso a estos programas de intervención temprana a las familias con algún tipo de patología mental, incluyendo a las redes de salud en la cooperación con las Frühe Hilfen.

Estos programas, al igual que los programas franceses y británicos, podrían orientar en la mejora de la coordinación entre el sistema de salud y servicios sociales, y servir de apoyo puesto que son modelos robustos que llevan atendiendo e investigando esta misma problemática desde hace muchos años.

Según la información de que disponemos hoy, en España no existen planes específicos de salud mental perinatal y solo existen algunas actuaciones parciales relacionadas con la misma; tampoco existen redes perinatales públicas interdisciplinares, mientras solo se dispone de una unidad madre-bebé de hospitalización de día.

Numerosos países europeos como Alemania, Francia, Luxemburgo, Países Bajos, el Reino Unido y Suiza disponen de potentes redes perinatales interdisciplinares públicas y de numerosas unidades madre-padre-bebé



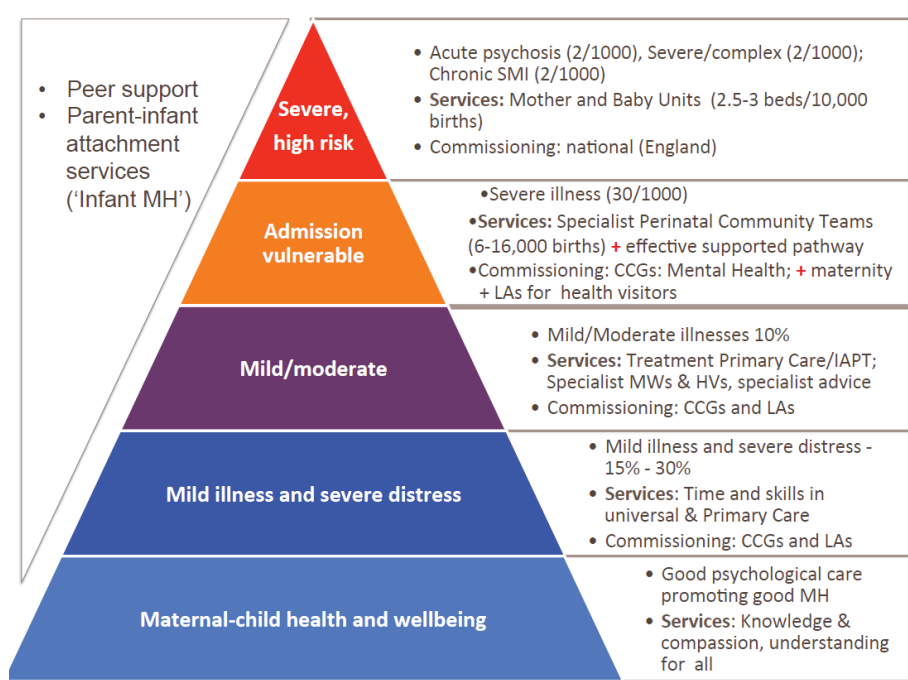
05 RECURSOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PERINATAL

La atención a la salud mental perinatal comienza por la atención perinatal universal a embarazadas, padres y familias como la base sobre la que asentar la prevención con el objetivo de favorecer un tipo de cuidados que promuevan la estabilidad emocional de la madre y del padre, el apego seguro y el desarrollo integral de todos los nacidos, así como el bienestar de sus familias.

5.1. ALGUNOS ANTECEDENTES EUROPEOS

A dicho objetivo van encaminados en general los planes de los 1000 primeros días desarrollados en varios países. Los recursos de primera línea han de detectar también los casos de depresión y otros trastornos psicológicos, así como otras vulnerabilidades que puedan sufrir las madres y padres, al menos desde los primeros meses de gestación. Los planes de los 1000 días contemplan estos objetivos. Los consultados, en general, no suelen incluir los recursos necesarios para la atención más específica a los problemas de salud mental perinatal, salvo en el caso de Francia y del Reino Unido.

El siguiente gráfico, sobre los servicios de atención a la salud mental perinatal en el Reino Unido, representa de forma clara la progresión de los recursos en especialización dando idea de su cobertura, desde la universalidad del bienestar de todas las madres y bebés hasta la mayor especificidad de las unidades madre-padre-bebé. También muestra la proporción recursos/población afectada utilizada en el Reino Unido para dotar dichos recursos.



Fuente : Grégoire, A.¹⁴

Proponen para la organización de la red de servicios:

- 1er nivel: apoyo universal a todas las madres y padres, prevención e identificación oportuna. Se incluirían los servicios de atención primaria, maternidades, centros infantiles, visitantes domiciliarios, pediatras.
- 2do. Nivel: cuidado especial para los padres identificados con necesidades extra, cuidado universal. Programas que apoyen las necesidades detectadas.
- 3er. Nivel: servicios especializados para familias que experimentan altos niveles de estrés, con problemas presentes.
- 4to. Nivel: enfermedad mental severa. Tratamiento psiquiátrico para padres e hijos o hijas. Por ejemplo, unidad madre-padre-bebé.

Recomiendan lo siguiente: Un enfoque holístico de todos los servicios ante, peri y posnatales (desde la concepción hasta los primeros 18 meses de vida) permitiría un acceso transparente para todas las familias. Esto incluye matronas, visitas de salud, médicos de cabecera y centros infantiles, y los servicios deben involucrar a las familias lo antes posible, idealmente durante el embarazo. El contacto que los padres tienen con los servicios antes y después del nacimiento de su hijo o hija, brinda una oportunidad única de trabajar con ellos, en una etapa que es de vital importancia para el desarrollo.

Las familias en riesgo, o aquellas que experimentan dificultades, deben poder acceder a servicios basados en evidencia, que promuevan la interacción entre padres e hijos o hijas; por ejemplo, guía de interacción en video y psicoterapia para padres e hijos, brindados por profesionales cualificados.

Debe existir una gama de servicios en cada área local para asegurar que las mujeres que están en riesgo o que sufren de problemas de salud mental, reciban el apoyo adecuado en la primera oportunidad. Esto incluye matro-

14 Grégoire, A. (2017). Soins mentaux perinataux au Royaume Uni. Presentation congrès ARIP. Avignon. <http://arip.fr/wp-content/uploads/Diaporama-A-Gr%C3%A9goire-PARIS17.pdf>



nas especializadas en salud mental para padres e infantes y visitantes de salud capacitados en esta área, para mejorar la identificación y el apoyo a las familias.

Todos los padres deberían poder acceder a encuentros prenatales que aborden tanto la salud física como los aspectos emocionales de la paternidad y el bienestar del bebé (salud mental infantil).

Para permitir que esto suceda, los servicios locales deben identificar y llegar a las familias que necesitan ayuda adicional.

Los servicios de maternidad, los agentes de salud, la atención social, los servicios de salud mental para adultos y los centros infantiles deben trabajar en estrecha colaboración para compartir datos vitales, asegurando que aquellos que necesitan apoyo adicional reciban ayuda adecuada, oportuna y culturalmente sensible. La puesta en común de presupuestos para estos servicios fomentará la puesta en marcha innovadora e inducirá una cultura de trabajo conjunto.

