

CONSIDERACIONES Y PROPUESTAS DE LA ALIANZA HISPANOHABLANTE POR LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA “CONECTA PERINATAL” PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA¹ EN ESPAÑA.

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 ciclo vital. Contamos con estudios que señalan que la transición a la maternidad/parentalidad 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 los primeros meses, como un periodo vital exento de riesgos y de alteraciones psicológicas y mentales, se aleja de la realidad científica. A su vez, la salud mental infantil se encuentra íntimamente relacionada con una maternidad/parentalidad

psicosaludable y no hemos de olvidar que los bebés y los niños de hoy serán las madres y los padres del mañana.

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 sus padres. 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 de profesionales, planificación e implementación de servicios y recursos especializados, ha de estar necesariamente en la agenda presente y futura de los países que se consideran a sí mismos como avanzados.

Definición de la salud mental perinatal:

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

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

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 2 años del niño o niña nacido/a.

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

¿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 usuarios, 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.

tenida a las familias con la sensibilización y unión de todos los profesionales cuidadores de ese periodo facilitando una unión interdisciplinaria e interinstitucional.

También 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.

Aspira a favorecer el desarrollo de una atención adaptada y sos-

¹ Coordinado por Pascual Palau Subiela, presidente de la Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia, este texto, redactado en el mes de junio de 2021 a petición de varias entidades españolas miembro de Conecta Perinatal, desarrolla consideraciones y propuestas para la mejora de la atención a la salud mental perinatal y de la familia teniendo en cuenta la situación actual de la atención a la salud mental perinatal existente en España y en otros países europeos.

¿Qué instituciones forman parte de Conecta Perinatal?

Asociación Argentina de Psicología Perinatal ASAPP (Argentina); Asociación Española de Psicología Perinatal AEPP (España); Associació de Prematurs de Catalunya “Som Prematurs” (España), 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 Superior del Colegio Oficial de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires (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 Psicólogos de Chile (Chile); Colegio Oficial de Psicología

de la Comunidad Valenciana (España); Escuelas Infantiles Municipales de Pamplona (España); Federación de Salud Mental de la Comunidad Valenciana (España); Fundación Manantial - Casa Verde (España); Fundación Salud Infantil de Elche (España); Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia FUNLARGUIA (Argentina); Instituto de Psicología 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 Psicología de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO (España); Sociedad Apego y Complejidad Infantil (Chile); Sociedad Argentina de Observación de Bebés SAIORB (Argentina); Sociedad Argentina de Primera Infancia SAPI (Argentina); Sociedad de Estudios Psicosomáticos Iberoamericana SEPIA (España); Universidad Nacional de San Luis (Argentina).

VULNERABILIDADES, FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL PERINATAL.

1º.- 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, incluido el nuestro. La salud mental perinatal tiene repercusión directa en el seno de toda la familia, especialmente en la madre y el recién nacido. El buen cuidado de la salud mental de la madre desde la gestación protege tanto a la madre, al bebé y a la familia, de problemas de salud, de salud mental en madre y bebé y permite un óptimo desarrollo psicosocial de ambos. Sin embargo, la desatención de la salud mental perinatal trae consigo consecuencias nocivas para la salud parental, conductas o patrones que repercutirán negativamente en la madre, en el apego madre-hijo, como 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 estudios, 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 trastornos psíquicos perinatales requerirá ser destinado a la madre y el 72% a los hijos de estas madres durante todo su desarrollo. Huelga señalar que esto impactará no sólo en su

salud mental a lo largo de la vida sino también en la crianza de sus propios hijos cuando lleguen a la edad adulta, convirtiéndose la falta de atención a la salud mental perinatal en un factor que perpetúa no sólo el padecimiento de una parte importante de la población sino la desigualdad de oportunidades y derechos.

Actualmente, la carencia de servicios psiperinatales² especializados trae consigo un déficit de recursos de prevención y de detección, tiempos más largos de recuperación para las mujeres y, en algunas ocasiones, una separación más larga entre las madres y sus hijos, lo que genera mayores dificultades de apego, mayor daño en la relación madre-bebé, mayor alteración en la conducta y desarrollo de los niños y mayores gastos para el Estado.

