

## GUIA PARA CUIDAR LA SALUD MENTAL PERINATAL DE LAS MADRES GESTANTES, DE SUS BEBÉS, HASTA AL MENOS LOS 2 PRIMEROS AÑOS, DE LOS PADRES Y DE LOS FUNCIONARIOS/AS QUE LOS CUIDAN EN UN ENTORNO PENITENCIARIO<sup>1</sup>.

### PROPUESTA EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL PERINATAL ORGANIZADO POR ASMI WAIMH-ESPAÑA<sup>2</sup> PARA CUIDAR LAS MADRES, LOS BEBÉS Y LOS/AS FUNCIONARIOS/AS DE LA RESIDENCIA DE MADRES IRENE VILLA DEL CENTRO PENITENCIARIO DE FONCALENT.

El periodo preconcepcional constituye un importante punto de atención en las estrategias de salud pública y se recomienda una consulta a todas las parejas en edad de procrear, para prevenir riesgos médicos y psicosociales y cuidar de la salud mental perinatal pre y postnatal.

Dicha entrevistase informa sobre la alimentación equilibrada, incluyendo la suplementación de folato y yodo y se incide en los riesgos de los tóxicos: alcohol, drogas, tabaco, disruptores endocrinos y ofrece información relacionada con los proyectos de parentalidad.

Cuando existen situaciones particulares de enfermedades, diversidad funcional, adicciones o vulnerabilidad psico-social, la atención especializada es necesaria, con la imprescindible coordinación de los especialistas sociosanitarios.

### ATENCIÓN Y CUIDADO DE LA GESTACIÓN

La preparación al parto y a la parentalidad a los futuros padres, debe promoverse por los diferentes profesionales sanitarios formados en salud mental perinatal que actúan en torno al embarazo, e Implicar en todo momento al padre con el fin de favorecer el mejor el ajuste posible de la pareja al proyecto parental.

---

<sup>1</sup> Elaborada a petición de D. Leovigildo Gómez Navalón, coordinador de la Residencia de Madres Irene Villa del Centro Penitenciario de Fontcalent (Alicante).

<sup>2</sup> ASMI WAIMH-España (<http://asmi.es/>), Declarada de Utilidad Pública, es la filial Española de la Asociación Mundial para la salud mental infantil (<https://waimh.org/>) e institución fundadora de la Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia “Conecta Perinatal” (<https://conectaperinatal.com/>).

La Cartilla del Embarazo es un documento para la mujer embarazada y la información resulta fundamental en el momento del parto. En ella se recogen los datos más significativos de las distintas fases del embarazo y del desarrollo fetal. Las visitas de seguimiento permiten conocer el estado de salud de la madre y del bebé, así como descartar posibles problemas de salud. Se recomienda que la pareja acompañe a la madre a las visitas a la matrona y al obstetra.

El seguimiento consta de 10 visitas durante la gestación y el puerperio: se recomienda la visita preconcepcional, y se sigue en el 1er trimestre con una charla de la matrona, controles de analítica, detección de cromosomopatías y se recomienda talleres en grupo de padres. Durante el 2º trimestre y el 3º se sigue con las visitas clínicas de control con analítica y ecografías y se comienza la educación maternal y de la pareja.

La madre expresa por escrito su Plan de Parto, con la ayuda de la información de la matrona. Durante el puerperio siguen controles por la matrona para vigilar la evolución de la madre y el bebé y se ofrecen los talleres postparto, de lactancia y de crianza para madres, bebés y padres.

El seguimiento de la mujer gestante es realizado por la matrona desde el principio de la gestación mediante entrevistas, exploración, control sanitario de analítica y ecografías, y la posible derivación al hospital /especialista de referencia, ante patología de la madre, sospecha de anomalías congénitas, complicaciones en el embarazo, parto prematuro, alteración o riesgo de alteración del estado emocional materno y paterno, etc. Los riesgos médicos, sociales y psíquicos están íntimamente ligados son interdependientes, influyendo unos sobre los otros durante la gestación.

Durante este seguimiento, y desde el segundo mes de gestación, se recomienda emplear el tiempo y el espacio necesarios para escuchar a los padres, permitiéndoles expresar sus emociones, sentimientos e inquietudes y utilizar los métodos sencillos de despistaje de la depresión y ansiedad en la gestante y en el padre/pareja, y hacerse cargo de la atención y/o derivación al especialista en salud mental perinatal de la manera más rápida posible. Para llevar a cabo esta labor de prevención y detección de la psicopatología perinatal, la matrona ha recibido formación específica en salud mental perinatal.

