

CAPÍTULO VII. PUERPERIO MATERNO Y ETAPA NEONATAL

7.1 Exposición de hechos: psicobiología postnatal y la unidad funcional de la díada madre-bebé

Todo el camino recorrido por las mujeres a lo largo de cada proceso reproductivo llevado a término (la concepción y posibles dificultades entorno a la misma, el embarazo a lo largo de sus tres trimestres, el parto y las experiencias asociadas al mismo), y que se ha detallado a lo largo de este trabajo, ha llegado, por fin, a un punto que, en cierto modo, es un fin, pero es también el principio: un bebé nacido en brazos de su madre. Desde la perspectiva del derecho, el Código Civil español, tras una modificación de su artículo 30, realizada en el año 2011, para eliminar la supervivencia de 24 horas que se exigía previamente, reconoce que *"la personalidad se adquiere desde el momento del nacimiento con vida, una vez producido el entero desprendimiento del seno materno"*⁶⁷⁰. No hay ya, jurídicamente, una única persona (una mujer embarazada), sino dos: una mujer y un bebé.

Sin embargo, el funcionamiento psicobiológico de esta mujer y este bebé, en condiciones de salud, se realiza en consonancia, en una estrecha relación de madre e hijo o hija, a pesar de que cada uno de ellos atravesará en las primeras semanas una serie de cambios y transformaciones propias (el puerperio en la madre, la adaptación a la vida extrauterina en el bebé) que asocian una alta exigencia adaptativa y unos elevados niveles de intensidad emocional. El psiquiatra infantil Daniel Stern señala que con el nacimiento de un bebé se produce también el nacimiento de su madre, puesto que la maternidad implica cambios relevantes conductuales e identitarios en la psique de la mujer⁶⁷¹. Y existe un tercer elemento que también ha nacido en ese parto, una unidad funcional, con características y necesidades propias, que no ha sido suficientemente reconocido desde la perspectiva de la salud, pese a la evidencia científica que lo avala: hablamos de la díada madre-bebé.

En condiciones favorables de salud, no es posible entender los cambios biológicos y conductuales que se producen en la madre puerpera si no es en la relación con el bebé, ni el desarrollo del recién nacido si no es en el contacto con su madre. Esta unión biológica, por medio de mecanismos tales como

⁶⁷⁰ Código Civil, modificación de su artículo 30, realizada en el año 2011

⁶⁷¹ STERN, D., *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. Nueva York: Basic Books; 1995.

la lactancia, que sintoniza la oferta de la madre con la demanda del bebé, entrañan también una íntima unión psicológica, puesto que, en su absoluta dependencia, el bebé no tiene conciencia de sí mismo, y es la madre quien, en cierto modo, pone la mente a los dos⁶⁷². De este modo, desde la perspectiva de la psicología infantil, el bebé en sus etapas iniciales no existe como un ente individual, puesto que se desarrolla en la relación con su madre, que es quien procura por su supervivencia. La madre y el bebé mantienen una regulación bidireccional, en una homeostasis propia de un sistema diádico que no puede ser estudiado, entendido ni atendido, desde el mero análisis de sus partes individualizadas⁶⁷³.

Por ello, la enfermedad o el malestar de una parte de la díada (la madre o el bebé) va a suponer la enfermedad o el malestar de la otra parte, y las intervenciones que se realicen sobre uno de los miembros repercutirá de forma ineludible en el otro, siendo imprescindible una visión de unidad funcional para poder dar una respuesta adecuada a los problemas de salud que puedan plantearse en la madre o en el bebé⁶⁷⁴. Del mismo modo, la separación, el conflicto o la ruptura de la díada pueden comportar importantes problemas de salud, interfiriendo en el desarrollo saludable de la infancia⁶⁷⁵. Así, la adopción de medidas públicas, políticas sociales o prácticas sanitarias, atendiendo únicamente a una parte de la unidad (la madre o el bebé) serán siempre insuficientes para garantizar el apoyo y la cobertura de las necesidades de la díada madre-bebé.

Desde la perspectiva obstétrico-ginecológica, clásicamente se ha considerado que el puerperio, o recuperación del organismo femenino tras el parto, dura unas 6 semanas (en torno a 40 días, la denominada “cuarentena”), distinguiendo tres etapas durante el mismo: el puerperio inmediato (las primeras 24 horas), el puerperio precoz (desde el segundo hasta el décimo día, aproximadamente), y el puerperio alejado o tardío (a partir de los diez días postparto)⁶⁷⁶. Sin embargo, desde el punto de vista psicológico, se considera que los intensos cambios psíquicos y sociales que experimenta la madre pueden prolongarse varios meses, e incluso un año, tras el momento de parto.

⁶⁷² GILLERAULT, G., *Dolto/Winnicott: el bebé en el psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós; 2009.

⁶⁷³ REYNA, BA., PICKLER, RH., “Mother-infant synchrony”, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2009, vol. 38, n° 4, pp. 470-7.

⁶⁷⁴ ERICKSON, ME., “Factors that influence the mother-infant dyad relationships and infant well-being”, *Issues in Mental Health Nursing*, 1996, vol. 17, n° 3, pp. 185-200.

⁶⁷⁵ NAEEM, N., ZANCA, RM., WEINSTEIN, S., URQUIETA, A., SOSA, A., YU, B., SULLIVAN, RM., “The Neurobiology of Infant Attachment-Trauma and Disruption of Parent-Infant Interactions”, *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 2022, n° 16, 882464.

⁶⁷⁶ BEZARES, B., SANZ, O., JIMÉNEZ, I., “Patología puerperal”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2009, vol.1, n° 32, pp. 169-175.

De este modo, la perspectiva de salud integradora tiende a considerar que la etapa puerperal tiene una duración aproximada de un año⁶⁷⁷. Desde el punto de vista pediátrico, se limita el periodo neonatal a los primeros 28 días de vida del recién nacido⁶⁷⁸. Sin embargo, la fusión psíquica entre la madre y el bebé se mantiene durante varios meses, y no es hasta los 8 ó 9 meses de vida extrauterina, con el desarrollo de una discreta autonomía motora infantil (sedestación autónoma y gateo), cuando empieza a acontecer una incipiente separación entre las mentes de la madre y el bebé. Esta separación infantil relativa al desarrollo motor coincide con la aparición, en el plano psicológico, de la angustia del extrañío, la aparición de las primeras palabras y el despliegue de las conductas de apego propiamente dichas⁶⁷⁹.

Para simplificar, en este Capítulo se abordarán las características de la díada madre-bebé durante los primeros seis meses de vida (etapa de fusión madre-bebé y, según las recomendaciones de la OMS, de lactancia materna exclusiva), dejando el estudio de las conductas de apego y las recomendaciones de crianza infantil para el siguiente Capítulo, dedicado a la primera infancia (hasta los 3 años de edad).

En el presente Capítulo, se expondrán los mecanismos neurobiológicos que subyacen al establecimiento de la díada madre-bebé; las principales dificultades en materia de salud mental que ambas partes, madre y bebé, pueden sufrir en este periodo, y sus repercusiones en la díada; así como la protección a esta etapa y las lagunas existentes en la misma.

7.1.1 Vínculo madre-bebé

Se ha mencionado ya de manera reiterada a lo largo de este trabajo la influencia decisiva que tiene la relación del infante con su principal figura de cuidados para el desarrollo. Sin embargo, la mera maternidad biológica (es decir, la procreación de un hijo) no garantiza que la mujer presente una respuesta maternal hacia su bebé. Para que una mujer despliegue las conductas de cuidado necesarias para que su bebé sobreviva y se desarrolle de manera adecuada en los niveles físico, emocional y social, es necesario que se establezca una

⁶⁷⁷ UNICEF, *Qué es el puerperio y las etapas del posparto*. Disponible en: <https://www.unicef.org/> (Consultado el 14 de septiembre de 2023).

⁶⁷⁸ OMS y UNICEF, *Todos los Recién Nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible: Resumen de orientación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. Disponible en: https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Every_Newborn_Action_Plan-EXECUTIVE_SUMMARY-SPANISH_updated_July2014.pdf. (Consultado el 4 de abril de 2023).

⁶⁷⁹ SALAZAR-COLLADO, T., "El desarrollo del niño en el primer año de vida", *Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona"*, 2010, vol. 50, pp. 65-70.

vinculación afectiva entre la madre y su recién nacido⁶⁸⁰. Según la teoría del apego, el vínculo es el lazo afectivo primario y privilegiado que se establece en la interacción entre la madre y su recién nacido para garantizar la supervivencia y el desarrollo de las crías en el orden mamífero; fundamentalmente, en aquellas especies que gozan de una larga infancia⁶⁸¹. Se trata de una estrategia evolutiva que fomenta la proximidad física de la madre y de su cría para maximizar las oportunidades de supervivencia de la segunda.

La vinculación afectiva se inicia en la etapa prenatal, durante el embarazo, o incluso, antes del mismo, como ya se ha visto en los Capítulos previos, influenciada por múltiples factores (la biografía materna y sus propias historias de cuidado, el deseo preconcepcional de la mujer, su situación socioeconómica, su estado afectivo durante la gestación, la aparición de las representaciones mentales sobre el bebé a lo largo del embarazo, la preparación psicológica de la mujer a recibirlo, las experiencias vividas durante el parto...). Pero es en el periodo del postparto –en el encuentro extrauterino de la madre y el bebé–, cuando el vínculo entre ambos adquiere todo su sentido y significado. Los estudios de Broad *et al.* describieron que, debido a la indefensión y la vulnerabilidad del recién nacido, el vínculo madre-bebé constituye una interacción social imprescindible para garantizar su supervivencia; y que, en esta relación, la respuesta maternal se ve biológicamente facilitada por diversos mecanismos hormonales, de recompensa cerebral y reconocimiento sensorial⁶⁸². En estas primeras etapas vitales, tal y como recoge el neonatólogo y neurocientífico Niels Bergman, la madre es el ecosistema del bebé, y el cuerpo materno, “el hábitat natural de sus recién nacidos”⁶⁸³.