En diversos países europeos, pioneros en el cuidado de la salud mental perinatal, se ha 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 la atención del sufrimiento perinatal.

Apoyados, entre otros, en la experiencia del Sistema Británico de Salud con la implantación de recursos especializa-

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 2 primeros años del bebé. Estos cuidados son prodigados 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 Francofone y exco-presidente de la Waimh-France.

dos en la psiquiatría perinatal, se observan importantes beneficios económicos a medio y largo plazo en la reducción de los gastos del sistema de salud de un país. Dichos servicios suponen la atención especializada a patologías como la ansiedad, la depresión y la psicosis que afectan directamente a madres, padres y bebés, (y no en una proporción menor), con estrategias de prevención secundaria y terciaria que reducen de manera significativa los costes económicos frente a la atención no especializada vigente actualmente en el sistema de salud español.

Los datos obtenidos en los estudios realizados en el Reino Unido avalan de manera fehaciente los resultados satisfactorios en la salud mental de madres e hijos atendidos en la etapa perinatal de manera intensiva y especializada. La apuesta por la inversión económica inicial 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.

2º.- La gestación no supone un estado protector para la salud mental de la mujer. Esta 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 a 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.

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. 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 en ocasiones, la falta de formación especializada de los profesionales hace que, generalmente, las pacientes no pidan ayuda y tratan 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.

3º.- El puerperio supone para la mujer una etapa de gran vulnerabilidad debido a los cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales, lo que predispone a la apari-

ción de trastornos psíquicos. 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.

La sensación de culpa de las madres, 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 infra diagnóstico (50-75%) en la depresión postparto.

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.

4º.- Entre otras medidas, el contacto piel con piel tras el parto es recomendado por los organismos oficiales, de cara a la promoción de la salud emocional del bebé y la madre.

Diversos estudios evidencian la influencia multifactorial en la génesis de psicopatología puerperal tras algunas cesáreas. Algunas de estas causas son la separación madre-bebé, dificultades posteriores con la lactancia materna o el trato percibido 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.

5º.- Expuesto al sufrimiento parental perinatal, el bebé experimenta a menudo, como consecuencia directa de ello y desde los primeros días de su nacimiento, alteraciones de su conducta y de su salud que se manifiestan muy precoz-

mente revelando la existencia de un sufrimiento emocional compartido en el contexto de la interacción madre-padre-bebé, que puede comprometer seriamente su desarrollo. La falta de especialización en psicopatología perinatal e infantil temprana y de formación en psicoterapia de la diada 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.

6º.- La separación forzada del bebé de sus padres, por orden judicial, cuando éstos padecen alguna enfermedad mental, es una situación de gran complejidad que genera repercusiones psicológicas profundas en todos sus protagonistas.

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

Además, el hecho de perder la custodia de los hijos 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 se agrega un duelo no elaborado por la pérdida de su rol y sus derechos como madre. El tratamiento de la madre con enfermedad mental ha demostrado su utilidad en diferentes modalidades y países, donde se aborda la hospitalización conjunta en unidades madre-bebé cuando existe un riesgo en el cuidado del bebé.

De acuerdo con los trabajos consultados se concluye que la separación de la madre e hijo, en el contexto de enfermedad mental materna, genera un daño emocional irreparable en la madre, en la vida familiar y en el propio niño.

LEGISLACIONES, REALIDADES SOCIALES Y RECURSOS SOCIO SANITARIOS.

8º.- La Recomendación REC 2006/19 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad, señala entre sus objetivos que los estados miembros deben crear «las condiciones necesarias para el fomento del ejercicio positivo de la parentalidad, garantizando que todas aquellas personas que hayan de educar niños y niñas tengan acceso a los recursos adecuados (materiales, psicológicos, sociales y culturales) y que las actitudes y patrones sociales más exten-

7º.- Así mismo, las investigaciones muestran que las separaciones tempranas de las madres y sus bebés en la primera infancia 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 han 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 diada, junto con la intervención temprana interdisciplinar, se hace imprescindible. Invertir en la promoción del bienestar familiar en las primeras etapas es una prevención eficaz para la psicopatología infantil posterior. Se constata también que se hacen necesarios más estudios longitudinales frente a los retrospectivos, para evaluar los efectos a largo plazo de las separaciones.

didados se adapten a las necesidades de las familias con hijos y a las necesidades de padres, madres e hijos.