Así mismo, recomiendan que todas las mujeres con antecedentes de enfermedades mentales graves presentes o pasadas deben tener acceso a un consultor perinatal.

En la aplicación práctica de la atención a los problemas de salud mental perinatal en el Reino Unido cuentan con la guía NICE Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance, resultado de un exhaustivo estudio de la evidencia científica en esta temática. Hace recomendaciones para la identificación, evaluación, cuidados y tratamiento de los problemas de salud mental durante el embarazo y postparto hasta el primer año del niño y niña.

En Francia contemplan esta etapa perinatal como un “recorrido” que vive la embarazada y su pareja, desde la concepción hasta los dos años del niño/a. La puerta de entrada al sistema de cuidado y seguimiento del embarazo es común a todas las embarazadas en el sistema sanitario. La entrevista del 4º mes, obligatoria desde el plan de perinatalidad 2005-2007, puede detectar los problemas de salud mental y, con apoyo de otras figuras como psicólogo o psiquiatra, abordarlos. La detección, por otra parte, puede efectuarse en diferentes ámbitos, por ejemplo, en el de los servicios sociales u otros de carácter comunitario general o los que frecuentan mujeres vulnerables. En todo caso, los servicios de salud y los programas de seguimiento del embarazo pueden ser el elemento central a partir del cual se organiza la atención.

El “recorrido” tiene otro hito principal en el parto, en el que deberían seguirse las indicaciones de la OMS sobre el parto respetado. De igual manera es necesario atender el hecho de las muertes perinatales mediante programas de acompañamiento a los padres y madres que lo necesiten.

En el posparto es básico observar cómo evoluciona la madre en su estado psicológico o que ésta pueda pedir ayuda sobre la base de la buena relación establecida durante el embarazo con su profesional de referencia. Algunos estudios han encontrado que en la primera semana posparto es cuando hay mayor riesgo de psicosis puerperal, y en las siguientes 3 o 4 semanas también, aunque disminuya el riesgo. Por otra parte, es necesario observar a su vez el blues posparto, que suele remitir pronto, aunque algunos casos terminan conformando una depresión posnatal. Por ello los servicios sanitarios de atención primaria y las visitas domiciliarias son un recurso muy necesario en los primeros meses de vida del niño o la niña, en especial en el caso de mujeres y parejas en las que se hubieran detectado problemas o señales de riesgo durante el embarazo o parto. A medio plazo, las entrevistas del 2º mes y del 5º mes posparto son un valioso instrumento de detección temprana de las dificultades de los padres y del bebé.

Una vez detectado un problema de salud mental, los profesionales competentes deben diagnosticar y evaluar el mismo para decidir a qué nivel y con qué recursos ha de ser atendido (ver el gráfico del Reino Unido). En el caso de problemas graves en los que corre peligro la separación madre-bebé hay que contar con unidades madre-padre-bebé, bien en régimen de hospitalización o como servicio de día. Como antes se ha comentado, puesto que pueden evitar dicha separación tan costosa afectivamente para madre, padre y bebé.

En el “recorrido” puede ser necesaria la intervención, en el acompañamiento o en el tratamiento, de otros servicios o recursos como son los servicios sociales, las organizaciones no gubernamentales u otras entidades que desarrollen pro-



gramas de acompañamiento o psicoeducativos, u otros recursos comunitarios que puedan contribuir a dar respuesta a las necesidades de la embarazada y su familia.

Esta confluencia de profesionales y recursos en torno a la embarazada y a la familia hace necesario el funcionamiento en redes psiperinatales territoriales nacionales y de proximidad en las que estén incluidos los posibles ámbitos de atención, para aprovechar al máximo los recursos comunitarios y los utilizados por la población antes de recurrir a servicios especializados (que pueden vivirse como marginadores) y aumentar la eficiencia de la atención.

5.2. ¿QUÉ CARACTERIZA A UNA RED INTERDISCIPLINAR DE PERINATALIDAD REGIONAL?

Una red regional de perinatalidad es una estructura de coordinación, apoyo y acompañamiento financiada por las agencias regionales de salud. Ejerce misiones en el campo de la salud perinatal, antes y después del nacimiento. Coordina no sólo a los profesionales de la perinatalidad procedentes de todos los modos de ejercicio (público, privado, liberal), y los servicios de protección materna e infantil en torno a acciones de organización y de salud pública, sino también el seguimiento de los niños vulnerables, garantizando la coherencia y la calidad de estos cuidados específicos. Participa en la puesta en marcha de redes pluridisciplinarias por territorio, adaptadas al recorrido de atención perinatal, impulsando la colaboración ciudad-hospital. Coordina la detección de los trastornos físicos, psíquicos, emocionales y sensoriales de los recién nacidos, así como los traslados entre establecimientos durante el embarazo y después del parto (acercamiento madre/hijo) y, entre otras cuestiones, elabora y propone a los profesionales de la perinatalidad planes de formación.

Cuando hay que ofrecer atención a los casos de problemas graves de salud mental, detectados o no a lo largo del embarazo, son necesarias unas redes psiperinatales que coordinen los recursos sociosanitarios para cuidar a las madres y padres, procurando no separar a las madres de su bebé y, cuando no resulta posible mantenerles unidos, acompañándolas de manera cercana y muy cuidadosa en el doloroso proceso de la separación, sosteniéndolas, permitiéndoles conocer y visitar el lugar de acogida de su bebé y facilitarles su seguimiento cuando éste necesita ser cuidado por terceras personas. El dolor emocional de la madre y del padre requiere ser atendido siempre de manera cuidadosa y especializada.

Las redes psiperinatales y la formación de los profesionales cuidadores pluridisciplinarios en psiperinatalidad han sido las estrategias principales, junto con la creación de recursos, que han adoptado países con buen desarrollo de la atención a la salud mental perinatal.

En el caso del Reino Unido establecen, en el plan de los 1001 días críticos, que el personal sanitario y de primeros años debe recibir una formación de alta calidad en salud mental infantil y apego como estándar, para que los profesionales entiendan las relaciones entre padres e hijos y los servicios necesarios cuando surjan dificultades. La capacitación de especialistas debe incluir la identificación del 5-7% de los padres más gravemente enfermos y en riesgo.

En el caso de Francia, que apostó decididamente por la formación de los profesionales y el trabajo en red, la evaluación del plan de perinatalidad 2005-2007 puso de relieve que bastantes de los casos de problemas psicológicos leves se terminaron resolviendo con los profesionales de base (matrona, psicólogo...) sin necesidad de pasar a recursos especializados, gracias a la formación recibida.

5.3. A CADA PAÍS, SU PLANIFICACIÓN DE LA SALUD MENTAL PERINATAL

Por último, debemos poner de manifiesto que cada país debería disponer de políticas públicas como un conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que, en un momento determinado, tanto los ciudadanos como el propio gobierno consideran prioritarios.



Las políticas públicas se cristalizan en programas y proyectos a los que se les asignan recursos para su puesta en marcha y la temporalidad de ejecución.