El vínculo madre-bebé es la relación singular que se establece entre ambos y que se caracteriza por ser recíproca, favorable y significativa para los dos⁶⁸⁴. Esta reciprocidad predispone a un mayor bienestar, tanto del bebé como de la madre, en la interacción conjunta, y a un aumento del estrés físico y de problemas emocionales en la madre y del desarrollo en el bebé ante la separación física de la diada, o la disfunción de la misma.

⁶⁸⁰ DAGLAR, G., NUR, N., “Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period”, *Psychiatry Danubina*, 2018, vol. 30, nº 4, pp. 433-440.

⁶⁸¹ BOWLBY, J., *El apego*. Volumen 1 de la trilogía. El apego y la pérdida; Barcelona, España: Editorial Paidós; 2009.

⁶⁸² BROAD, KD., CURLEY, JP., KEVERNE, EB., “Mother-infant bonding and the evolution of mammalian social relationship”, *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 2006, vol. 361, nº 1476, pp. 2199-2214.

⁶⁸³ BLÁZQUEZ GARCÍA, MJ., *La Ecología al comienzo de nuestra vida*. Zaragoza: Ed. Tierra Ediciones; 2010.

⁶⁸⁴ SPINNER, M., “Maternal-infant bonding”, *Canadian Family Physician*, 1978, nº 24, pp. 1151-1153.

En el plano neurobiológico, se ha observado un correlato entre algunos de los procesos que promueven la unión de la díada y su reciprocidad, y la liberación de la hormona oxitocina. Ya se mencionó el papel clave que juega la oxitocina en el proceso de parto, donde es liberada durante la estimulación del cérvix del útero. Su relevante influencia en el establecimiento del vínculo madre-bebé persiste tras el parto, siendo liberada de forma en pulsos con la estimulación del pezón durante la lactancia materna; pero, también, ante señales del bebé, como son la intimidad táctil con el mismo (en el contacto piel con piel), y el olor del bebé⁶⁸⁵.

La oxitocina activa el sistema nervioso parasimpático, disminuyendo la sintomatología ansiosa y la reactividad al estrés, de modo que favorece la adaptación al entorno (o alostasis) y promueve una recuperación rápida ante eventos estresantes (resiliencia)⁶⁸⁶. Así, la lactancia materna se asocia con unos mayores niveles de oxitocina en la madre, mientras que el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido promueve una mayor liberación de oxitocina en ambos⁶⁸⁷. La oxitocina es una hormona fundamental en el inicio de los cuidados al recién nacido, y activa cambios en la expresión genética que se manifiestan en el cerebro de la madre (por ejemplo, modificando el número de algunos receptores moleculares a nivel cerebral), regulando algunas conductas maternas⁶⁸⁸. La detección de niveles elevados de oxitocina en sangre materna se ha asociado no sólo con efectos calmantes en las madres (menos síntomas ansiosos y depresivos, y mayor bienestar), sino, también con una mayor sensibilidad materna frente a las necesidades de su bebé⁶⁸⁹. Por ejemplo, en modelos realizados con ratones, se ha demostrado que la oxitocina genera cambios neurológicos en las madres que predisponen a las conductas

⁶⁸⁵ UVNAS-MOBERG, K., "Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions", *Psychoneuroendocrinology*, 1998, vol. 23, nº 8, pp. 819-835.

⁶⁸⁶ TAKAYANAGI, Y., ONAKA, T., "Roles of Oxytocin in Stress Responses, Allostasis and Resilience", *International Journal of Molecular Sciences*, 2021, vol. 23, nº 1, p. 150.

⁶⁸⁷ UVNÄS-MOBERG, K., JOHANSSON, B., LUPOLI, B., SVENNERSTEN-SJAUNJA, K., "Oxytocin facilitates behavioural, metabolic and physiological adaptations during lactation", *Applied Animal Behaviour Science*, 2001, vol. 72, nº 3, pp. 225-234.

⁶⁸⁸ CAUGHEY, SD., KLAMPFL, SM., BISHOP, VR., PFOERTSCH, J., NEUMANN, ID., BOSCH, O.J., et al., "Changes in the intensity of maternal aggression and central oxytocin and vasopressin V1a receptors across the peripartum period in the rat", *Journal of Neuroendocrinology*, 2011, vol. 23, nº 11, pp. 1113-1124.

⁶⁸⁹ JONAS, W., NISSEN, E., RANSJÖ-ARVIDSON, AB., MATHIESEN, AS., UVNÄS-MOBERG, K., "Influence of oxytocin or epidural analgesia on personality profile in breastfeeding women: a comparative study", *Archives of Women's Mental Health*, 2008, vol. 11, pp. 335-345; NISSEN, E., GUSTAVSSON, P., WIDSTRÖM, A., UVNÄS-MOBERG, K., "Oxytocin, prolactin, milk production and their relation with personality traits in women after vaginal delivery and Sectio Caesarea", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1998, vol. 19, pp. 49-58; UVNÄS-MOBERG, K., WIDSTRÖM, A., NISSEN, E., BJÖRVELL, H., "Personality traits in women 4 days postpartum and their correlation with plasma levels of oxytocin and prolactin", *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1990, vol. 11, pp. 261- 273.

de cuidado, facilitando la plasticidad neuronal de la corteza cerebral auditiva, que se ha asociado con una mayor sensibilidad a las llamadas de sus crías⁶⁹⁰.

Sin embargo, es importante tener presente que las conductas maternas favorables al recién nacido no están garantizadas por los procesos fisiológicos, requiriéndose para las mismas de conductas y respuestas afectivas que no se encuentran determinadas por un patrón instintivo, ni por la influencia única de una hormona como es la oxitocina. Un ejemplo de la importancia de no limitar el efecto de las conductas prosociales a un solo agente son los estudios realizados sobre los topillos de las praderas ("*microtus ochrogaster*"), tradicionalmente empleados para estudios sobre conductas prosociales y familiares. Durante años, se había considerado de importancia capital el papel de la oxitocina en las conductas prosociales de estos animales, debido a la existencia de estudios que demostraban que, al administrarles un bloqueador de receptores de oxitocina, los topillos modifican su conducta, debilitando sus vínculos afectivos y suprimiendo su característica monogamia. Sin embargo, un trabajo reciente, realizado a partir de la modificación genética de estos topillos, con una mutación de los receptores de oxitocina que les impide responder a la misma, y que auguraba consecuencias devastadoras en los individuos modificados desde su nacimiento, demostró que, en contra de lo esperado, estos individuos modificados genéticamente seguían formando parejas monógamas y cuidando de sus crías, con la única diferencia respecto a los no modificados de presentar una menor secreción de leche. Las conclusiones del equipo son que, al presentar impedidos desde el nacimiento los efectos de la oxitocina, estos individuos han desarrollado circuitos alternativos para poder establecer lazos afectivos, activando mecanismos paralelos (aún desconocidos) que compensan la pérdida del receptor. Así, en animales adultos, la pérdida repentina de receptores debida a un bloqueo farmacológico afecta gravemente a su conducta, por no poder activar rutas o mecanismos alternativos, a diferencia de los individuos modificados genéticamente desde su nacimiento, que sí los activan, por no haber dispuesto nunca del mecanismo de la oxitocina⁶⁹¹. Esto permite atisbar la complejidad de los fenómenos implicados en la vinculación afectiva.

⁶⁹⁰ MARLIN, BJ., MITRE, M., D'AMOUR, JA., CHAO, MV., FROEMKE, RC., "Oxytocin enables maternal behaviour by balancing cortical inhibition", *Nature*, 2015, vol. 520, n° 7548, pp. 499-504; FUENTES, I., MORISHITA, Y., GONZALEZ-SALINAS, S., CHAMPAGNE, FA., UCHIDA, S., SHUMYATSKY, GP., "Experience-Regulated Neuronal Signaling in Maternal Behavior", *Frontiers in Molecular Neuroscience*, 2022, vol. 15, p. 844295.

⁶⁹¹ BERENDZEN, KM., SHARMA, R., MANDUJANO, MA., WEI, Y., ROGERS, FD., SIMMONS, TC., SEELKE, A. M. H., BOND, JM., LARIOS, R., GOODWIN, NL., SHERMAN, M., PARTHASARTHY, S., ESPINEDA, I., KNOEDLER, JR., BEERY, A., BALES, KL., SHAH, NM., MANOLI, DS., "Oxytocin receptor is not required for social attachment in prairie voles", *Neuron*, 2022, vol. 111, no 16, pp. 787-796.

En el establecimiento del vínculo se producen numerosas y continuas interacciones entre la madre y su bebé, de una forma dinámica, recíproca e interdependiente. Dichas interacciones tienen lugar en contextos y ambientes concretos que influyen en las mismas; y, para que tengan lugar, lógicamente resulta necesaria la presencia de la madre, no sólo en un plano físico, sino también con disponibilidad emocional. También es de importancia capital la capacidad de la madre para sintonizar con el bebé y para responder de una manera consistente a sus continuas demandas y necesidades. La evidencia científica ha encontrado una asociación significativa entre la salud mental materna con la calidad de la interacción temprana entre madre y bebé, el bienestar del bebé y el desarrollo psicosocial, con consecuencias relevantes a largo plazo⁶⁹². Tanto la literatura psicoanalítica y la teoría del apego en sus formulaciones iniciales, como numerosos estudios científicos de investigación sobre las relaciones precoces que se han desarrollado en las últimas seis décadas, han tenido como objeto de estudio las interferencias en el vínculo materno-infantil en los primeros años de vida y sus consecuencias negativas. Las conclusiones han sido que las disrupciones en el vínculo madre-bebé generan psicopatología; en algunos casos, de intensa gravedad⁶⁹³. Los resultados de los últimos sesenta años de investigación en apego y vinculación precoz demuestran con evidencia de grado fuerte que la disfunción del vínculo madre-bebé (a menudo relacionada con problemas en la salud mental materna, pero no debido únicamente a éstos), impacta negativamente en el desarrollo del infante, además de socavar la salud mental de las mujeres que son madres⁶⁹⁴.

De nuevo, para la comprensión de las necesidades del bebé y de las madres en el postparto, así como para entender los problemas de salud física y psicológica que se producen en esta etapa, se hace imprescindible entender a la madre y al bebé como una unidad funcional, una díada indisoluble, en la que el sufrimiento o daño de uno repercute de forma ineludible en el otro, estableciéndose dinámicas circulares de disincronía y amplificación del daño. Analizaremos, por tanto, las problemáticas de la madre y del bebé de una forma ficticiamente separada, puesto que ambas son caras de una misma moneda, y podemos tener la certeza de que, frente a una madre que sufre, o que presenta necesidades no satisfechas, hay también un bebé que sufre o que no está viendo satisfechas sus propias necesidades, y viceversa.