Los estados son responsables de garantizar y promover los derechos del niño en la familia, para ayudar a los padres a actuar de la mejor forma en interés del niño. Es preciso acompañar la acción parental, mediante los diferentes servicios y programas de cada país, y estos deben ir dirigidos a los padres y a los niños y niñas desde el inicio de su vida, cuidando de ellos, al menos desde la gestación.

La parentalidad es una tarea sometida a cambios históricos y sociales, con una enorme diversificación debido a la gran variedad de familias que conviven en nuestra sociedad y al hecho de que la individualidad se desarrolla en el contexto familiar y social.

La coordinación entre los diversos servicios de apoyo socio-sanitario resulta imprescindible, puesto que es conocido que la falta de coordinación eficaz es la responsable de los malos resultados en cuanto a servicios de soporte a las familias.

9º.- Del examen de una selección de documentos de Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, órganos de la Unión Europea y del Estado Español, se desprende que la atención a la salud mental perinatal no es tratada por ninguno de ellos de forma específica como un conjunto de objetivos con actuaciones planificadas y coordinadas. Sí se encuentra en ellos un reconocimiento explícito del derecho del niño a disfrutar del mejor nivel de salud, a crecer en su familia y a que se vean satisfechas sus necesidades. Igualmente, a que sus padres reciban las ayudas y apoyos necesarios para ejercer sus funciones satisfactoriamente.

La atención a la salud mental perinatal sería una importante contribución para dar respuesta a los derechos de los niños y los padres. En España, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS), posibilita la incorporación a dicha cartera de nuevas prestaciones por el Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS (art. 7) y por las comunidades autónomas (art. 11).

10º.- En España, ninguna de sus comunidades y ciudades autónomas dispone de un sistema específico para la atención a la salud mental perinatal, entendiéndose por tal un conjunto completo y organizado de objetivos, actuaciones y recursos coordinados. Esta es la primera conclusión del estudio en el que se han revisado 22 planes y estrategias de salud mental de las comunidades autónomas.

Sí se han detectado algunos objetivos y actuaciones de alta relación y correspondencia con la salud mental perinatal en los documentos de seis comunidades autónomas; en los de otras tres comunidades algunos de sus objetivos o medidas parecen tener una relación parcial o débil con la salud mental perinatal; y finalmente, ocho no recogen en sus planes objetivos ni acciones que hagan referencia directa a la salud mental perinatal. En la revisión tampoco se ha detectado la existencia de ningún recurso específico de atención especializada en la etapa perinatal para las madres y padres con trastorno mental.

11º.- Los Servicios Sociales de Atención Primaria represen-

tan el punto central sobre el que pivotan, tanto en la detección como en la intervención, el resto de los servicios que integran el sistema de atención y protección a la infancia y la adolescencia.

En la actualidad nos regimos por la modificación que en 2015 se realizó en España sobre la legislación en materia de infancia. Así, se aprobaron el 28 de julio de 2015 los «Principios de actuación en materia de atención y protección a la infancia y adolescencia» de la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero sobre Protección Jurídica del Menor.

Entre estos principios merecen destacarse los siguientes:

- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a estar a salvo del abuso.
- Los Servicios Sociales deben proteger a la familia como núcleo básico y esencial de la sociedad para el normal desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, especialmente aquellos que se encuentren en situación de desventaja social.
- La mejor forma de proteger a un niño, niña o adolescente es apoyar a sus padres o tutores para que adquieran o vuelvan a asumir sus funciones de protección y cuidado.
- Los vínculos familiares han de ser respetados, mantenidos y preservados. Sólo serán limitados en aquellos casos que dañen la integridad o salud física, psíquica o el desarrollo social del menor.
- Las decisiones y actuaciones de los Servicios Sociales se guiarán por el principio de la primacía del interés superior del menor, su beneficio y la protección de sus derechos, que deberán prevalecer incluso cuando se encuentren presentes otros intereses, por legítimos que éstos sean.
- La intervención de los Servicios Sociales se limitará a los mínimos indispensables para ejercer una función reparadora y protectora.
- Los Servicios Sociales no deben actuar únicamente cuando existan graves carencias en la satisfacción de las necesidades de los menores, sino que deben también trabajar para conseguir que desarrollen sus mejores posibilidades, mediante el desarrollo de actuaciones y recursos dirigidos a la promoción del bienestar y calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes y sus familias.