En el caso del desarrollo de políticas públicas para la salud mental perinatal varios países han implementado dichas políticas a través de una planificación, recomendada por la OMS, que permite organizar y asegurar los recursos, una vez admitido por la evidencia científica que el periodo perinatal es crucial para el desarrollo del niño y que es necesario prevenir y dar respuesta a los problemas que puedan surgir en esta etapa.

La planificación transforma la intención en acción y permite vincular el proceso de toma de decisiones a los valores y objetivos de las organizaciones, así como establecer metas y objetivos evaluables.

Cada país que ha planificado acciones en este sentido lo ha hecho según su idiosincrasia administrativa, territorial, económica, organizativa, integrando las actuaciones en marcos de diferente carácter.

En la consideración de cada contexto, la elaboración de planes requiere de algunos puntos a tener en cuenta de forma general. Entre ellos, la construcción de un sistema inserto en un campo. El plan asistencial en salud mental perinatal debe estar articulado y ser parte constitutiva de un entramado de políticas y programas públicos y privados a desarrollar en cualquier nivel de organización territorial. Puede ser un eje constitutivo de un plan de salud perinatal, o puede depender administrativamente de otra área, pero siempre debe respetar las características de la integralidad, intersectorialidad y la multidimensionalidad para abordar de manera adecuada las problemáticas de las familias. Y como fue mencionado en el apartado de los determinantes, la resolución de las problemáticas requiere, muchas veces, del aporte de múltiples sectores como servicios sociales, educación, área de vivienda y otros.

Algunas consideraciones a tener en cuenta en la planificación de la atención a la salud mental perinatal:

- Previo a la elaboración de un plan es necesario partir del conocimiento de la realidad de los recursos existentes en el territorio y su evaluación como punto de partida. En muchos casos es preferible utilizar como base todo lo existente mejorándolo en lo necesario antes de crear recursos nuevos.
- Considerar el perfil epidemiológico de cada área o lugar que quiera avanzar en la planificación. En muchos lugares se carece de registros y este es un tema a tener en cuenta. De inicio, pueden utilizarse estadísticas de otros países o zonas como orientativos, pero con el transcurrir del plan el registro debe ser un objetivo del mismo.
- Considerar los niveles de complejidad en la red de atención: nivel comunitario y primer nivel de atención, segundo y tercer nivel acorde a la complejidad de la situación a abordar. Todos y cada uno de los niveles son importantes, tendrán a su cargo tareas de promoción, prevención y asistencia dentro del plan. Se pueden incluir objetivos para promover la salud y prevenir problemáticas en salud mental.
- Considerar en el sistema la puerta de entrada al mismo de las familias. La trayectoria de las personas debe hacerse sin solución de continuidad y con un equipo de referencia, que acompañe en forma permanente a los pacientes y sus allegados durante el recorrido. El papel del pediatra de asistencia primaria y el pediatra de seguimiento del desarrollo en niños de riesgo son básicos en la detección inicial de trastornos, incluyendo la detección desde las guarderías mediante un contacto cotidiano con los niños, familias y educadores.
- Considerar el sistema como una red en permanente intercambio. En algunos países ha funcionado muy bien la regionalización por niveles de complejidad con articuladores dentro de la matriz o campo.
- Hay múltiples ejemplos de regionalización perinatal. En caso de existir, esta matriz puede utilizarse para que el plan asistencial en salud mental perinatal se inserte como un eje fundamental en la misma regionalización.
- La formación y capacitación permanente de los equipos de salud es necesaria para alcanzar los puntos anteriores. Sin recursos humanos capacitados es imposible llevar adelante cualquier modelo de plan que se elija.

- Considerar también los modelos de coordinación dentro de las redes. Estos modelos de coordinación también influyen en los resultados de la articulación de todas las áreas intervinientes. Un modelo donde todos tienen participación activa y reciben algún beneficio por la participación es uno de los más adecuados para que quede establecido y alcance las metas propuestas.

Existen diversos modelos presupuestarios, cada lugar elegirá aquel más conveniente para sus metas. Ya se ha dejado constancia de los costes de la no atención a la salud mental perinatal y la ventaja económica de invertir en la misma. Sin recursos asignados para una planificación concreta, ésta no conseguirá sus objetivos.

Es de desear el apoyo legislativo a las políticas y planes como medio de asegurar el cumplimiento del compromiso que se contrae de forma independiente de quienes gobiernan en un momento determinado.

Los modelos que representan los mayores avances llevados a cabo en muchos países europeos, tanto en materia sociosanitaria como legislativa, social y educativa, se encuentran desarrollados en los planes de salud mental perinatal estatales o regionales, así como en la existencia de una legislación estatal en materia de protección a la infancia y a la familia efectiva y específica en el campo de la salud mental perinatal que incluye a la madre, al padre, al bebé y a la familia, desde el periodo periconcepcional.

Estos modelos representan la evidencia y la experiencia sobre la que impulsar una legislación más específica, así como planes psiperinatales que contemplen la dotación de recursos adecuados y la formación especializada en salud mental perinatal de las redes interdisciplinares, que incluyen recursos públicos y privados accesibles a la población.

5.4. CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS AVANCES A CONSEGUIR EN MATERIA DE SALUD MENTAL PERINATAL EN ESPAÑA.

Los avances que este documento propone alcanzar en España para mejorar sustancialmente la salud mental perinatal, infantil y de la familia, deben de enmarcarse en los programas de atención a la salud mental de la infancia para que, desde ahí, se asegure un contexto asistencial preciso, se dote de los recursos humanos necesarios y se asegure la formación especializada en salud mental perinatal.

Así mismo, deben formar parte de los apartados correspondientes en la formación de la especialidad de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia, así como en una futura especialidad de Psicología clínica de la infancia y la adolescencia, además del desarrollo de las posibles ACE (Áreas de Capacitación Específica) de Psiquiatría y Psicología clínica perinatal que se pudieran desarrollar en un futuro.

Además, deben enmarcarse en acciones de promoción de salud, en lo que la Oficina de OMS-Europa formuló como "Desarrollo psicosocial en los cinco primeros años desde los servicios de Atención Primaria", de tal suerte que se integren en el programa desde la atención al embarazo y se prosiga con el parto, el puerperio y los 5 primeros años en dos etapas de 0-2 y 3-5 años.

Finalmente, estos conocimientos y avances propuestos deben formar parte de los objetivos de un futuro Plan Nacional en Salud Mental Perinatal, y de los programas académicos y formativos de ginecólogos/as – obstetras, pediatras – neonatólogos/as, matronas, enfermeras, trabajadores sociales, educadores sociales y, entre otros profesionales, de educadores infantiles.



06 ALGUNAS CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Resulta imprescindible impulsar el desarrollo decidido de políticas comprometidas con la implementación efectiva de los recursos económicos, formativos, preventivos, asistenciales y divulgativos necesarios para que cada país alcance al menos los recursos mínimos especializados en

psiperinatalidad, adecuados para atender de manera sostenida y universal las necesidades de la población con el fin de garantizar la asistencia primaria, secundaria y terciaria de la salud mental perinatal de las madres, padres, fetos y bebés.