⁶⁹² BROCKINGTON, I., "Postpartum psychiatric disorders", *The Lancet*, 2004, vol. 363, n° 9405, pp. 303-310; PARFITT, Y., AYERS, S., "Postnatal mental health and parenting: the importance of parental anger", *Infant Mental Health Journal*, 2012, vol. 33, n° 4, pp. 400-410.

⁶⁹³ RECK, C., HERPERTZ, SC., "Parental Bonding and Dyadic Interaction: Source of Mental Health and Risk of Psychopathology", *Psychopathology*, 2016, vol.49, n° 4, pp. 199-200.

⁶⁹⁴ KIDD, KN., PRASAD, D., CUNNINGHAM, JEA., DE AZEVEDO CARDOSO, T., FREY, BN., "The relationship between parental bonding and mood, anxiety and related disorders in adulthood: A systematic review and meta-analysis", *Journal of Affective Disorders*, 2022, n° 307, pp. 221-236.

7.1.2 La sincronía de la díada madre-bebé: los problemas en la díada

La sincronía madre-bebé se refiere a las conductas de respuesta que presenta la madre hacia las necesidades que detecta e interpreta en el bebé. La teoría del apego es, en realidad, una teoría de la regulación emocional. Las emociones son una expresión de la capacidad de la regulación de los organismos complejos, y en el apego, se produce una regulación diádica de las emociones a un nivel intuitivo, no consciente. Según la teoría del apego, la madre o figura de cuidado segura es capaz de regular de manera continua los niveles cambiantes de activación de su bebé, sus estados emocionales⁶⁹⁵.

Esta regulación se realiza por medio de una respuesta sensible que ofrecen los cuidadores al notar las señales de sus bebés, interpretándolas adecuadamente y respondiendo a ellas de manera contingente e inmediata. Esta respuesta sensible actuaría como organizador psíquico del bebé, siendo similar a la respuesta empática, pero incluyendo, además de sentir como el otro, una reacción como sujeto diferenciado al otro⁶⁹⁶.

Cuando los cuidadores no son capaces de leer los estados mentales del bebé o fracasan en sus intentos de apoyarlo, no se produce una respuesta sensible. Sin embargo, cuando los cuidadores cuentan con la sensibilidad necesaria para interpretar adecuadamente las señales del hijo, y son capaces de responder conductualmente de manera apropiada y rápida, se establece una interacción armónica donde las competencias sensoriales e interactivas del hijo y las competencias maternas se acoplan en sintonía, generando la regulación diádica.

Las interacciones sintónicas mantenidas en el tiempo tienen una alta probabilidad de generar un apego seguro, mientras que cuando las señales del bebé no se perciben o interpretan adecuadamente, o no hay respuesta a sus necesidades, se establece una interacción disarmónica, pudiéndose producir, en la repetición mantenida de estas interacciones, un trastorno vincular⁶⁹⁷. Esta situación puede ocurrir, por ejemplo, en madres con depresión en el periodo perinatal, duelos no resueltos, pérdidas neonatales, anomalías fetales, conflictos de pareja, escasa red social, o cuando son víctimas de violencia intrafamiliar, entre otras circunstancias⁶⁹⁸. La historia de depresión materna

⁶⁹⁵ LECANNELIER, F., *Apego e Intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago de Chile: Editorial LOM; 2006, p. 27-42.

⁶⁹⁶ BEEBE, B., STEELE, M., "How does microanalysis of mother-infant communication inform maternal sensitivity and infant attachment?", *Attachment & Human Development*, 2013, vol. 15, n° 5-6, pp. 583-602.

⁶⁹⁷ BARUDY, J., MARQUEBREUCQ, A., *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Ed. Gedisa; España, 2010, pp. 87-199.

⁶⁹⁸ VÁZQUEZ, M., LARTIGUE, T., CORTÉS, J., "Organización conductual de neonatos hijos de madres con un trastorno del estado de ánimo", *Salud Mental*, 2005, n° 28, pp. 11-19.

y la adversidad en la infancia de las madres también se han asociado con una menor sensibilidad materna, lo que, a su vez, se asocia con aparición de psicopatología en la infancia⁶⁹⁹.

Las investigaciones centradas en la neurobiología del postparto han encontrado una asociación entre la presencia de mayores niveles de oxitocina en sangre materna y una mejor sensibilidad maternal, asociándose la coexistencia de ambas con experiencias vinculares tempranas madre-bebé más positivas⁷⁰⁰.

Así, es posible entender el efecto baraja de naipes que las perturbaciones en los procesos de parto e instauración de la lactancia materna, vistos en el Capítulo anterior, pueden ejercer en el proceso de vinculación postnatal. Los partos intervenidos, la separación madre-bebé y la no instauración de lactancia materna se asocian a menores niveles de oxitocina en sangre materna, lo cual, unido a las experiencias negativas que en ocasiones acompañan a estas situaciones (y que pueden dar origen a psicopatología ansiosa, depresiva o postraumática), se asocia a su vez a una menor sensibilidad de la madre hacia su bebé, que dificultará la vinculación afectiva de la diáda.

7.1.3 La madre en la relación diádica

El mantenimiento de la sintonía madre-bebé únicamente es posible si la madre está presente y disponible física y emocionalmente. Si bien la regulación de la diáda es bidireccional, es evidente que una gran parte del peso recae en la madre, pues es ella la persona adulta en la relación que, en principio, cuenta con las habilidades necesarias para identificar el origen de las alteraciones en la homeostasis y dar respuestas que permitan regresar al estado basal. El repertorio de habilidades maternas requeridas en la relación con el bebé es mucho más complejo de lo que podría suponerse en apariencia, constituyendo ciclos continuados en los cuales la madre identifica una señal que emite el bebé (por ejemplo, un llanto), elabora una hipótesis sobre los motivos de la misma (por ejemplo, que el bebé tiene hambre), y ofrece una respuesta (por ejemplo, dar el pecho), todo ello de una forma contingente (respuestas

⁶⁹⁹ BÖDEKER, K., FUCHS, A., FÜHRER, D., KLUCZNIOK, D., DITTRICH, K., REICHL, C. RECK, C., KAESSE, M., HINDI ATTAR, C., MÖHLER, E., NEUKEL, C., BIERBAUM, AL., ZIETLOW, AL., JAITE, C., LEHMKUHL, U., WINTER, SM. HERPERTZ, S., BRUNNER, R., BERMPHOHL, F., RESCH, F., “Impact of Maternal Early Life Maltreatment and Maternal History of Depression on Child Psychopathology: Mediating Role of Maternal Sensitivity?”, *Child Psychiatry & Human Development*, 2019, vol. 50, n° 2, pp. 278-290.

⁷⁰⁰ KOHLHOFF, J., KARLOV, L., DADDS, M., BARNETT, B., SILOVE, D., EAPEN, V., “The contributions of maternal oxytocin and maternal sensitivity to infant attachment security”, *Attachment & Human Development*, 2022, vol. 24, n°4, pp. 525-540.

inmediatas, no demoradas temporalmente), constante (la madre debe de responder a las señales que el bebé está emitiendo continuamente), consistente (esto es, la madre debe ofrecerle al bebé respuestas similares ante situaciones similares), y cálida (con una intimidad afectuosa).

A la vista de la dificultad de la tarea, que no da tregua, puesto que los bebés los recién nacidos y de corta edad son incapaces de regularse por sí mismos, y están continuamente emitiendo señales que necesitan ser atendidas, es fácil entender la gran cantidad de fallos que pueden producirse en el ciclo de la sincronía⁷⁰¹. La identificación de las señales se ve muy limitada en situaciones de malestar afectivo materno, como es la depresión postparto: las mujeres que la padecen, inmersas en su propio sufrimiento, pueden tener una menor capacidad de atención y fallar en la detección de las necesidades de sus hijos. La atribución al origen de la señal puede variar mucho en función del estado afectivo materno: en situación de ansiedad materna, es frecuente que se hagan atribuciones catastrofistas; por ejemplo, identificando un llanto como una señal de una enfermedad grave en el bebé, en lugar de como una señal de hambre. La angustia materna y el estilo de apego de la propia madre también dificultarán la calidad de la respuesta (por ejemplo, algunas madres deciden no responder al llanto de sus bebés refiriendo que éstos “*tienen que aprender a no llorar*”; otras responden en función de su propio estado de ánimo, ora cálidas y empáticas, ora enfadadas o angustiadas).

Por tanto, la disponibilidad afectiva, que se relaciona directamente con el estado mental de la madre y su propia capacidad de autorregulación emocional, va a influir en gran medida en la sincronía que la madre pueda establecer con su bebé⁷⁰². Pero, desde luego, no se puede obviar la disponibilidad física.

Resulta evidente que la madre que no tiene presencia física no va a poder ejecutar este ciclo de identificación, atribución y respuesta a las necesidades del bebé. Las repercusiones en el desarrollo infantil de esta ausencia de respuesta, con calidez afectiva asociada, se conocen desde hace décadas, teniendo su máximo exponente en los estudios de bebés privados de figura materna e institucionalizados en orfanatos, los cuales, incluso recibiendo cuidados físicos apropiados, fallecían o presentaban graves problemas de desarrollo físico y mental⁷⁰³. En la madre, la separación física del bebé también

⁷⁰¹ AUGUSTINE, ME., LEERKES, EM., “Associations between maternal physiology and maternal sensitivity vary depending on infant distress and emotion context”, *Journal of Family Psychology*, 2019, vol. 33, nº 4, pp. 412-421.

⁷⁰² LEERKES, EM., SU, J., CALKINS, SD., SUPPLE, AJ., O'BRIEN, M., “Pathways by which mothers' physiological arousal and regulation while caregiving predict sensitivity to infant distress”, *Journal of Family Psychology*, 2016, vol. 30, nº 7, pp. 769-779.