12º.- De manera general, las actuales miradas sobre la perinatalidad, llevadas a cabo desde la psicopatología perinatal y desde la política de bienestar social y protección a la infancia,

no siempre confluyen en relación con la toma de decisiones que conducen al decreto de una situación de desamparo.

La política de protección a la infancia tiene por objeto prioritario la atención a los menores, haciendo énfasis en elementos como la vulnerabilidad, la desprotección y el desamparo. Esta mirada de la salud mental perinatal, centrada básicamente sobre la infancia, puede generar una traumática brecha disociativa en los vínculos madre-bebé.

Entendemos que la distancia que existe entre las diferen-

tes formas de mirar el mismo problema tiene por origen el desconocimiento de las particularidades propias de la etapa perinatal y la imposibilidad de ofrecer recursos especializados que den una cobertura de conocimientos especializados más favorable a dicha problemática.

En el marco de la política de protección a la infancia, la implantación de recursos educativo-terapéuticos intensivos para la atención de la salud mental perinatal, desde la etapa prenatal, supone la mejor alternativa para el cuidado de madres, bebés y la protección del apego y del vínculo entre ambos.

LOS AVANCES DE LA PSIPERINATALIDAD EN EUROPA Y EN ESPAÑA.

13º.- La evidencia científica generada por los desarrollos sociosanitarios contemplados en los planes nacionales de salud mental perinatal y los beneficios que éstos han generado en la protección de la salud mental materna, paterna e infantil, en las últimas décadas, desde el periodo periconcepcional, en numerosos países europeos, señala comparativamente las graves carencias aun existentes en España en materia de recursos interdisciplinares especializados en psiperinatalidad. También pone de relieve 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 y conforme a Planes Nacionales de salud mental perinatal actualmente inexistentes en nuestro país.

Estas son algunas de las carencias existentes en la atención perinatal especializada en salud mental que, de existir los planes en psiperinatalidad, deberían permitir el sostenimiento y el cuidado de una crianza y un crecimiento saludable, haciendo todo lo posible para evitar, entre otras consecuencias, la separación de las madres-padres y bebés en dificultad.

Son prioritarios planes nacionales en salud mental perinatal que prevean las necesarias unidades madre-padre-bebé ambulatorias y de internamiento; redes interdisciplinares psiperinatales de instituciones integradas y coordinadas; centros maternos o materno-infantiles ambulatorios o residenciales especializados; atención sociosanitaria coordinada ambulatoria y domiciliaria suficientemente especializada en psicopatología perinatal; atención psicoterapéutica de la salud mental del bebé desde sus primeros días de vida en el contexto de la interacción madre-padre-bebé cuando éste se encuentra expuesto al sufrimiento parental y presenta, como consecuencia de ello, entre otras, alteraciones de la autorregulación sensorial y emocional en las que se pueden encontrar alteraciones psíquicas y conductas desadaptadas, trastornos psicósomáticos, trastornos de la alimentación,

del sueño, de la digestión, del llanto, así como alteraciones de la conducta interactiva y del apego.

14º.- Según la información de que disponemos hoy, en España no existen planes específicos de salud mental perinatal y solo 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.

Sin embargo, numerosos países europeos como Alemania, Francia, Luxemburgo, Países Bajos, Reino Unido y Suiza disponen de potentes Redes Perinatales interdisciplinares públicas y de numerosas unidades madre-padre-bebé.