Esta asistencia universal, desarrollada en el contexto de un plan detallado de atención psiperinatal mantenido a lo largo de, al menos, los primeros 1000 días de vida que comienzan en los primeros tiempos de la concepción, requiere incluir, necesariamente, la detección de los riesgos psiperinatales en el cuarto mes de gestación o preferentemente desde el 2º mes, mediante una entrevista llevada a cabo por matronas preparadas para entrevistar a las madres gestantes y a los padres; redes psiperinatales de proximidad formadas y coordinadas por las matronas de referencia de las madres, para atender a las personas o familias con riesgo o padeciendo una psicopatología perinatal; instituciones hospitalarias especializadas en psicopatología perinatal que puedan atender la patología parental psiperinatal de manera ambulatoria o mediante el ingreso en unidades padres-madres-bebés, evitando a toda costa las separaciones padres-madres-bebés; equipos de seguimiento ambulatorio a domicilio; unidades móviles psiperinatales para la atención domiciliaria en los casos en los que las madres, padres y bebés vivan lejos del centro sanitario de referencia y, entre otros aspectos, la necesaria formación en salud mental perinatal de los equipos y las redes interdisciplinarias regionales y de proximidad que incluyen, entre otras figuras profesionales, a la matronería, ginecología-obstetricia, neonatología, enfermería, pediatría, fisioterapia, trabajo social, educación comunitaria, educación 0-3, y a los profesionales de la psiquiatría y de la psicología clínica debidamente especializados en salud mental perinatal, además de aquellos profesionales especializados en psiquiatría o psicología clínica infanto-juvenil y del ámbito de los adultos sensibilizados con la salud mental perinatal. En definitiva, todos aquellos equipos que trabajan con niños pequeños y sus familias.

Además, se requiere una coordinación efectiva y auténtica entre los equipos de servicios sociales y los equipos sanitarios especializados en psiperinatalidad e infancia, para que a la hora de tomar aquellas decisiones que puedan comprometer la continuidad del vínculo afectivo padres-madres-bebés, estos servicios, auténticamente coordinados entre sí, puedan garantizar que se eviten las separaciones iatrogénicas que producen desamparo en la diada



madre-bebé al separarles de manera forzosa mediante la fórmula administrativa de declarar al bebé o al niño/a en desamparo cuando, paradójicamente, este mismo procedimiento resulta ser, en algunos casos, (debido al abuso o utilización falta de garantías sanitarias basadas en los conocimientos procedentes de la psicología y psicopatología perinatal e infantil), el que acaba generando una experiencia de desamparo en el bebé y en su madre por no ser la fórmula que les protege de la manera más eficaz. La imprescindible coordinación entre ambos equipos podrá, en otros casos, evaluar de manera rápida si existe la necesidad de proteger de otro modo al menor que no implique su separación por retirada de la guarda.

El bebé y el niño pequeño deben estar, de manera prioritaria, en el corazón de los dispositivos y de las intervenciones que deben procurar adaptarse mucho mejor a su sensibilidad. La formación de los jueces de familia sobre el desarrollo psicológico, sobre la psicopatología de los bebés y de los niños y niñas y sobre el desarrollo del apego es de gran importancia para favorecer resoluciones y estrategias cuidadoras del desarrollo de las relaciones de apego seguras y estables.

El seguimiento de los efectos que generan los centros de menores y las familias de acogida no debe concernir únicamente a los servicios sociales o educativos puesto que la salud mental de los bebés, niños y niñas es un asunto psicológico y médico. Los centros de psiquiatría y de psicología clínica perinatal e infanto-juvenil deben de realizar un seguimiento individualizado sobre la evolución de los bebés y niños y niñas tutelados. Es muy recomendable que todas las instituciones que se ocupan de la pequeña infancia sean acreditadas mediante una evaluación y seguimiento del desarrollo y de la salud mental de los bebés y niños y niñas que cuidan, y tengan que presentar un proyecto de centro y una memoria anual, así como desarrollar vínculos de cooperación con las demás instituciones del campo de la pequeña infancia.



PETICIONES ESPECÍFICAS DE LA ALIANZA HISPANOHABLANTE POR LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA “CONECTA PERINATAL”

Primera petición: Comisión de salud mental perinatal

Creación de una “Comisión de los primeros 1000 días” para los países que aún no disponen de ella, constituida por un grupo de expertos interdisciplinarios acreditados en salud mental perinatal e infantil, con la inclusión de expertos con experiencia en la creación, implantación y seguimiento del plan de los primeros 1000 días en sus respectivos países, y elaboración de un plan nacional en salud mental perinatal.

Tal como queda subrayado en el documento encargado por el gobierno francés y redactado por la comisión de expertos de los primeros 1000 días en el 2020, la importancia de los vínculos precoces ha demostrado que el bebé es también iniciador de la parentalidad, que éste dedica una parte importante de su actividad a garantizar la proximidad y la atención de sus padres para satisfacer su sensación de seguridad. Asegurado de la disponibilidad de estos, de sus respuestas adaptadas a sus necesidades y de sus emociones positivas, es más libre para descubrir el mundo, satisfacer su curiosidad, desarrollar modos complejos de pensamiento y creatividad que le permite desarrollar el extraordinario aprendizaje de que es capaz. Estos primeros aprendizajes comienzan muy temprano - en el útero - y son complejos, y el lenguaje y la comunicación emocional positiva ocupan un lugar crucial.

Son las interacciones sociales donde el niño y niña se sienten escuchados y alentados, nutridos por una fuente de emociones positivas, lo que resulta más eficaz y esencial para su desarrollo.

Pero estas emociones positivas, tan necesarias para el adecuado crecimiento del bebé, sólo se encuentran disponibles cuando quienes tienen que atenderle se encuentran, también, atendidos y arropados por las emociones y cuidados positivos de sus entornos familiares y sociales, de los profesionales y de las instituciones en una cadena de contención multidimensional centrada en la guarda del núcleo de crianza.

El amor de una madre y de un padre hacia su bebé no puede compensar el intenso sufrimiento que éstos pueden experimentar si padecen depresión, ansiedad, penuria económica angustiante, sufrimiento por malos tratos, separaciones iatrogénicas, sufrimiento causado por las guerras y por otras causas de sufrimiento que llevan a que el dolor se instale de manera continuada invadiendo de manera negativa los intercambios emocionales y cognitivos que se generan en la compleja experiencia de la interacción padre-madre-bebé.



La familia necesita de una atención adaptada a sus necesidades de protección física, económica, social y emocional, como expresión de los cuidados y afectos positivos que se le debe dispensar, al menos a lo largo de los primeros 1000 días de la vida de un bebé y de la experiencia de desarrollo de la maternidad y de la paternidad.

La Alianza cuenta con un grupo de expertos europeos y latinoamericanos experimentados en la implantación y seguimiento de dicho plan, preparados para formar parte de la Comisión de los primeros 1000 días.

Segunda petición: evaluación de recursos

Evaluación de los recursos nacionales necesarios para cuidar adecuadamente la salud mental perinatal de las madres, padres y bebés, de los que un país dispone, debe disponer y aspirar a implantar progresivamente.