⁷⁰³ VAN DER HORST, FC., VAN DER VEER, R., “Loneliness in infancy: Harry Harlow, John Bowlby and issues of separation”, *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 2008, vol. 42, nº 4, pp. 325-335.

tiene importantes consecuencias, asociándose a un deterioro de su salud mental y a una mayor frecuencia de psicopatología⁷⁰⁴.

Estas consecuencias se describen sobre todo en las separaciones drásticas y prolongadas entre la madre y el bebé, pero parece que, en las etapas tempranas, separaciones aparentemente breves y menores también repercuten en la calidad de la sincronía de la díada, e incluso en su capacidad de homeostasis. Algunos estudios demuestran una asociación entre la separación madre-bebé que se produce en la primera semana de vida (con una duración media de 3,3 días), y una menor duración de la lactancia materna⁷⁰⁵.

Ante esta realidad, cabe cuestionar una separación madre-bebé altamente naturalizada en nuestro entorno, como es la temprana incorporación laboral de la madre. Dicha incorporación es a menudo obligada, debido a la escasa duración de los permisos de maternidad (reconocidos en nuestro país de 16 semanas, el equivalente a tres meses y medio de vida)⁷⁰⁶, y se produce en un periodo en el cual el bebé todavía debe lactar a demanda, según las recomendaciones para la lactancia materna de la OMS.

Esta separación física a menudo conlleva a adoptar otras prácticas que inciden en la separación neurobiológica de la díada, como son la finalización de la lactancia materna y la separación nocturna del bebé (sacarlo de la habitación parental), a fin de facilitar la salida de la madre de la intensidad y dependencia de la relación diádica. Estas decisiones guardan una estrecha relación con las exigencias de la actividad laboral, puesto que una madre que ofrece lactancia a demanda no puede estar un gran número de horas sin extraerse leche; ni, en muchas ocasiones, mantener un sueño nocturno suficiente para garantizar un rendimiento cognitivo ágil para el desempeño de muchas tareas laborales.

Para la madre, la separación neurobiológica también tiene implicaciones en su salud, puesto que supone la disminución de la liberación de oxitocina en las interacciones con su bebé, perdiendo su efecto calmante frente al malestar afectivo, así como su efecto facilitador de la sensibilidad materna.

⁷⁰⁴ BERGMAN, NJ., LUDWIG, RJ., WESTRUP, B., WELCH, MG., “Nurturescience versus neuroscience: A case for rethinking perinatal mother-infant behaviors and relationship”, *Birth Defects Research*, 2019, vol. 111, nº 15, pp. 1110-1127.

⁷⁰⁵ ELANDER, G., LINDBERG, T., “Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding”, *Acta Paediatrica Scandinavica*, 1984, vol. 73, nº 2, pp. 237-240.

⁷⁰⁶ El actual ministro de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, Pablo Bustinduy, se ha comprometido a aprobar la ley de Familias en 2024, incluyendo medidas como la ampliación de los permisos por maternidad y paternidad de 16 a 20 semanas y el permiso parental de 8 semanas para el cuidado de hijos durante los primeros 8 años. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20231220/gobierno-promete-ley-familias-ampliar-permisosretribucion/2468647.shtml#:~:text=El%20ministro%20de,cumpla%20ocho%C2%A0a%C3%B1os>. (Consultado el 26 de diciembre de 2023).

7.1.4 Trastorno mental materno en el postparto

El periodo puerperal es un momento de especial vulnerabilidad biológica y psicosocial para la aparición de psicopatología en la mujer, pudiendo producirse recaídas de trastornos previos o la emergencia de otros nuevos. A los profundos cambios fisiológicos y hormonales que atraviesan las madres, se suma que muchos de los principales determinantes sociales de salud (pobreza, exclusión social, desigualdad de género, salud laboral) inciden de forma especialmente significativa sobre las mujeres en la etapa postnatal, pudiendo contribuir al socavamiento de su salud mental.

Además del sufrimiento que acarrearán a las mujeres que los padecen, subsidiario por sí mismo de recibir una atención sanitaria especializada adecuada (evidentemente, las madres también tienen derecho a la atención de su salud mental), no se puede obviar, desde la perspectiva diádica, las repercusiones que los problemas mentales maternos tienen en el desarrollo infantil⁷⁰⁷. Un estudio prospectivo realizado sobre una muestra de 168 mujeres con ansiedad o depresión en la etapa perinatal, con seguimiento hasta los 18 meses postparto, constató que la disminución de los síntomas en las madres correlacionó con una mejor calidad del apego (un apego de mayor seguridad) en sus hijas e hijos. De manera recurrente, se observa que la intervención sobre una de las partes de la diada impacta en la otra⁷⁰⁸.

Dentro de los problemas de salud mental específicos de la etapa puerperal, por su incidencia y/o su gravedad, destacan los siguientes: los trastornos depresivos puerperales, las psicosis puerperales, los trastornos de ansiedad perinatales, el trastorno por estrés postraumático y la esfera de los trastornos obsesivo-compulsivos.

En primer lugar, señalaremos los trastornos depresivos puerperales, que abarcan desde un estado de ánimo bajo, asociado a labilidad emocional, de corta duración y tradicionalmente considerado como normal, el denominado “*blues*” postparto (con una prevalencia estimada del 50%), hasta las depresiones mayores en la etapa postparto (conocida como depresión postparto, si empieza cuatro semanas después del parto, o depresión periparto, si se inició durante el embarazo o las primeras cuatro semanas postparto)⁷⁰⁹. Se calcula que la prevalencia de la depresión en el postparto oscila entre el 10 y el 20%, siendo mayor

⁷⁰⁷ PHUA, DY., KEE, MZL., MEANEY, MJ., “Positive Maternal Mental Health, Parenting, and Child Development”, *Biological Psychiatry*, 2020, vol. 87, nº 4, pp. 328-337.

⁷⁰⁸ O'MAHONY, A., STEPHENS, C., LIVINGSTON, V., DEMPSEY, E., BOYLAN, G., MURRAY, D., “Postnatal maternal mental health and postnatal attachment”, *Rural and Remote Health*, 2023, vol. 23, nº 1, p. 8126.

⁷⁰⁹ PAYNE, JL., MAGUIRE, J., “Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression”, *Frontiers in Neuroendocrinology*, 2019, vol. 52, pp. 165-180.

la incidencia en poblaciones socialmente desfavorecidas⁷¹⁰. Los estudios de incidencia y prevalencia en territorio español son escasos y metodológicamente limitados. Un estudio realizado en el año 2003 (hace más de 20 años) sobre una muestra de $n = 1.191$ mujeres, correspondiente a todas las madres que, durante el período de un año, fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínic de Barcelona en su visita de control del puerperio (6 semanas posparto), concluyó que la prevalencia de depresión fue del 10,15%, con una prevalencia de depresión mayor del 3,6%, y de depresión menor del 6,5%⁷¹¹. Como limitación al estudio, cabe argumentar, además de su reducido ámbito geográfico, que un síntoma frecuente de depresión posparto es, precisamente, no acudir a las revisiones de salud correspondientes, por lo que las mujeres que no acudieron a dicha visita, previsiblemente, pudieron estar sufriendo síntomas depresivos, sin que ello quedara constatado en los resultados.

Los trastornos de la esfera depresiva en esta etapa tienen un importante potencial para repercutir negativamente en el desarrollo infantil⁷¹².

En segundo lugar, cabe destacar las psicosis agudas puerperales, que son cuadros con una prevalencia estimada baja (entre el 0,1 y el 0,2%) pero de enorme gravedad, que pueden comprometer la vida de la madre y/o del bebé, y que requieren ingreso hospitalario⁷¹³.

En tercer lugar, se recogen los trastornos de ansiedad postnatales, con una prevalencia estimada del 20%, que presentan una elevada comorbilidad con los trastornos depresivos, y si bien su identificación suele realizarse en la etapa puerperal, habitualmente las mujeres ya presentaban síntomas de ansiedad desde el embarazo⁷¹⁴.

También son relevantes los trastornos por estrés postraumático (TEPT) secundarios a la experiencia de parto. Se considera que en torno al 4% de las mujeres

⁷¹⁰ SHOREY, S., CHEE, CYL., NG, ED., CHAN, YH., TAM, WWS., CHOUNG, YS., “Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis”, *Journal of Psychiatric Research*, 2018, vol. 104, pp. 235–248.

⁷¹¹ ASCASO TERRÉN, C., GARCIA ESTEVE, L., NAVARRO, P., AGUADO, J., OJUEL, J., TARRAGONA, MJ., “Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo”, *Medicina Clínica*, 2003, vol. 120, nº 9, pp. 326-329.

⁷¹² BRUMMELTE, S., GALEA, LA., “Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care”, *Hormones and Behavior*, 2016, vol. 77, pp. 153-66.

⁷¹³ FRIEDMAN, SH., REED, E., ROSS, NE., “Postpartum Psychosis”, *Current Psychiatry Reports*, 2023, vol. 25, nº 2, pp. 65-72.

⁷¹⁴ NAKIĆ RADOŠ, S., TADINAC, M., HERMAN, R., “Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression”, *Acta Clinica Croatica*, 2018, vol. 57, nº 1, pp. 39-51.

que han parido presenta un cuadro clínico completo de TEPT en relación a una experiencia traumática en el parto⁷¹⁵, cuyos síntomas (que incluyen un estado afectivo bajo o desafectivizado, re-experimentaciones traumáticas, hiperreactividad y dificultades para la regulación emocional) se asocian con dificultades en la vinculación afectiva con los bebés y un mayor índice de problemas en el desarrollo infantil⁷¹⁶. Existe una evidencia creciente sobre la asociación que existe entre recibir un trato inadecuado durante el parto y el desarrollo de síntomas depresivos en el postparto⁷¹⁷.

Y, finalmente, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) presenta una prevalencia estimada en el postparto de en torno al 0,6% y que a menudo se asocia con estados depresivos y puede debutar de inicio o suponer una recurrencia⁷¹⁸. A menudo es difícil de identificar en las mujeres que han sido madres, quienes no comparten sus obsesiones o sus pensamientos intrusivos que las atormentan por temor a ser juzgadas. En su presentación postparto, es frecuente que el TOC presente miedos excesivos respecto a la salud del niño, que pueden acompañarse comprobaciones frecuentes (por ejemplo, comprobar si respira). Algunas madres también refieren presentar fobias de impulsión o pensamientos de contenido agresivo hacia el bebé, que generan gran discomfort en la madre, e incluso, vivencias de culpa (debido a pensamientos intrusivos de golpear al niño, ahogarlo en la bañera, dejarlo caer desde el cambiador...) ⁷¹⁹.