Según las fuentes consultadas, Francia dispone de 20 unidades madre-bebé a tiempo completo y de otras 27 unidades madre-bebé de hospitalización de día. Bélgica, Luxemburgo y Países Bajos disponen de 9 unidades a tiempo completo. Bélgica, Luxemburgo, Suiza y Países Bajos disponen de 5 unidades de hospitalización de día. Otros países europeos como Alemania y Reino Unido disponen de numerosas unidades madre-bebé o madre-padre-bebé a tiempo completo o ambulatorias.

15º.- Los modelos que representan los avances llevados a cabo en muchos países europeos, tanto en materia sociosanitaria como legislativa y social, desarrollada en los planes de salud mental perinatal estatales o regionales, así como 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, representan la evidencia y la experiencia sobre la que impulsar una legislación más específica en España, así como unos planes psiperinatales que contemplen la dotación de recursos especializados y la formación especializada en salud mental perinatal de las necesarias redes interdisciplinares, que incluyan tanto recursos públicos como privados accesibles a la población necesitada de sus cuidados.

16º.- 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, siendo en Gran Bretaña dónde 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, y dónde 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.

17º.- 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 la familia y subraya la importancia de cuidar a la futura madre y al futuro padre desde la época periconcepcional y en los primeros tiempos del feto y del bebé que fueron, 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.

18º.- Una atención sociosanitaria adecuada requiere, al menos, del estrecho seguimiento de la salud mental de la madre y del padre en la entrevista psiperinatal del cuarto mes, obligatoria en algunos países avanzados y de las entrevistas precoces del 2º y 5º mes tras el parto; de unos cuidados centrados en los primeros 1000 días del bebé, desde la época

periconcepcional; así como de unas redes psiperinatales que coordinen los recursos sociosanitarios para cuidar a las madres y padres con enfermedad mental o sufrimiento emocional, 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 adecuada y especializada.

Las redes psiperinatales, incluyendo a las unidades madre-bebé o padres-bebé y los procedimientos de prevención descritos, son, sin lugar a duda, algunas de las concepciones importantes y recursos a desarrollar, además de la adecuada formación en salud mental perinatal de los equipos pluri-disciplinares cuidadores: matronas, ginecólogos-obstetras, ecografistas, pediatras, psicólogos, psiquiatras, médicos de familia, trabajadores sociales, fisioterapeutas, educadores de la primera infancia, jueces, etc.

19º.- Dentro de los diferentes modelos europeos, 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 orientarnos para mejorar la coordinación entre nuestro sistema de salud y servicios sociales, apoyándonos en estos modelos robustos que llevan atendiendo e investigando esta misma problemática desde ya hace muchos años.

EN SÍNTESIS.

1º.- Resulta de primera importancia la creación de redes sociosanitarias perinatales interdisciplinares públicas, la creación de planes nacionales en salud mental perinatal, programas sociosanitarios especializados en psiperinatalidad, la formación en salud mental perinatal de los equipos interdisciplinares y, entre otras acciones, la creación de unidades madre-padre-bebé que aseguren la prevención y el apoyo a las madres en dificultad, a los padres y a sus bebés desde el

momento de la gestación y el nacimiento hasta al menos los 3 años, así como una mejor adaptación y aplicación de las actuales leyes nacionales y regionales relacionadas con los cuidados de la salud mental perinatal de la madre, del padre y de su bebé.

La prevención, desde antes de la concepción y a lo largo de toda la gestación, así como el seguimiento de la salud

materna, paterna y del bebé en el postparto, en los meses y años siguientes, debe abarcar a la totalidad de la población de un país y no sólo a las madres y padres con trastorno mental o situaciones de especial sufrimiento emocional.

Es la población general pues, la beneficiaria de los recursos psiperinatales que un estado debe poner a su disposición, de manera adaptada a sus necesidades, habiten en una ciudad o en una población alejada de los centros sanitarios especializados. Unidades móviles psiperinatales adecuadamente preparadas deben desplazarse a todos los pueblos que tienen necesidad de ellas.