Actualmente, la Alianza se encuentra elaborando un “Censo de recursos, programas y estrategias públicas de atención a la salud mental perinatal” en España e Hispanoamérica.

En el anexo de este documento se incluye un conjunto de preguntas que forman parte del cuestionario que los responsables públicos contestarán para elaborar el censo y evaluar los recursos de los que dispone su país.

Tercera petición: formación de redes interdisciplinarias

Formación de las redes interdisciplinarias de proximidad mediante programas de nivel máster en salud mental perinatal e infantil.

Una red interdisciplinaria de psiperinatalidad es una estructura de coordinación, apoyo y acompañamiento financiada por las agencias regionales de salud. Ejerce misiones en el campo de la salud perinatal, antes y después del nacimiento. Coordina no sólo a los profesionales de la perinatalidad procedentes de todos los modos de ejercicio (público, privado, liberal), y los servicios de protección materna e infantil en torno a acciones de organización y de salud pública, sino también el seguimiento de los niños vulnerables, garantizando la coherencia y la calidad de estos cuidados específicos.

La Alianza dispone del máster en psicología y psicopatología perinatal e infantil. Versión online del primer máster oficial español que ASMI WAIMH-España creó, organizó y coordinó en colaboración con la Universidad de Valencia entre el 2011 y el 2020.

Cuarta petición: formación de matronas

Formación de las matronas que puedan llevar a cabo la entrevista prenatal, con la madre y el padre, desde el 2º mes de gestación y en los meses siguientes al parto, y de otros profesionales de la salud que participan en el seguimiento coordinado de la salud mental perinatal de la madre, del padre y del bebé, hasta los 12 meses.

La Alianza dispone de un grupo de profesionales-formadores europeos e hispanohablantes expertos en la formación de matronas y otras figuras profesionales cercanas a los padres y al bebé que pueden llevar a cabo un seguimiento coordinado y con un objetivo común durante la gestación y en el postparto.

Quinta petición: evitación de costes

Es posible evidenciar el coste económico de los problemas de salud mental perinatal derivado de la inexistencia de una adecuada atención social y sanitaria a la salud mental perinatal, mediante la adaptación del simulador de



costes "PSYPERINATHON" a la realidad epidemiológica de cada país. Este simulador, a disposición de la Alianza, replica el modelo médico-económico usado en la investigación expuesta en el "informe" de Bauer¹⁵, con el fin de estimar el coste de las enfermedades psiquiátricas perinatales.

Una parte importante de estos costes se puede ahorrar invirtiendo en planes y políticas de prevención ambiciosas

15 Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V., Adelaja, B., & Hogg, S. (2014). The costs of perinatal mental health problems. London: Centre for Mental Health and London School of Economics, 44. https://www.researchgate.net/publication/267924828_The_costs_of_perinatal_mental_health_problems/link/545cdd980cf27487b44d4243/download



ANEXO 1. CENSO INTEGRAL DE RECURSOS, PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS PÚBLICAS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PERINATAL EN ESPAÑA E HISPANOAMÉRICA.

Las siguientes preguntas, inicialmente destinadas a los responsables públicos del ámbito sanitario, social y educativo, que deseen evaluar el grado de desarrollo de los recursos de los que dispone su país o región, se encuentran incluidas en el cuestionario mediante el que la Alianza está llevando a cabo el “Censos de recursos, programas y estrategias públicas de atención a la salud mental perinatal en España y en Latinoamérica” con el fin de elaborar Mapas de Recursos en Psiperinatalidad (MAREPSI) que puedan estar disponibles para orientar a los profesionales y a las familias.

1º.- ¿Existen programas psicosociosanitarios de educación prenatal dirigidos a los adolescentes, potenciales futuros padres y madres, en los centros educativos de secundaria y bachillerato?

2º.- ¿Existen programas de cuidados prenatales para acompañar a las adolescentes gestantes?

3º.- ¿Disponen de programas psicoeducativos que acompañan a las futuras madres y a los futuros padres a lo largo de la gestación para favorecer el mejor desarrollo posible de su función parental y el cuidado de su salud?

4º.- ¿Existen programas psicoeducativos que acompañan a las madres y a los padres para favorecer el mejor desarrollo posible de su función parental y el cuidado de su salud dentro de los 12 meses siguientes al nacimiento de su bebé?

5º.- ¿Se llevan a cabo entrevistas pre y/o postparto para detectar los riesgos de alteración emocional perinatal que pueden padecer todos los hombres y todas las mujeres que acceden a la parentalidad?

En caso afirmativo ¿En qué meses se llevan a cabo?:

- 2º mes de gestación: si/no
- 4º mes de gestación: si/no
- En otro momento de la gestación: si/no
- 2º mes posterior al parto: si/no
- 4º o 5º mes posterior al parto: si/no

6º.- Cuando se detecta riesgo de alteración emocional o se constata dicha alteración en la madre o en el padre en el periodo anterior o posterior al parto ¿qué servicios sanitarios y/o sociales son los responsables de intervenir y quién los coordina?

7º.- ¿Los servicios sanitarios y sociales se encuentran suficientemente coordinados para evaluar y ofrecer conjuntamente cuidados y recursos adaptados a la necesidad de una persona afectada por una situación de exclusión o riesgo de exclusión psicosocial en el tiempo perinatal, o con riesgo de desamparo en el caso de un bebé o un niño?

8º.- En el caso de que se detecte una depresión preparto u otra forma de alteración emocional significativa en la gestante o en su pareja ¿qué equipos o redes sociosanitarias interdisciplinarias están preparadas para atender dicha situación y quién las coordina?

9º.- En el caso de que se detecte una depresión postparto u otra forma de alteración emocional significativa en la gestante o en su pareja ¿qué equipos o redes sociosanitarias interdisciplinarias están preparadas para atender dicha situación y quién las coordina?

10º.- ¿Disponen de unidades padre-madre-bebé preparadas para una atención conjunta que evite la separación madre-padre-bebé en los casos en los que la madre padezca estados severos de ansiedad, depresión, psicosis puerperal u otros estados emocionales agravados durante la gestación o postparto que pueden dificultar la crianza de su bebé?



En caso afirmativo, indique si se trata de unidades pertenecientes a hospitales, a centros de salud mental o a otras entidades, y de cuantas unidades se dispone.

- Unidades madre-padre-bebé en hospitales: (...)
- Unidades madre-padre-bebé en centros de atención primaria: (...)
- Unidades madre-padre-bebé en centros de salud mental: (...)
- Unidades madre-padre-bebé en otros centros especializados del ámbito público o concertados: (...)

11°.- En el caso de que se trate de unidades padre-madre-bebé pertenecientes a centros hospitalarios ¿cuántas están dedicadas a la atención ambulatoria y cuántas están preparadas para un ingreso hospitalario que evite la separación padre-madre-bebé?

- Atención ambulatoria:
- Atención mediante ingreso hospitalario:

En el caso de las unidades preparadas para la hospitalización de la madre con su bebé y con el padre, ¿Cuántas camas se dispone en total?

- Unidades ambulatorias: (...)
- Unidades en hospitalización: (...)
- Plazas: (...)