Por su elevada prevalencia y las importantes repercusiones potenciales en la vinculación madre-bebé, nos detendremos brevemente en los estados depresivos postparto. Desgraciadamente, y pese a la alta frecuencia de estados depresivos en las mujeres que han sido madres, éstos siguen estando infra-diagnosticados e infra-tratados⁷²⁰.

⁷¹⁵ COOK, N., AYERS, S., HORSCH, A., “Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review”, *Journal of Affective Disorders*, 2018, nº 225, pp. 18-31.

⁷¹⁶ VAN SIELEGHEM, S., DANCKAERTS, M., RIEKEN, R., OKKERSE, JME., DE JONGE, E., BRAMER, WM., LAMBREGTSE-VAN DEN BERG, MP., “Childbirth related PTSD and its association with infant outcome: A systematic review”, *Early Human Development*, 2022, nº 174, p. 105667.

⁷¹⁷ GUURE, C., AVIISAH, PA., ADU-BONSAFFOH, K., MEHRTASH, H., ADEROBA, AK., IRINYENIKAN, TA., BALDE, MD., ADEYANJU, O., MAUNG, TM., TUNÇALP, Ö., MAYA. E., “Mistreatment of women during childbirth and postpartum depression: secondary analysis of WHO community survey across four countries”, *BMJ Global Health*, 2023, vol. 8, nº 8, e011705.

⁷¹⁸ SHARMA, V., SOMMERDYK, C., “Obsessive-compulsive disorder in the postpartum period: diagnosis, differential diagnosis and management”, *Women's Health*, 2015, vol.11, nº 4, pp. 543-552.

⁷¹⁹ ZAMBALDI, CF., CANTILINO, A., MONTENEGRO, AC., PAES, JA., DE ALBUQUERQUE, TL., SOUGEY, EB., “Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics”, *Comprehensive Psychiatry*, 2009, vol. 50, nº 6, pp. 503-509.

⁷²⁰ DAGHER, RK., BRUCKHEIM, HE., COLPE, LJ., EDWARDS, E., WHITE, DB., “Perinatal Depression: Challenges and Opportunities”, *Journal of Women's Health*, 2021, vol. 30, nº 2, pp. 154-159.

Es posible que esta baja atención a la depresión maternal se vea influida por factores de muy diverso origen. Por un lado, las mujeres que han sido madres pueden ocultar estas experiencias por temor al juicio social; por otro, el seguimiento sanitario del postparto se limita, en general, a revisar la evolución del bebé y la recuperación física materna, sin explorar la salud mental de la madre. Así, no será posible garantizar una atención integral a la salud materna sin una coordinación estrecha entre los servicios de obstetricia, los servicios de pediatría y los servicios de salud mental⁷²¹.

Desde un punto de vista teórico, se suelen distinguir los estados afectivos bajos que acontecen durante el postparto (el "*blues*" postparto, también denominado "*blues*" maternal), de los episodios depresivos que tienen lugar en esta etapa, clásicamente denominados como depresión postparto.

El "*blues*" maternal es un estado de especial sensibilidad emocional, con tristeza, irritabilidad y tendencia al llanto, así como fatiga e insomnio, que queda autolimitado a las dos primeras semanas postparto⁷²². Es altamente frecuente en las mujeres púerperas, cuya incidencia se estima en un 35%, pudiendo llegar a sobrepasar la prevalencia el 76%, según los contextos analizados⁷²³.

A pesar de su frecuente remisión espontánea, el "*blues*" maternal está considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de problemas afectivos mayores durante la etapa postparto, como la depresión, e, incluso, las psicosis puerperales⁷²⁴. Sin embargo, a menudo el entorno de estas mujeres reacciona banalizando la situación y normalizando el malestar maternal. La identificación certera y precoz de los estados de "*blues*" maternal es un paso necesario para poder intervenir de manera adecuada sobre estas mujeres y sus bebés, proveyéndoles de soporte afectivo y apoyo social, promoviendo su bienestar y previniendo la evolución hacia cuadros afectivos más graves.

Respecto a la presencia de episodios depresivos en la etapa puerperal, estos han sido catalogados durante largo tiempo bajo la nomenclatura de depresión

⁷²¹ ŠEBELA, A., HANKA, J., MOHR, P., "Etiology, risk factors, and methods of postpartum depression prevention", *Journal archive Czech Gynaecology*, 2018, vol. 83, nº 6, pp. 468-473.

⁷²² TOSTO, V., CECCOBELLI, M., LUCARINI, E., TORTORELLA, A., GERLI, S., PARAZZINI, F., FAVILLI, A., "Maternity Blues: A Narrative Review", *Journal of Personalized Medicine*, 2023, vol. 13, nº 1, p. 154.

⁷²³ REZAIIE-KEIKHAIE, K., ARBABSHASTAN, ME., RAFIEMANESH, H., AMIRSHAHI, M., OSTADKELAYEH, SM., ARBABISARJOU, A., "Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period", *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2020, nº 49, pp. 127-136.

⁷²⁴ MALISZEWSKA, K., ŚWIĄTKOWSKA-FREUND, M., BIDZAN, M., PREIS, K., "Relationship, Social Support, and Personality as Psychosocial Determinants of the Risk for Postpartum Blues", *Ginekologia Polska*, 2016, vol. 87, pp. 442-447.

postparto. No obstante, investigaciones más recientes apuntan a que, con elevada frecuencia, las mujeres que experimentan un episodio depresivo en el postparto ya habían padecido síntomas depresivos durante el embarazo, y ambas situaciones responden a factores de riesgo comunes (eventos vitales estresantes, historia previa de trauma o abuso, embarazos no deseados o no planificados, dificultades relacionales, precariedad socioeconómica...), motivo por el cual actualmente se prefiere el empleo del término de depresión periparto⁷²⁵.

Ya se ha repetido el importante problema de salud pública que supone la depresión periparto, o postparto, tanto por su elevada incidencia como por las negativas repercusiones que tiene en el vínculo madre-bebé y en el desarrollo infantil, si bien las revisiones al respecto señalan la gran cantidad de factores confusores (adversidad social, estilos de parentalidad, existencia de otras figuras de apego...) que dificultan la valoración del grado de asociación⁷²⁶.

El suicidio en la etapa postparto también merece una consideración aparte. Tradicionalmente, en el ámbito de la salud mental se ha considerado que el embarazo y la tenencia de hijos actuarían como factores de protección frente al suicidio. No obstante, y a falta de investigaciones en profundidad respecto al suicidio en el postparto, diversos estudios han comenzado a desmentir dicha premisa.

Un informe realizado en Irlanda y Reino Unido, publicado en 2022, que investigaba la mortalidad materna en este país en el periodo de 2018 a 2020, señala que el fallecimiento por suicidio fue una de las principales causas de mortalidad materna directa⁷²⁷. A este respecto, el estudio incide en las repercusiones negativas que la pandemia de COVID-19 tuvo en las mujeres que fueron madres durante dicho periodo, y señala que, en el año 2020, el suicidio consumado en mujeres durante las seis semanas postparto fue tres veces superior al registrado en el periodo comprendido entre 2017 y 2019 en Irlanda y Reino Unido, suponiendo una tasa de fallecimientos de 1.5 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos.

⁷²⁵ Artículo citado previamente, DAGHER, RK., BRUCKHEIM, HE., COLPE, LJ., EDWARDS, E., WHITE, DB., “Perinatal Depression: Challenges and Opportunities”, *Journal of Women's Health*, 2021, vol. 30, nº 2, pp. 154-159.

⁷²⁶ AOYAGI, SS., TSUCHIYA, KJ., “Does maternal postpartum depression affect children's developmental outcomes?”, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*., 2019, vol. 45, nº 9, pp. 1809-1820.

⁷²⁷ KNIGHT, M., BUNCH, K., PATEL, R., SHAKESPEARE, J., KOTNIS, R., KENYON, S., KURINCZUK, JJ., *Saving Lives, Improving Mothers' Care Core Report - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2018-20*. Oxford, National Perinatal Epidemiology Unit, Universidad de Oxford, 2022.

Del mismo modo, los trágicos infanticidios a manos de sus madres han tendido a leerse desde la perspectiva moral, bajo la lente de la “*mala madre*”, sin evaluar la presencia de graves perturbaciones mentales (tales como psicosis puerperales) que en numerosas ocasiones padecen las madres en el momento de acabar con la vida de sus bebés⁷²⁸.

7.1.5 El bebé en la relación diádica

La interacción del bebé con su madre fluctúa en un equilibrio que se mantiene más o menos estable, poniéndose en juego por ambas partes sistemas de conducta que se regulan recíprocamente. Ya se ha comentado el repertorio de conductas maternas que las madres ponen en marcha antes sus bebés; pero, del otro lado, los bebés también ofrecen un repertorio vincular, modulado en parte sus características temperamentales, que les permite establecer una cierta comunicación social ya desde el mismo momento del nacimiento. Así, podemos distinguir las conductas de contacto corporal, las conductas relacionadas con estímulos sociales y las señales de comunicación social⁷²⁹.

Respecto al contacto corporal, el bebé presenta una serie de reflejos primarios que lo invitan a la búsqueda del contacto maternal, y que son: el reflejo prensor, el de moro, el de búsqueda y el reflejo de succión⁷³⁰.

En cuanto a las conductas relacionadas con estímulos sociales, el recién nacido es especialmente sensible a la voz y al rostro humano. De hecho, hay estudios que sugieren que, desde la etapa intraútero, los fetos reconocen las voces de su padre y su madre, mostrando preferencia por la voz materna⁷³¹.

Por último, las señales de comunicación social fundamentales del bebé son, primeramente, el llanto y el gesto. Posteriormente, emerge también la risa. La madre, a su vez, emite señales en forma de besos, caricias y palabras suaves para responder o estimular estas señales del bebé⁷³².