2º.- Todas aquellas retiradas de la guarda de un bebé, por parte de una administración que no ha desarrollado los recursos sociosanitarios suficientes y probadamente necesarios que requieren ser desarrollados dentro de un plan perinatal regional o nacional, con una adecuada integración y coordinación de los servicios sociosanitarios necesarios para el sostenimiento de la salud mental parental junto a su bebé, cuando la madre, el padre o ambos padecen alguna enfermedad mental o alteración emocional importante, suponen acciones que pueden generar graves consecuencias iatrogénicas, debido a los efectos de desprotección y de afectación de la salud mental, directamente producidos por el aumento del sufrimiento emocional y psíquico de madres, padres y bebés, que sufren daños en su salud, a menudo irreparables, que pueden comprometer su salud y la de varias generaciones de sus descendientes.

3º.- El desarrollo, en las 4 últimas décadas, de importantes planes asistenciales en salud mental perinatal, estatales y regionales en diversos países europeos (Reino Unido, Alemania, Francia, Bélgica, Suiza, Luxemburgo, etc.), acompañados de unos recursos sociosanitarios psiperinatales coordinados en red y puestos a disposición de manera adaptada a la población necesitada, evidencian la existencia de una gran desigualdad respecto a la evolución de España en el campo de la psiperinatalidad, que es necesario reparar de manera urgente. Aunque también suponen un modelo y un gran estímulo para desarrollar todos los esfuerzos que sean necesarios con el fin de alcanzar sus niveles de protección de la salud mental perinatal y de la familia.

4º.- En todo el mundo, el sufrimiento de las mujeres que acceden a la maternidad, la de sus parejas que las acompañan y la de sus familias, supone un grave problema de salud en un gran número de casos, que genera no sólo sufrimiento compartido sino también enormes costes económicos y psíquicos que afectan a varias generaciones, aún más en países con ingresos bajos.

La prevención de ese sufrimiento requiere de la alianza y de la fuerte unión de muchas instituciones científicas, instituciones públicas sanitarias, asociaciones sin ánimo de lucro y asociaciones de usuarios para desarrollar un esfuerzo en coalición entre todas ellas y los especialistas que las constituyen, con el fin de alcanzar a mejorar la atención de la salud mental perinatal de las mujeres y de las familias en todo el mundo.

Hablando con una sola voz de manera solidaria y haciendo campaña en favor de que las mujeres que experimentan una enfermedad mental en el periodo perinatal (pre y postparto) o un estado de sufrimiento emocional, así como sus parejas, puedan recibir la atención que ellas y sus familias necesitan, dónde y cuándo la necesiten de manera adaptada e integral, en el contexto de redes interdisciplinarias psiperinatales dedicadas a cuidar la salud mental perinatal, es como se puede lograr la necesaria unión interinstitucional e interdisciplinar para fomentar los cambios sanitarios y sociales necesarios para cuidar la salud mental de las madres, padres, fetos, niños y niñas y de sus familias.

Las alianzas que se van tejiendo en diferentes lugares del mundo, como son la Alianza Global por la salud mental materna, la Alianza Británica por la salud mental materna, la Alianza Francófona por la salud mental perinatal, la Alianza Canadiense y la Alianza Hispanohablante por la salud mental perinatal y de la familia “Conecta Perinatal”, representan una gran esperanza para fomentar los necesarios cambios, que requieren de importantes esfuerzos científicos, sanitarios, sociales y económicos, basados en planes nacionales, que doten de los recursos económicos necesarios y de la sensibilización y formación de todos los actores implicados en el cuidado de la salud mental perinatal y de la familia.

El presente texto, redactado por un grupo de expertos de la Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia “Conecta Perinatal” el 6 de junio de 2021, sintetiza los conocimientos desarrollados en la mayor parte de los artículos científicos del primer número monográfico de la Revista de Psicología y Psicopatología Perinatal e infantil “NACIENDO”, órgano oficial de ASMI WAIMH-España, citados en las referencias.