12.- ¿Disponen de redes interdisciplinarias de proximidad especializadas en salud mental perinatal, coordinadas para adaptarse de manera ágil a las necesidades de los usuarios?

13°.- ¿Los posibles usuarios de estos servicios en red pueden obtener o recibir fácilmente la información que les permita conocer los recursos existentes en la red sociosanitaria de proximidad que pueda asistirlos en función de su lugar de residencia?

14°.- ¿Disponen de profesionales o equipos interdisciplinarios de profesionales que se trasladan de manera regular al domicilio de la familia afectada por la alteración emocional perinatal del padre, madre, bebé o hijos menores, en el periodo del postparto y durante, al menos, los 6 meses posteriores al nacimiento?

15°.- ¿Disponen de unidades móviles interdisciplinarias para atender en su domicilio a las familias afectadas por algún padecimiento psiperinatal cuando éstas se encuentran alejadas de los centros de referencia?

En caso afirmativo ¿de cuantas unidades disponen y la distancia máxima a la que se desplazan?

16°.- ¿Qué procesos formativos especializados en salud mental perinatal han seguido los equipos que atienden a dichas familias y qué profesionales los integran?

17°.- Dado que, desde una perspectiva plurifactorial, los conocimientos actuales propios de la psicopatología perinatal señalan con claridad que el sufrimiento perinatal parental, tanto preparto como postparto, es un factor de riesgo que puede relacionarse con la aparición de alteraciones psicósomáticas, comportamentales, vinculares o de la autorregulación en los bebés y niños/as pequeños/as, ¿existe algún programa o procedimientos preparados para el seguimiento regular de aquellos bebés cuyas madres han sufrido de manera significativa estrés alto, ansiedad, depresión, psicosis puerperal, etc.?

18°.- En los casos en los que se ha establecido un posible riesgo de alteración emocional en el bebé relacionado con la existencia de una alteración emocional materna o paterna pre o postparto, ¿se dispone de algún programa o procedimientos coordinados que permitan realizar un seguimiento sistematizado de su evolución psíquica en la escuela

infantil a lo largo del periodo 0-3 años?

19.- ¿Disponen de equipos interdisciplinarios formados para poder tratar, en el contexto de una intervención psicoterapéutica o psicoeducativa conjunta padre-madre-bebé, los trastornos funcionales, de la vinculación, de la autorregulación o de la conducta de los bebés, desde las primeras semanas de vida?

20.- En algunos casos una madre requiere ser acogida en un centro con su bebé para cuidar de ella y así facilitar que pueda criar su bebé. ¿De qué centros de acogimiento madre-bebé públicos o concertados de que disponen? ¿Estos centros están preparados para facilitar la convivencia con el padre?

21.- En los casos en los que se decide que un bebé debe ser separado de su madre y de su padre, ¿se exige una coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios de salud mental perinatal para tomar dicha decisión?

22.- Cuando se ha decidido la separación de un bebé de su madre y de su padre:

¿Qué protocolo o programa se sigue para disminuir al máximo el sufrimiento de la madre y del padre separados de su bebé? ¿Se preavisa a la madre y al padre y se les facilita la información relativa a las figuras o centro de acogida para que puedan separarse de la manera menos traumática posible y estén lo más tranquilos que sea posible al conocer a las figuras que cuidarán de su bebé en su ausencia?

23.- ¿Se facilita una sensibilización o formación específica a las figuras de acogida del bebé?

24.- ¿Disponen de programas o procedimientos que faciliten la vuelta del bebé con sus padres?

25°. - ¿Existe algún programa para sensibilizar a los/as educadores/as 0-3 años sobre la psicopatología perinatal y los trastornos psicósomáticos funcionales y emocionales muy tempranos relacionados con el sufrimiento perinatal que puede padecer un bebé, con el fin de aumentar su conocimiento y facilitar su función cuidadora?



ANEXO 2. BIBLIOGRAFÍA AMPLIADA.

- Ainsworth, M.; Blehar, M. Water. S. (1978). Patterns of Attachment. Hillsdale, New Jersey : Lawrence Erlbaum Assoc. Publishers.
- Al-Haddad BJS, Oler E, Armistead B, Elsayed NA, Weinberger DR, Bernier R, et al. (2019) The fetal origins of mental illness. Am J Obst Gynecol. 2019.221:6:549-562
- Aries, P. ((1960) 1975). Geschichte der Kindheit (historia de la infancia). München: Carl Hanser Verlag.
- Asequinolaza, A. (2021). Unidades educativo-terapéuticas intensivas: proteger el apego y el vínculo madre-bebé ante el desamparo en la perinatalidad. NACIENDO,(1),142-149.Ed.ASMI-WAIMH-España. <https://doi.org/10.52961/01.HRY4787>
- Bell, R. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. Psychological Review, (75) 81-95.
- Bell, R. (1971). Stimulus control of parent or caretaker behavior by offspring. Developmental Psychology, (4) 63-72.
- Bell, S. &. (1972). Infants crying and maternal responsiveness. Child Development, (43) 1171-1190.
- Bonifacino, N. y Pérez-Martínez, C. (2021). Efectos en la madre de la separación forzada de su bebé por orden judicial en el contexto de enfermedad mental. NACIENDO, (1), 20-27. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.OFVA1865>
- Bowlby, J. (1969 (1981 by Penguin)). Attachment and Loss. London: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1983). La Pérdida Afectiva. Buenos Aires: Paidós.
- Bullowa, M.;. (1979). Before Speech. Cambridge: Cambridge U. Press.
- Bréart, G., Puech, F. y Rozé, J.C. (2003). Vingt propositions pour un politique perinatal". <https://www.vie-publique.fr/rapport/26106-vingt-propositions-pour-une-politique-perinatale>
- Bretherton, I. (1992, 28). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Developmental Psychology, 759-775.
- Harlow, Bowlby, Prechtel, Rosenblatt, Hinde, Turkewitz, Schneirla. (1961).
- Capellan R, Moreno-Fernandez M, Orihuel J, Roura-Martínez D, Ucha M, Ambrosio E, Higuera-Matas A. (2019) Ex vivo 1H-MRS brain metabolic profiling in a two-hit model of neurodevelopmental disorders: Prenatal immune activation and peripubertal stress. Schizophr Res. 2019. pii: S0920-9964(19)30505-5.
- Camps, N. (2021) Tesis Doctoral. Seguiment de parelles infèrtils amb fills nats amb tècniques de reproducció assistida mitjançant observació indirecta. Universitat de Barcelona
- Castejón, M. A. y Sanz, M. J. (2021). Informe sobre la revisión de planes y estrategias de salud mental de las comunidades autónomas en relación con la salud mental perinatal. NACIENDO, (1), 112-121. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.VSAW1768>
- Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. (2001). An Esp Pediatr; 55: 141-145.