⁷²⁸ SPINELLI, MG., “Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives”, *American Journal of Psychiatry*, 2004, vol. 161, nº 9, pp. 1548-1557.

⁷²⁹ BECERRIL RODRÍGUEZ, E., ÁLVAREZ TRIGUEROS, L., *La teoría del apego en las diferentes etapas de la vida. Los vínculos afectivos que establece el ser humano para la supervivencia*. Escuela Universitaria de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”, 2012.

⁷³⁰ WRAY, J., “Breastfeeding and primitive neonatal reflexes”, *The Practising Midwife*, 2008, vol. 11, nº 5, pp. 53-56.

⁷³¹ LEE, GY., KISILEVSKY, BS., “Fetuses respond to father’s voice but prefer mother’s voice after birth”, *Developmental Psychobiology*, 2014, vol. 56, nº 1, pp. 1-11.

⁷³² JHANG., Y. FRANKLIN, B., RAMSDELL-HUDOCK, HL., OLLER, DK., “Differing Roles of the Face and Voice in Early Human Communication: Roots of Language in Multimodal Expression”, *Frontiers in communication*, 2017, pp. 2-10.

Habitualmente, la unión entre la madre y su hijo es continua, pero el periodo inmediatamente postnatal es de especial importancia. La transición de la vida intrauterina a la extrauterina es un periodo que implica importantes cambios a muchos niveles: de la respiración, de la circulación sanguínea y de la alimentación. Las primeras horas de vida extrauterina son especialmente sensibles para el bebé, puesto que en ellas presenta una necesidad instintiva especialmente fuerte de protección y de nutrición. Los sistemas sensoriales del recién nacido están preparados para recibir nuevos estímulos, y el recién nacido no ha experimentado todavía un proceso de aprendizaje para poder filtrarlos y discriminarlos, por lo que los recibe tal cual son. El íntimo contacto corporal del bebé con su madre estimula sus sentidos, permitiéndole reconocer su olor e iniciar la lactancia de manera precoz y favoreciendo una experiencia singular de vinculación afectiva.

Cuando al recién nacido se le facilita el contacto íntimo piel con piel con su madre, atraviesa nueve fases de comportamiento, que son las siguientes: llanto, relajación, despertar, actividad, gateo, descanso, familiarización, succión del pecho y sueño. Estas conductas favorecen la regulación del bebé y estimulan la respuesta cuidadora de la madre⁷³³. La regulación del bebé por medio del contacto estrecho piel con piel se produce a muchos niveles, favoreciendo la termorregulación, la conservación de energía del bebé con mejor control glucémico, la estabilización del equilibrio ácido-base, el ajuste de la respiración y del llanto, además de propiciar las conductas de alimentación. La respuesta cuidadora de la madre también se despierta y se regula ante el contacto estrecho con su hijo, dirigiendo hacia él la atención y facilitando el inicio y mantenimiento de la lactancia, y la propiciación de cuidados. El contacto piel con piel madre-bebé precoz postparto tiene beneficios demostrados por los cuales se ha establecido como una estrategia de salud fundamental⁷³⁴.

Los ritmos biológicos de los bebés son propios y diferentes a los de los adultos. Un ejemplo especialmente representativo de esta diferencia son las necesidades de sueño. Los padres y las madres de los niños pequeños suelen preocuparse al encontrar que sus hijos no duermen como los adultos y que las necesidades de sus bebés a menudo interrumpen su propio sueño y descanso. Los patrones de sueño parentales se ven repercutidos por el desarrollo del ritmo circadiano de sus hijos. Especialmente en la etapa postparto, los bebés requieren alimentación nocturna, aunque los requerimientos en frecuencia y cantidad varían mucho en función de necesidades individuales. Se ha comprobado que el contacto íntimo con la madre y la exposición del bebé

⁷³³ ROSENBLATT, JS., "Psychobiology of maternal behavior: contribution to the clinical understanding of maternal behavior among humans", *Acta Paediatrica*, 1994, vol. 397, pp. 3-8.

⁷³⁴ MOORE, ER., ANDERSON, GC., BERGMAN, N., DOWSWELL, T., "Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, vol. 5, CD003519.

a los ciclos de luz/oscuridad pueden ayudar al desarrollo del ritmo circadiano de los bebés; no obstante, los ritmos en la primera infancia pueden adquirirse en un rango muy variable de la normalidad⁷³⁵.

El bebé no tiene un mero papel pasivo en la relación con su madre, sino que pone en juego muchas conductas para activar las conductas de vinculación con la madre como mirarla, tocarla, gemir, llorar, agitarse... Con todas ellas, los bebés se comunican y expresan sus necesidades. La primera forma de comunicación con la que cuentan los recién nacidos es el llanto, y por medio del mismo expresan la presencia de una necesidad que necesita ser atendida por el adulto. Las vocalizaciones de solicitud de cuidado son frecuentes en las crías de muchas especies, y constituyen un sistema de señales que se ha conservado a lo largo de la evolución de los mamíferos⁷³⁶. A través del llanto, los bebés humanos son capaces de elicitar la atención, la proximidad y las conductas de cuidado de sus adultos⁷³⁷. Dentro de la diada madre-bebé, el llanto infantil provoca reacciones en el estado emocional y físico de la madre, y suele causar una reacción inmediata en su conducta. El llanto del bebé se asocia a cambios neurohormonales maternos, provocando la liberación de oxitocina y noradrenalina (que favorecen la proximidad y la alerta), a la vez que suprime la secreción de opioides internos, asociados con el placer⁷³⁸. Las conductas maternas que se ponen en juego ante el llanto de los bebés son en gran medida transculturales, e incluyen coger a los niños en brazos y hablarles. Un estudio realizado sobre madres pertenecientes a distintas culturas confirma esta respuesta maternal de cuidado frente al llanto de coger en brazos y hablarles, y describe otras tres conductas también presentes, pero con menor frecuencia: acariciarlos, hacerles monerías y alimentarlos. Para la investigación, se reclutó a 684 madres de tres países americanos (EE. UU., Argentina y Brasil), tres europeos (Bélgica, Italia y Francia), dos africanos (Kenia y Camerún) y tres asiáticos (Israel, Corea del Sur y Japón). Todas eran primerizas y sus bebés rondaban los cinco meses y medio. Se

⁷³⁵ MCGUIRE, E., “Maternal and infant sleep postpartum”, *Breastfeed Review*, 2013, vol. 21, nº 2, pp. 38-41.

⁷³⁶ LINGLE, S., WYMAN, MT. KOTRBA, R., TEICHROEB, LJ., ROMANOW, CA., “What makes a cry a cry? A review of infant distress vocalizations”, *Current Zoology*, 2012, nº 58, pp. 698-726; KIM, P, et al., “Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity”, *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2011, nº 52, pp. 907-915.

⁷³⁷ HUNZIKER, UA., BARR, RG., “Increased carrying reduces infant crying: A randomized controlled trial”, *Pediatrics*, 1986, nº 77, pp. 641-648.

⁷³⁸ RIEM, MME., et al., “Oxytocin modulates amygdala, insula, and inferior frontal gyrus responses to infant crying: A randomized controlled trial”, *Biological Psychiatry*, 2011, nº 70, pp. 291-297; MCNEILLY, AS., ROBINSON, IC., HOUSTON, MJ., HOWIE, PW., “Release of oxytocin and prolactin in response to suckling”, *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 1983, nº 286, pp. 257-259.

⁷³⁸ BORNSTEIN, MH., PUTNICK, DL., RIGO, P., ESPOSITO, G., SWAIN, JE., SUWALSKY, JTD., SU, X., DU, X., ZHANG, K., COTE, LR., DE PISAPIA, N., VENUTI, P., “Neurobiology of culturally common maternal responses to infant cry”, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2017, vol. 114, nº 45, pp. 9465-9473.

realizaron grabaciones de las interacciones madre-bebé en su entorno íntimo domiciliario, comprobando así la consistencia intercultural de las respuestas maternas al llanto⁷³⁹.

El estudio del llanto o vocalizaciones de solicitud de los bebés y de las crías de otras especies animales, y la respuesta de los cuidadores a sus crías, contribuye a entender los sistemas de comunicación a nivel evolutivo y permite investigar la etiología, desarrollar modelos de predicción y prevención de la negligencia emocional y el abuso infantil. Las reacciones de los cuidadores al llanto infantil no siempre son benevolentes; de hecho, el llanto de los bebés a veces puede ser un disparador de maltrato por parte del cuidador⁷⁴⁰.

Las respuestas de los cuidadores a las señales del bebé en las primeras etapas de su vida (cuando la señal fundamental es el llanto) van a jugar un papel importante en su organización psíquica, lo cual, a su vez, va a influir en el modo en que el niño emitirá en el futuro señales de expresión de necesidades.

La organización es el término utilizado para describir el establecimiento de un funcionamiento integrado entre la psicología del niño y sus sistemas conductuales. Cuando esos sistemas se encuentran bien integrados, los infantes son capaces de interactuar con el ambiente sin presentar disrupciones en su funcionamiento autónomo y motor. De este modo, no experimentará alteraciones en sus constantes vitales, su estado físico o sus funciones fisiológicas (como el sueño o la alimentación) que puedan comprometer su futuro crecimiento y desarrollo. Los bebés organizados serán capaces de emitir señales fácilmente interpretables por un entorno sensible, que podrá así entender las necesidades que están presentando en cada momento y atenderlas adecuadamente. Los niños que mantienen una organización psicológica y conductual pueden conservar energía para su crecimiento y, además, proveer a sus cuidadores de señales conductuales claras acerca de sus necesidades. De este modo, al emplear patrones conductuales estables y consistentes cuando interactúan con el entorno, facilitan el establecimiento del vínculo de los padres y las madres hacia ellos, favoreciendo el apego seguro, puesto que será más probable que sus cuidadores interpreten de forma adecuada las señales que emitan y respondan a ellas para atender a sus necesidades.

⁷³⁹ Artículo citado previamente, BORNSTEIN, MH., PUTNICK, DL., RIGO, P., ESPOSITO, G., SWAIN, JE., SUWALSKY, JTD., SU, X., DU, X., ZHANG, K., COTE, LR., DE PISAPIA, N., VENUTI, P., "Neurobiology of culturally common maternal responses to infant cry", *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2017, vol. 114, nº 45, pp. 9465-9473.