Referencias:

- 1. Aseguinolaza, A. (en prensa). Unidades educativo-terapéuticas intensivas: proteger el apego y el vínculo madre-bebé ante el desamparo en la perinatalidad. NACIENDO, (1), 142-149. <https://doi.org/10.52961/01.HRYY4787>
- 2. Bonifacino, N. y Pérez-Martínez, C. (en prensa). Efectos en la madre de la separación forzada de su bebé por orden

- judicial en el contexto de enfermedad mental. NACIENDO, (1), 20-27. <https://doi.org/10.52961/01.OFVA1865>
- 3. Castejón, M. A. y Sanz, M. J. (en prensa). 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. <https://doi.org/10.52961/01.VSAW1768>
 - 4. Coll, F.J. (en prensa). Procesos de atención social a familias y menores en situaciones de desamparo y/o tutela. NACIENDO, (1), 122-141. <https://doi.org/10.52961/01.WKTG2294>
 - 5. del Amo, R., Castejón, M. A., Holguín, G., Peinado, R., Rodríguez, C., Sessé, E. y Vallespín, T. (en prensa). 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. <https://doi.org/10.52961/01.MHWG5104>
 - 6. del Río, S. (en prensa). Cesárea, lactancia materna y depresión post-parto: entre lo biológico y lo emocional. NACIENDO, (1), 56-69. <https://doi.org/10.52961/01.BLJD8273>
 - 7. Hernández, A. y Núñez, K. (en prensa). Notas de campo en salud mental perinatal: una breve experiencia latinoamericana. NACIENDO, (1), 94-101. <https://doi.org/10.52961/01.HVHW8744>
 - 8. Hernández, M. (en prensa). 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. <https://doi.org/10.52961/01.AZDR5451>
 - 9. Hernández, M. y Aseguinolaza, A. (en prensa). Los costes de los problemas mentales perinatales no atendidos se traducen en consecuencias para los niños y gastos económicos para el estado. NACIENDO, (1), 150-155. <https://doi.org/10.52961/01.ZLQN6161>
 - 10. Hernández, M. (en prensa). Una política pública para la protección de la infancia: «Programa Chile Crece Contigo». NACIENDO, (1), 168-177. <https://doi.org/10.52961/01.YTXI3246>
 - 11. Huéscar, R. (en prensa). Separación materna temprana y sus implicaciones en la infancia y adolescencia. NACIENDO, (1), 40-47. <https://doi.org/10.52961/01.WUNX8714>
 - 12. Kovacheva, K. (en prensa). Prevención de la psicopatología perinatal durante la gestación. NACIENDO, (1), 70-83. <https://doi.org/10.52961/01.KQIU5549>
 - 13. López, M. (en prensa). Clínica puerperal: blues del parto, depresión post-parto y psicosis puerperal. Definición, sintomatología, factores de riesgo y vivencia emocional. NACIENDO, (1), 48-55. <https://doi.org/10.52961/01.RIJY8404>
 - 14. Moral, J. (en prensa). De las Frühe Hilfen a las unidades madre-bebé. El modelo alemán para el apoyo durante los primeros años de vida. NACIENDO, (1), 194-199. <https://doi.org/10.52961/01.MYGX3373>
 - 15. Palau, P. (en prensa). Las unidades madre-bebé / padres-bebé en europa y las redes psiperinatales. NACIENDO, (1), 178-193. <https://doi.org/10.52961/01.JIDG5896>
 - 16. Palau, P. (en prensa). Las necesarias alianzas para cuidar la psiperinatalidad. NACIENDO, (1), 1-11. <https://doi.org/10.52961/01.ISBG8896>
 - 17. Palau, P. (en prensa). Alianzas por la salud mental perinatal. NACIENDO, (1), 12-19. <https://doi.org/10.52961/01.IPWM2315>
 - 18. Pedreira, J. L. (en prensa). Estamos... ¡naciendo! NACIENDO, (1), V. <https://doi.org/10.52961/01.ZQQH8130>
 - 19. Pedreira, J. L. (en prensa). Neurobiofisiología del vínculo y proceso mental en el recién nacido. NACIENDO, (1), 28-39. <https://doi.org/10.52961/01.XSFS3036>
 - 20. Sanz, M. J. y Casado, D. (en prensa). Medios normativos concernientes a la salud mental perinatal. NACIENDO, (1), 102-111. <https://doi.org/10.52961/01.HLGX7424>