- Comité de Estándares, Sociedad Española de Neonatología. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. (2013). An Pediatr (Barc);79(1):51.e1-51.e11.
- Coll, F. J. (2021). Procesos de atención social a familias y menores en situaciones de desamparo y/o tutela. NACIENDO, (1), 122-141. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.WKTG2294>
- deMause, L. ((1974) 1988). History of Childhood. New York: Psychohistory Project.
- Dayan, J., Andro, G. y Dugnat, M. (2014). Psychopatologie de la périnatalité et de la parentalité. Elsevier Masson. <https://www.unitheque.com/psychopathologie-perinatalite-parentalite/lesages-de-la-vie/elsevier-masson/Livre/72684>
- Del Amo, R., Castejón, M. A., Holguín, G., Peinado, R., Rodríguez, C., Sessé, E. y Vallespín, T. (2021). Construyendo la infancia: Casa Verde, un proyecto de prevención, apoyo y seguimiento para hijos de personas con trastorno mental o inestabilidad emocional. NACIENDO, (1), 156-167. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.MHWG5104>
- Del Río, S. (2021). Cesárea, lactancia materna y depresión post-parto: entre lo biológico y lo emocional. NACIENDO, (1), 56-69. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.BLJD8273>
- Duhalde, C. (2007). Tesis doctoral. Buenos Aires.
- Fernández Lorenzo, P. y Olza, I. (2020). Psicología del embarazo. Síntesis.
- Gentile S. (2017) Untreated depression during pregnancy: Short and long-term effects in offspring. A systematic review. Neuroscience. 2017;342:154-166.
- Gressier, F. et al. (2015). Dépression paternelle du post-partum: revue de la littérature. La presse médicale, vol 44, 418-424 <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.09.022>
- Gobierno de Argentina (2021). Ley de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia. <https://www.argentina.gob.ar/salud/1000dias/que-es-la-ley-de-1000-dias>
- Gobierno de Argentina (2018). Ley de parto humanizado. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
- Gobierno de Argentina (2013) Ley de reproducción médicamente asistida. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26862-216700>
- Gobierno de Chile (2009). Ley N° 20.379. <https://goo.gl/5KSqVq>
- González, Ma. Aurelia, 2019. Abordaje del Duelo en Neonatología. Capítulo 6. Publicación del Curso Virtual Atención Diaria Neonatal NeoSAP 2. CEFEN. Sociedad Argentina de Pediatría. iudad Autónoma de Buenos Aires
- Hartman S, Freeman SH, Bales KL, Belsky J. (2018) Prenatal Stress as a Risk-and an Opportunity- Factor. Psychol Sci. 2018;29:572-580
- Hernández, A. y Núñez, K. (2021). Notas de campo en salud mental perinatal: una breve experiencia latinoamericana. NACIENDO, (1), 94-101. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.HVHW8744>
- Hernández, M. (2021). Asistencia y apoyo en red a la familia por parte del estado, desde los servicios y programas para el ejercicio positivo de la parentalidad. NACIENDO, (1), 84-93. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.AZDR5451>
- Hernández, M. y Aseguinolaza, A. (2021). Los costes de los problemas mentales perinatales no atendidos se tradu-



- cen en consecuencias para los niños y gastos económicos para el estado. NACIENDO, (1), 150-155. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.ZLQN6161>
- Hernández, M. (2021). Una política pública para la protección de la infancia: «Programa Chile Crece Contigo». NACIENDO, (1), 168-177. Ed. ASMI-WAIMH España <https://doi.org/10.52961/01.YTXI3246>
 - Hoffmann, J. (2002). The Place for Infancy. En J. Maldonado-Durán, Infant and Toddler Mental Health (págs. 3-32). Washington DC: American Psychairtric Publishing.
 - Hoffmann, J. (2003, V. 15, Nr. 2). Parentage ou Pygmalionisme? DEVENIR, 117-141.
 - Hoffmann, J. (2019). David and Goliath: What if he looses? Psychoanalytic Dialogues.
 - Hoffmann, J. (Julio 1996). La falta de un Espacio. Causales de violencia contra la infancia. Revista Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica- A.P.U., 3-19.
 - Huéscar, R. (2021). Separación materna temprana y sus implicaciones en la infancia y adolescencia. NACIENDO, (1), 40-47. Ed. ASMI-WAIMH España <https://doi.org/10.52961/01.WUNX8714>
 - Irwin, L., Siddiqi, A. y Hertzman, C. (2007). Desarrollo de la primera infancia: un potente equalizador. Informe Final. Comisión de determinantes de la OMS. <file:///C:/Users/Flavia/Downloads/Desarrollo%20de%20la%20Primera%20Infancia.%20Un%20potente%20equalizador.%20Informe%20final.%20Irwin-SiddiqiHertzman.pdf>
 - Kovacheva, K. (2021). Prevención de la psicopatología perinatal durante la gestación. NACIENDO, (1), 70-83. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.KQIU5549>
 - Largaía, A. M; Schapira, I y Aspres Norma. 2008. Guía para padres de prematuros. División Neonatología del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Buenos Aires Argentina. Editado por FUNLARGUIA. <http://www.funlarquia.org.ar/Herramientas/Lectura-para-padres/Guia-para-Padres-de-Prematuros>
 - Largaía, A. M. (2012). Muerte digna en neonatología. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 31(3), 98-99.
 - Leadsom, A., Field, F., Burstow, P., & Lucas, C. (2013). The 1001 critical days: The importance of the conception to age two period. A Cross-Party Manifesto. <https://www.nspcc.org.uk/globalassets/documents/news/critical-days-manifesto.pdf>.
 - Lewis, M., & Rosenblum, L. (s.f.). The Impact of the Infant on its Caregivers. New York: John Wiley & Sons.
 - Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1996/01/15/1/con>
 - López, M. (2021). Clínica puerperal: blues del parto, depresión post-parto y psicosis puerperal. Definición, sintomatología, factores de riesgo y vivencia emocional. NACIENDO, (1), 48-55. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.RIJY8404>
 - Max Neef. (1986). Desarrollo a Escala Humana. Montevideo: CEPUR.
 - Max Neef y otros. (1996). http://www.daghammarskjold.se/wp-content/uploads/1986/08/86_especial.pdf.
 - Max Neef, A. M., & Elizalde, A. (2001). Hopenhayn Martín. Desarrollo a Escala Humana. Montevideo, Uruguay: Editorial Nordan-Comunidad.
 - Ministère de la santé et de la protection sociale, (2004). Plan de Perinatalité 2005-2007 "Humanité, proximité, secu-