⁷⁴⁰ CARBAUGH, SF., "Understanding shaken baby syndrome", *Advances in Neonatal Care*, 2004, nº 4, pp. 105-117.

7.2 Lactancia materna

La lactancia materna es la alimentación del bebé por medio de la leche materna, sin adición de otros alimentos sólidos o líquidos, exceptuando vitaminas, minerales, medicamentos o soluciones de rehidratación oral.

Tal y como recogen la OMS y UNICEF en su *"Guía para la aplicación: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño"* (2018):

*"La lactancia materna es la norma biológica de alimentación de todos los mamíferos, incluidos los seres humanos. La lactancia materna es fundamental para alcanzar los objetivos mundiales establecidos en materia de nutrición, salud y supervivencia, crecimiento económico y sostenibilidad ambiental"*⁷⁴¹.

La recomendación internacional de la OMS y de otros organismos de salud es el mantenimiento de lactancia materna de forma exclusiva durante los 6 primeros meses de vida del bebé y de forma complementaria al menos hasta los 2 años. Sin embargo, las tasas reales de lactancia materna a lo largo del mundo están muy lejos de la recomendación de la OMS de que ésta sea la norma en la alimentación. En el año 2014, la OMS publicó un documento denominado *"Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna"*, en el que se recoge que, a nivel mundial, en el año 2011, sólo el 38% de los lactantes menores de 6 meses habían recibido lactancia materna exclusiva, estimando que, en ese mismo año 2011, la baja tasa de lactancia materna supuso unas 804.000 muertes infantiles que hubieran sido prevenibles⁷⁴². En dicho documento, la OMS establece una meta mundial de lactancia materna en los primeros 6 meses de vida del 50% para el año 2025.

Sin duda, en la última década se han producido grandes avances en las tasas mundiales de lactancia materna, puesto que, según las estimaciones publicadas por UNICEF en el año 2022, a nivel mundial, entre los años 2015 y 2021, el 48% de los lactantes menores de 6 meses fueron alimentados con leche materna de forma exclusiva⁷⁴³. No obstante, esta forma de alimentación infantil, considerada la nutrición óptima, todavía no es la mayoritaria.

⁷⁴¹ OMS y UNICEF, *Guía para la aplicación: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la Iniciativa "Hospital Amigo del Niño"*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.

⁷⁴² OMS, *Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7>. (Consultado el 10 de diciembre de 2023).

⁷⁴³ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Access the data: infant and young child feeding* (<http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-youngchild-feeding/>). (Consultado el 11 de febrero de 2023).

En su alocución de apertura en el congreso mundial sobre la aplicación del *"Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna"*, en junio de 2023, el Director General de la OMS se mostró optimista respecto a los avances mundiales conseguidos en lactancia materna gracias al mencionado código, señalando que:

"Las tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida se sitúan hoy en el nivel más alto desde que comenzamos a medirlas, en el decenio de 1980. En el último decenio, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva ha aumentado a nivel mundial en diez puntos porcentuales, hasta llegar al 48% en el caso de los niños menores de 6 meses. Este porcentaje está muy cerca de la meta del 50 % establecida por la Asamblea de la Salud para 2025, y es un aliciente para que aceleremos la adopción de medidas a fin de alcanzar la meta del 70 % para el año 2030⁷⁴⁴".

En España, hay todavía muchas limitaciones para conocer las tasas reales de lactancia materna, y los datos están desactualizados. En el año 2012, el porcentaje de lactancia materna exclusiva a los 6 meses, se situaba en torno al 28.5%, muy alejadas de las recomendaciones de la OMS y UNICEF⁷⁴⁵. Sin embargo, estas cifras corresponden a una década atrás, y los porcentajes, como ha sucedido a nivel mundial, probablemente hayan mejorado también en nuestro país en la última década.

La lactancia materna ha demostrado importantes efectos positivos en la salud mental y física tanto de la madre como del bebé, con una evidencia científica abrumadora que no deja de sumar datos positivos al respecto en multitud de estudios.

En el bebé, la lactancia materna se asocia con mayores tasas de supervivencia infantil y mejores indicadores de salud a lo largo de la vida. La OMS estima que, mediante una correcta alimentación por lactancia materna, cada año podría evitarse la muerte de más de 820.000 niños menores de 5 años en todo el mundo, asociándose la mitad de los episodios de diarrea y una tercera parte de las infecciones respiratorias a prácticas ineficaces de lactancia materna. La lactancia materna ha demostrado disminuir el riesgo de muerte súbita del lactante, siendo mayor el efecto de esta reducción en aquellos lactantes que

⁷⁴⁴ OMS, Alocución de apertura del Director General de la OMS en el Congreso Mundial sobre la Aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-global-congress-on-implementation-of-the-international-code-of-marketing-of-breast-milk-substitutes---20-june-2023>. (Consultado el 10 de diciembre de 2023).

⁷⁴⁵ Asociación Española de Pediatría, *Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países*. Comité de Lactancia Materna; 2016. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>. (Consultado el 3 de septiembre de 2023).

reciben lactancia materna exclusiva. Amamantar durante 6 meses o más ha demostrado una reducción del riesgo de leucemia infantil cercano al 20%, frente a aquellos infantes que no reciben lactancia materna o ésta es inferior a 6 meses. Además, la lactancia materna prolongada ha demostrado reducir el riesgo de sobrepeso y la obesidad infantil en un 13%, disminuyendo de forma secundaria las enfermedades no transmisibles asociadas al exceso de peso. Todos estos datos aparecen recogidos en un estudio de referencia publicado en la revista *The Lancet* en el año 2016, en el cual se basan las recomendaciones de la OMS recogidas en su "*Guía para la aplicación: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciática Hospital Amigo del Niño*"⁷⁴⁶. También hay evidencia de que la lactancia materna favorece el desarrollo cerebral, existiendo estudios que estiman que los niños amamantados obtienen 3,4 puntos más en el desarrollo cognitivo, de forma que, según las estimaciones reconocidas por la OMS, la lactancia materna universal supondría un ahorro de 302 mil millones de dólares americanos al año a través del aumento del cociente intelectual (CI) poblacional⁷⁴⁷.

Además, la lactancia materna se ha asociado a indicadores positivos en la relación madre-bebé y su vinculación afectiva; fundamentalmente, en la sensibilidad materna y en el apego seguro⁷⁴⁸. Las investigaciones más recientes apuntan a que la relación entre la lactancia materna y el establecimiento de un apego seguro es bidireccional⁷⁴⁹. No obstante, conviene señalar que la lactancia materna no es una vía exclusiva para la consecución de una vinculación afectiva madre-bebé saludable, ni garantiza por sí misma el establecimiento de un apego seguro, pudiendo todo ello establecerse, también, en situaciones de alimentación mediante lactancia artificial.

Conviene enfatizar que los efectos beneficiosos de la lactancia materna no se limitan al bebé, que es, habitualmente, la perspectiva que se adopta al abordar su estudio y promoción. En la madre, la lactancia es un factor de protección frente a la Diabetes Mellitus tipo 2 (en una reducción del riesgo estimada en 32%), frente al cáncer de ovario (con una reducción del riesgo del 37%) y,

⁷⁴⁶ VICTORA, CG., BAHL, R. BARROS, AJ., FRANÇA, GV., HORTON, S. KRASEVEC, J. et al., "Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect", *The Lancet*, 2016, vol. 387, nº 10017, pp. 475-90.

⁷⁴⁷ ROLLINS, NC., BHANDARI, N., HAJEBOHOY, N., HORTON, S., LUTTER, CK., MARTINES, JC., PIWOZ, EG., RICHTER, LM., VICTORA CG., The Lancet Breastfeeding Series Group, "Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?", *The Lancet*, 2016, vol. 387, pp. 491-504.

⁷⁴⁸ PEÑACOBIA, C., CATALA, P., "Associations Between Breastfeeding and Mother-Infant Relationships: A Systematic Review", *Breastfeeding Medicine*, 2019, vol. 14, nº 9, pp. 616-629.

⁷⁴⁹ LINDE, K., LEHNIG, F., NAGL, M., KERSTING, A., "The association between breastfeeding and attachment: A systematic review", *Midwifery*, 2020, nº 81, p.102592.

de especial relevancia, frente al cáncer de mama. El cáncer de mama tiene actualmente un cariz epidémico en salud, afectando a 1 de cada 8 mujeres. La lactancia materna disminuye el riesgo de cáncer de mama casi un 5% por cada 12 meses que una mujer amamante. La OMS estima que las mujeres que amamantan tienen un 26% menos de riesgo de tener cáncer de mama. Se considera que su incidencia podría reducirse en más de un 50% si se proporcionase más lactancia al pecho y por mayores periodos de tiempo⁷⁵⁰. Por tanto, la protección de la lactancia materna y su promoción de manera prolongada es una estrategia de salud que puede tener un enorme impacto beneficioso para un gran número de mujeres a lo largo de su vida.

A nivel de salud mental, también hay cada vez más evidencia de la asociación que existe entre la práctica de la lactancia materna y una menor presencia de síntomas de ansiedad y depresión en las madres⁷⁵¹.

Además, contrariamente a lo que podría plantearse, el mantenimiento de la lactancia materna se ha asociado a una menor ausencia laboral de las madres, puesto que se ha demostrado las madres que alimentan a sus hijos con fórmula faltan con mayor frecuencia a sus puestos de trabajo, debido a la mayor frecuencia y gravedad de las enfermedades que padecen sus hijos⁷⁵².

Con los datos expuestos, parece claro que, desde una perspectiva sanitaria, la protección y promoción de la lactancia materna supone una estrategia privilegiada en salud pública para mejorar la salud de las mujeres y sus hijos a nivel poblacional.

La lactancia materna es una parte esencial de dos derechos humanos fundamentales: el derecho a la alimentación y el derecho a la salud. Se trata de un derecho humano que, además, afecta a dos poblaciones de especial protección, como son las mujeres y los niños.