Las depresiones perinatales (prenatal y postnatal) en madres y padres están infradiagnosticadas e inadecuadamente tratadas con repercusión negativa en quien la padece, en su bebé y en toda la familia. La tasa de depresión postparto en el mundo varía entre el 10 y el 15%, con un pico de frecuencia entre los 2 a 4 meses y otro a los 6

meses (O'Brien y col., 2017)<sup>3</sup>. Este hecho constituye un reto mayor de salud pública y la principal complicación del embarazo, con consecuencias que pueden ser graves para la madre, el padre, el niño y la familia. El 10% de los padres padecen depresión postparto. Existe poca divulgación y muy poca atención sobre el sufrimiento perinatal del padre que influye negativamente además de en él, en la madre, el bebé y la familia.

La mujer gestante es más vulnerable al estrés y el puerperio es un período con especial incidencia en la aparición de patología psíquica.

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 psico-sociales 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 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 y de su pareja 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

---

<sup>3</sup> Citado en: Conecta Perinatal. (En prensa). Mejorar el Cuidado de la Salud Mental Perinatal. Fundamentos, Propuestas y Peticiones. *NACIENDO*, (2). <https://doi.org/10.52961/02.TRZX3056>

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 materno filial durante el embarazo y puerperio sin descuidar la salud mental perinatal del padre, también expuesto a padecer alteraciones emocionales y psíquicas propias del periodo perinatal.

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. Es fundamental la formación adecuada de los profesionales sanitarios y sociales en salud mental perinatal.

Es necesario informar a los padres sobre los diferentes medios de acompañamiento en el desarrollo de su parentalidad, siendo ellos los actores de su proyecto de nacimiento, reforzando la confianza en sí mismos y en el conocido sistema de cuidados.

## **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.

Es necesaria una formación en salud mental perinatal de los especialistas en ginecología y obstetricia, que debe incluir también, necesariamente, a las matronas y a las

enfermeras que asisten a las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, así como a los pediatras que atienden al niño.

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, sin olvidar el cuidado del padre/pareja. Resultan muy importantes las experiencias relacionadas con la calidad del trato recibido por parte del personal médico responsable de su atención, puesto que pueden afectar seriamente su salud emocional y la de su bebé.

### **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. A pesar de que el 10% de los padres padecen depresión postparto, existe poca divulgación 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.

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.

### **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, psicológicos, 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.

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.

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.

## LA LACTANCIA

La lactancia 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.

La lactancia precisa hoy una protección y promoción política integral de los poderes públicos, gobiernos y administradores 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. 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 incluso 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.

Hay que escuchar el discurso de las madres que no amamantan o dejan de amamantar. Para ellas es importante encontrar apoyo en su decisión de dejar la lactancia. Es esencial 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.

### **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. 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.

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.

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.

Debe resaltarse la importancia de atender y cuidar psicológicamente a los profesionales de la UCIN.

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.

## **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 formación 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 de la salud mental perinatal 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.

## **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 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.

Siendo unos conceptos que emergieron de la observación clínica, se han encontrado sustratos neuropsicológicos que avalan, con su ciencia 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.

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, 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 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 socio-sanitaria 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**

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 traumática tanto para los padres como para el bebé o el niño 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 niños 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.

## **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.

Como sucede en otros lugares, aunque la edad resulta variable según el país, en España la ley<sup>4</sup> permite que los hijos y las hijas de hasta 3 años puedan convivir con su madre mientras esta cumple condena en un centro penitenciario, en lo que se conoce como Unidades o Residencias de Madres, que pueden ser también Unidades Dependientes exteriores para internas en tercer grado.

En el marco de la asistencia a los niños/as, 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.

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 más 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 integrales, como el que desarrolla ASMI WAIMH España en la Residencia de Madres del Centro Penitenciario de Fontcalent, 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. Además de sensibilizar/formar, sostener y cuidar a los/as funcionarios/as que cuidan de las madres y de los bebés.

Resulta necesario llevar a cabo programas integrales como éste 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

---

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

residencias de madres y en tercer lugar con la investigación, elaboración y difusión del conocimiento que se desprenda de esta colaboración<sup>5</sup>.

Es conveniente favorecer la relación y el compromiso del padre con el bebé en todos los casos que sea posible, estimulando sus sensibilidades y competencias paternas y cuidando sus posibles vulnerabilidades para potenciar los efectos positivos que se generan sobre el desarrollo del niño y de sí mismo al vivirse implicado en la crianza y el cuidado de su bebé. Los efectos positivos de esta implicación paterna alcanzan a la madre en el desarrollo de su función y favorecen la experiencia de apego de pareja, cuando esta se encuentra constituida.

### 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 dispone de una familia de acogida<sup>6,7</sup>.

### PROPUESTA FORMATIVA PARA LAS MATRONAS Y LAS REDES PSIPERINATALES EN EL ÁREA SOCIOSANITARIA DE LA RESIDENCIA DE MADRES IRENE VILLA DE FONCALENT

La evidencia científica generada por los desarrollos socio-sanitarios 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.