- rité, qualité”. France https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
- Ministère de la santé et des solidarités. (2005). (Circulaire n° DHOS/DGS/02/6C/2005/300 du 4 de juillet 2005 relative a la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosdgso26-c-n-2005-300du-4-juillet-2005-relative-a-la-promotion-de-la-collaboration-medicospsycho-logique-en-perinatalite/>).
 - Ministère de la santé et des sports. (2010). Evaluation du plan perinatalité. Rapport final 2005-2007. France <https://www.google.com/search?q=evaluation+plan+perinatalite+rapport+final2005-2007>
 - Ministère des solidarités et de la santé (2020). Les 1000 premiers jours. Là où tout commence. France <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport1000-premiers-jours.pdf>
 - Ministère des solidarités et de la santé (2021). Instrucción n° SGMCAS/2021/74 du 1er. abril 2021, relative aux engagements de Gouvernement pour l’année 2021 autour de la politique des 1000 premiers jours de l’enfant et ses modalités de déclinaison territoriale, ainsi qu’aux leviers supplémentaires mis à disposition des acteurs locaux. France <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1000premiersjours-instruction-01.04.21.pdf>
 - Ministerio de Salud de Chile. (2008). Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. https://dipre- ce.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008_Manual-de-Atencion-personalizada-delProce- so-reproductivo.pdf
 - Ministerio de Salud. Gobierno de Argentina. (2020). Plan 1000 días. <https://www.argentina.gob.ar/salud/1000dias>.
 - Ministerio Sanidad: Borrador de anteproyecto de Ley de Especialidades Sanitarias. Dirección General de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Madrid, 2022.
 - Ministerio Sanidad: Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Dirección General de Salud Pública y de Calidad del SNS. Madrid, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, 2022.
 - Ortiz Zulma y Larguía A. Miguel. 2012. Maternidades Seguras y Centradas en la la Familia (MSCF) con enfoque intercultural. UNICEF, Buenos Aires. Con apoyo del Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.unicef.org/argentina/informes/maternidad-segura-y-centrada-en-la-familia-mscf-con-enfoque-intercultural>
 - MINSALUD COLOMBIA — OPS — OMS — TODOS POR UN NUEVO PAÍS. Plan de acción nacional de salud primeros mil días. Colombia 2012-2021. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/ planeacion-primeros-mil-dias.pdf>.
 - Moral, J. (2021). De las Frühe Hilfen a las unidades madre-bebé. El modelo alemán para el apoyo durante los primeros años de vida. NACIENDO, (1), 194199. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.MYGX3373>
 - Naciones Unidas. Comité de Derechos del Niño. (2005). Observación General N° 7. Realización de los derechos del niño en la primera infancia. <https://siteal.iiep.unesco.org/investigacion/3206/observacion-general-7-2005realiza- cion-derechos-nino-primera-infancia>
 - National Collaborating Centre for Mental Health. (2020). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
 - Nemoda Z, Szyf M. (2017) Review Article. Epigenetic Alterations and Prenatal Maternal Depression. Birth Defects Res. 2017;109:888-897
 - Organización Mundial de la Salud. Plan de acción por la salud mental 2012-2020. <https://www.who.int/mental>



[health/publications/action plan/es/](#)

- Organización Mundial de la Salud (2022). World mental health report. Transforming mental health for all. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Palau P. (2016) Tesis Doctoral. Sufrimiento emocional perinatal compartido: estrés en el bebé efectos de los mecanismos de adaptación y defensa primarios. vulnerabilidad psicosomática y psicopatológica. Universidad de Valencia <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1254099>
- Palau, P. (2021). Las unidades madre-bebé / padres-bebé en Europa y las redes psiperinatales. NACIENDO, (1), 178-193. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.JIDG5896>
- Palau, P. (2021). Las necesarias alianzas para cuidar la psiperinatalidad. NACIENDO, (1), 1-11. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.ISBG8896>
- Palau, P. (2021). Alianzas por la salud mental perinatal. NACIENDO, (1), 12-19. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.IPWM2315>
- Palau, P. (2021). Sufrimiento emocional temprano y vulnerabilidad psicosomática. En: ASMI-WAIMH España éd., Manual de Psicología y Psicopatología perinatal e infantil: Tomo I (pp. 229-246). ASMI-WAIMH España.
- Paricio Talayero, J. (2021). Asistencia respetuosa durante el nacimiento. En: ASMI-WAIMH España éd., Manual de Psicología y Psicopatología perinatal e infantil: Tomo I (pp. 169-177). ASMI-WAIMH España.
- Paricio Talayero, J. (2021). Pérdida de la cultura de la lactancia. Protección institucional y social de la lactancia. En: ASMI-WAIMH España éd., Manual de Psicología y Psicopatología perinatal e infantil: Tomo I (pp. 179-187). ASMI-WAIMH España.
- Pedreira, J. L. (2021). Estamos... ¡naciendo! NACIENDO, (1), V. Ed. ASMI-WAIMH España <https://doi.org/10.52961/01.ZQQH8130>
- PAHO. WHO. 2008. El modelo de maternidad centrada en la familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá: estudio de buenas prácticas. Editado por PAHO, Buenos Aires. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6237?locale-attribute=es>
- Pedreira, J. L. (2021). Neurobiofisiología del vínculo y proceso mental en el recién nacido. NACIENDO, (1), 28-39. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.XSFS3036>
- Pierrehumbert B, Nicole A, Muller Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. "Parental post-traumatic reactions after premature birth; implications on sleeping and eating problems". Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2003, 88, 5, F400-F404.
- "Psychosocial development under five's from Primary Health Care Services". Copenhagen: OMS-European Section, 1990.
- Rabiepoor S, Abedi M, Saboory E, Khalkhali HR.(2019) Stress during pregnancy affected neonatal outcomes and changed cortisol and leptin levels both in mothers and newborns. J Neonatal Perinatal Med. 2019;12:209-219
- Rexford, E.;Sander, L.; Shapiro, Th. (1976). Infant Psychiatry. Yale U.Press: Monographs of the American A. of Child Psychiatry.
- Repetto, F. (2016). La dimensión Política de la coordinación intraestatal, una mirada desde la protección social. Programa de Protección Social del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC). [Argentina. www.vocesenelfenix.com](http://Argentina.www.vocesenelfenix.com).



- Rousseau, J. (2000). Confessions. Londres : Oxford U. Press.
- Sanz, M. J. y Casado, D. (2021). Medios normativos concernientes a la salud mental perinatal. NACIENDO, (1), 102-111. Ed. ASMI-WAIMH España. <https://doi.org/10.52961/01.HLGX7424>
- Sistema Chile Crece Contigo. (2015). Acerca de Chile Crece Contigo. Qué es Chile Crece Contigo (ChCC). <https://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es> Sistema Chile Crece Contigo. (2010). Cuatro Años Creciendo Juntos: Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006-2010. https://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2015/10/ChCC_MEMORIA.pdf
- Skeels, H. (1966). Adult Status of Children with Contrasting Early life Experiences. Chicago: Society of Research in Child Development, Monograph Series.
- Tarragó, R., Bolaños, S., Cortada, M., Ginovart, G., González, I., Mañosa, M., Vicente, S. (2020). Vivir la prematuridad. Ed. Octaedro. Barcelona. <https://octaedro.com/libro/vivir-la-prematuridad/>
- Trevarthen, C. (1979 (2010)). Communication and cooperation in early infancy:a description of primary intersubjectivity. En M. Bullowa, & (Ed), Before Speech (págs. 321-348). Cambridge: Cambridge Uni. Press.
- Winnicott, D. ((1956) 1977). Primary Maternal Preoccupation. En D. Winnicott, Through Pediatrics t Psycho-Analysis (págs. 300-305). Londres: The Hoggarth Press.
- Winnicott, D. (1960 (1979)). Parent-Infant Relationship. En D. Winnicott, The Maturational Process and the Facilitating Environment (págs. 37-55). London: The Hoggarth Press.
- Winnicott, D. (1987). Babies and their Mothers. Reading, MA: Addison-Wesley.