---

<sup>5</sup> Ver el programa integral que lleva a cabo ASMI WAIMH-España en la Residencia de Madres " Irene Villa" del centro penitenciario de Fontcalent (Alicante).

<sup>6</sup>Fundación Padre Garralda. (s.f.). Niños que viven en prisión. <https://www.horizontesabiertos.org/index.php/nuestros-proyectos/ninos-que-vi-ven-en-prision/>.

<sup>7</sup> 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.

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”.

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.

Proponemos la formación reglada de las matronas y otros profesionales sociosanitarios, así como de los/as funcionarios/as, que cuidan de las madres, padres y de sus hijos/as en las Unidades o Residencias de Madres, como es el caso de la Residencia Irene Villa.

Esta formación incluye el entrenamiento en las entrevistas prenatales para la escucha a cada madre y familia en sus sentimientos y necesidades y la detección precoz de la depresión perinatal y de otras formas de sufrimiento emocional, así como la supervisión por nuestros profesionales formadores.

De ello se deriva la posibilidad de ayudar, de manera especializada, a las madres, padres y familias que lo precisen, con el establecimiento de redes interdisciplinares psiperinatales de proximidad, formadas en salud mental perinatal, organizadas y coordinadas entre sí, preparadas para intervenir.

## **RECURSOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PERINATAL**

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.

Existe evidencia sobre 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.

La formación y capacitación permanente de los equipos de salud es necesaria para alcanzar los puntos anteriores.

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.

ASMI WAIMH-España, 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.

Para poder actuar en la mejora de la salud mental perinatal es necesaria la 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 de 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.

Considerar también los modelos de coordinación dentro de las redes de apoyo territoriales. Estos modelos de coordinación también influyen en los resultados de la articulación de todas las áreas intervinientes. Un modelo donde todos tienen participación y reciben algún beneficio por la participación, es un modelo adecuado para permanecer establecido y alcance las metas propuestas.

## LOS PADRES

En las Residencia de Madres de un centro penitenciario no están presentes de forma

habitual los padres de los niños ingresados con sus madres. Somos conscientes de la importancia de cuidar del padre para que, en la medida de las posibilidades, este pueda desarrollar su función paterna.

Valorando cada caso particular, pueden darse diferentes situaciones que pueden ir desde una posibilidad real y saludable de participación en la crianza de su hijo, mediante visitas, salidas, etc. y, si existe una buena relación parental, de sostén a la madre; hasta una ausencia o vulnerabilidad paterna que no permita una relación más estrecha con su hijo.

Teniendo en cuenta el bien superior del menor, los equipos de las Unidades o Residencias de Madres deben de tener en cuenta la participación de los padres de los niños ingresados con sus madres. Valorando en cada caso la situación personal y disponibilidad del padre, se debe de favorecer su relación tanto con la madre, si esta lo desea, como con su hijo/a, atendiendo al beneficio que pueda derivarse de ello para el menor y para el padre.

Diferentes estudios muestran que las madres y los padres desarrollan funciones diferenciadas y complementarias. Las madres son percibidas, más frecuentemente, aportando el consuelo y seguridad al bebé, mientras que los padres son percibidos como figuras que estimulan la apertura y exploración del mundo exterior. En cualquier caso, el cuidado de la representación de la figura paterna por parte de las personas y profesionales que cuidan del bebé es importante para el niño/a y para el propio padre.

El tiempo que el padre pase con su bebé refuerza la relación padre-hijo y posibilita el desarrollo de la sensibilidad emocional de éste con su hijo, además de su implicación en la educación y las actividades del niño. En caso de darse una buena relación de pareja, es indiscutible el valor que representa la función del padre favoreciendo una coparentalidad que beneficia a todos.

En estos casos son necesarios los apoyos sociosanitarios exteriores al centro para facilitar que los padres y la familia extensa pueda participar y favorecer una buena crianza del niño.

Así mismo, conviene destacar la importante función de apoyo a la crianza que pueda desarrollarse de manera solidaria entre las madres de una misma unidad o residencia, reproduciendo, en el mismo centro, la función de acompañamiento y sostén que la familia puede aportar a las madres y padres en situación de crianza fuera de un centro penitenciario. Se trata de una dinámica solidaria que requiere ser cuidada y guiada por los funcionarios y especialistas.

Esta guía, elaborada por la Dra. Mercedes Benac y el Dr. Pascual Palau el 14-12-22, está basada en el DOCUMENTO DE LA ALIANZA HISPANOHABLANTE POR LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA: “CONECTA PERINATAL”: MEJORAR EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL PERINATAL. FUNDAMENTOS, PROPUESTAS Y PETICIONES”: Conecta Perinatal. (En prensa). Mejorar el Cuidado de la Salud Mental Perinatal. Fundamentos, Propuestas y Peticiones. *NACIENDO*, (2). <https://doi.org/10.52961/02.TRZX3056>