La lactancia materna aparece reconocida como un derecho humano en los dos acuerdos internacionales de mayor presencia en este trabajo: la Convención

⁷⁵⁰ MOLINA GARCÍA, L., HIDALGO RUIZ, M., MIRANDA MORENO, MD., “La lactancia materna como factor protector del cáncer de mama: una revisión bibliográfica”, *Revista Matronas*, 2017, vol. 1, nº 5. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/110/la-lactancia-materna-como-factor-protector-del-cancer-de-mama-una-revision-biblio>. (Consultado el 21 de diciembre de 2022).

⁷⁵¹ YUEN, M., HALL, OJ., MASTERS, GA., NEPHEW, BC., CARR, C., LEUNG, K., GRIFFEN, A., MCINTYRE, L., BYATT, N., MOORE SIMAS, TA., “The Effects of Breastfeeding on Maternal Mental Health: A Systematic Review”, *Journal of Women's Health*, 2022, vol. 31, nº 6, pp. 787-807.

⁷⁵² COHEN, R., MRTEK, MB., MRTEK, RG., “Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations”, *American Journal of Health Promotion*, 1995, vol. 10, nº 2, pp 148– 153.

de los derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

La Convención de los derechos del Niño, en su artículo 24, reconoce el derecho del niño a gozar del más alto estándar de salud. En el epígrafe 2 de dicho artículo se incluye la obligación de los Estados de garantizar las medidas para la provisión de los alimentos nutritivos (apartado c), y de asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, estén informados sobre los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, y sobre las ventajas de la lactancia materna.

Por su parte, la CEDAW incluye, en su artículo 12 apartado 2, que las mujeres deben gozar de los servicios apropiados y una nutrición adecuada durante lactancia.

A estos acuerdos internacionales se unen las recomendaciones de la OMS, la organización responsable de la función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. Esas recomendaciones, basadas en la mejor evidencia científica actualizada del momento, incluyen, como ya se ha mencionado, dar lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida del lactante, con preferencia de la lactancia a demanda (esto es, siguiendo las necesidades del lactante, sin unos horarios prefijados), y con alimentación complementaria al menos hasta los 2 años de vida. Estas recomendaciones, especialmente las relativas al periodo de exclusividad de lactancia materna, no podrán ser seguidas si no se da una proximidad madre-bebé.

La necesaria proximidad de la díada madre-bebé para el amamantamiento entra en conflicto en nuestro entorno con la incorporación temprana a un mercado laboral que, en la mayor parte de las ocasiones, excluye la presencia del bebé. La incorporación temprana de la madre al trabajo se ha asociado de forma consistente con un mayor abandono de la lactancia materna, teniendo la mayor duración de las prestaciones por maternidad un impacto directo en mejores tasas de lactancia materna⁷⁵³. Por lo tanto, cabe sugerir que una medida fundamental de protección a la lactancia materna es, precisamente, garantizar la posibilidad de proximidad madre-bebé, al menos, durante el periodo de la lactancia materna exclusiva (los 6 primeros meses de vida).

La decisión de amamantar, o no hacerlo, es una decisión exclusiva de cada mujer. Pero, asimismo, amamantar es, también, un derecho esencial de toda

⁷⁵³ NAVARRO-ROSENBLATT, D., GARMENDIA, ML., “Maternity Leave and Its Impact on Breastfeeding: A Review of the Literature”, *Breastfeeding Medicine*, 2018, vol. 13, nº 9, pp. 589-597.

mujer, necesario para satisfacer el derecho al más alto estándar de salud, tanto de las mujeres que son madres, como de sus infantes. Por ello, pese al carácter privado de la decisión de amamantar, los Estados Partes en estos Tratados internacionales están obligados a proteger, promover y apoyar a todas las mujeres en su derecho a dar lactancia materna a sus hijos. Los Estados que no respetan el derecho de las mujeres a amamantar estarían incumpliendo las obligaciones adquiridas por la Convención de los derechos del Niño y la CEDAW.

Por otro lado, uno de los principales factores que influyen en la decisión de amamantar es la educación sanitaria y la información que reciben las madres acerca de la lactancia materna durante el periodo prenatal⁷⁵⁴. El informe de 2022 elaborado por la OMS y UNICEF, denominado *"Cómo influye la comercialización de la leche de fórmula en nuestras decisiones sobre la alimentación infantil"*, estudia y evidencia cómo la industria de sucedáneos de leche materna, con sus prácticas de marketing, interviene en la manera en la que las familias deciden alimentar a sus bebés. Estas empresas de sucedáneos de leche emplean mecanismos como el patrocinio, los incentivos o la formación de los profesionales de la salud para establecer relaciones con ellos e influir en las recomendaciones que dan a los progenitores.

En España, existe protección a la lactancia materna derivada del marco de los derechos laborales de las mujeres. El permiso de lactancia se denomina, desde marzo del año 2019, *"permiso para cuidado del hijo lactante"*. En nuestro país, este permiso se regula por medio de tres normas principales: el Estatuto de los trabajadores (en su artículo 37, inciso 4, sobre supuestos de nacimiento, adopción, guarda con fines de adopción o acogimiento); el Real Decreto legislativo 8/2015 (por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, sobre acción protectora del sistema de seguridad social en caso de ejercicio corresponsable del cuidado del lactante, incluyendo la situación protegida y la prestación económica); y el Real Decreto-ley 6/2019, de medidas urgentes para garantizar la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.

En resumen, el contenido de protección recogido en estas normas se traduce en el derecho de ausencia del horario laboral de una hora que puede dividirse en dos fracciones o reducción de jornada en media hora, con una duración máxima de 9 meses, con mantenimiento de la retribución normal como tiempo de trabajo. Se recoge que la concreción del horario corresponde al trabajador, dentro de su jornada ordinaria, y exige un preaviso al empresario de 15 días

⁷⁵⁴ VALERO-CHILLERÓN, MJ., MENA-TUDELA, D., CERVERA-GASCH, Á., GONZÁLEZ-CHORDÁ, VM., SORIANO-VIDAL, FJ., QUESADA, JA., CASTRO-SÁNCHEZ, E., VILA-CANDEL, R., "Influence of Health Literacy on Maintenance of Exclusive Breastfeeding at 6 Months Postpartum: A Multicentre Study", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, vol. 19, nº 9, p.5411.

para la reincorporación a la jornada ordinaria. Además, existen algunos convenios colectivos que mejoran las condiciones de lo previamente expuesto, con cláusulas que pueden incluir la posibilidad de acumular en un mes de permiso retribuido el periodo de lactancia, la reducción de la jornada laboral en una hora al inicio o al final hasta los 10 o incluso los 12 meses de edad, o asociar unos menores umbrales mínimos de reducción de jornada.

Queda recogido que se trata de un derecho de disfrute indistinto por madre o padre, y que se trata de un derecho intransferible. Hasta el año 2023, este permiso sólo podía ser disfrutado por uno de los dos progenitores. Sin embargo, a partir de la aprobación de la nueva Ley de Familias⁷⁵⁵, ambos pueden hacerlo de forma simultánea.

A este respecto, sin negar la necesaria igualdad en materia de políticas y derechos, ni la importancia del fomento de la corresponsabilidad, cabe cuestionar, nuevamente, la adecuación de la articulación de este permiso a la efectiva protección de la lactancia materna como un derecho humano y a las recomendaciones internacionales en salud de promoción y protección de la lactancia materna. De entrada, se ha eliminado oficialmente la denominación "*permiso de lactancia*", sustituyéndola por "*permiso para cuidado del lactante*", cuando el cuidado del bebé y el amamantamiento, siendo los dos elementos importantes y valiosos que deben protegerse, no son equivalentes. Para poner en valor la lactancia materna, es necesario, en primer lugar, el reconocimiento del papel insustituible que ésta tiene. Además, se hace una inversión económica equivalente a la ofrecida a las madres, en principio destinada para la lactancia materna, a un segundo progenitor que no puede amamantar. Lógicamente, el apoyo que puede ofrecer el padre, o un segundo progenitor, a la madre y su bebé con una reducción de una hora en la jornada es siempre deseable, como lo es, también, que las madres que no amamantan a sus hijos puedan disfrutar de un permiso que supone una disminución (aunque discreta) de los tiempos de separación de su bebé. Pero el reconocimiento de la importancia y la necesidad de apoyar y proteger el cuidado al bebé no exime de proteger específicamente el derecho humano que es para las mujeres la lactancia materna, que aparece consagrado, como se ha mencionado ya reiteradamente, en una correcta interpretación de la

⁷⁵⁵ La Ley de Familias, también apodada Ley de la Familia, vio la luz a través del Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio de 2023, e introdujo una serie de medidas con el objetivo de facilitar la conciliación en España y fomentar la igualdad en el reparto de cargas relacionadas con la crianza y los cuidados familiares, introduciendo con rotundidad la dimensión de la corresponsabilidad. Todas las medidas laborales que recoge se encuentran en vigor desde el 30 de junio de 2023. Debe destacarse que en gran medida la aprobación de esta norma surge de necesidad de trasponer la Directiva UE 2019/1158, relativa a la conciliación de la vida familiar y la vida laboral de los progenitores y los cuidadores, cuya fecha límite de trasposición era el 1 de agosto de 2022. PÉREZ BERNÁRDEZ, C., QUESADA ALCALÁ, C., "La regulación de la conciliación de la vida privada/familiar y laboral en la Unión Europea", en *Conciliación hoy*, coord. por Ruth de María Abril Stoffels, 2012, pp. 117-148.

Convención de los derechos del Niño y de la Convención de la CEDAW, y que los Estados deben promover con políticas acordes a su protección, tal y como ha expresado claramente la OMS.

Del mismo modo, resulta imprescindible incidir en que la lactancia materna es un derecho humano de las mujeres, y que, más allá de los reportes positivos para el bebé, implica también considerables beneficios para la salud a lo largo de la vida de las mujeres, trascendiendo el momento puerperal y de la crianza, tales como una reducción significativa de los riesgos de padecer algunas enfermedades ya mencionadas. La necesaria protección de este derecho debe realizarse respetando siempre otros derechos de las mujeres, como su autonomía y su capacidad para decidir sobre su salud sexual y reproductiva. Pero es obligación de los Estados ofrecer información disponible y actualizada sobre la evidencia científica de la lactancia materna en materia de salud, para que las mujeres puedan tomar sus decisiones de manera informada. El debate generado a nivel social sobre un estándar de prácticas maternas consideradas como deseables, que pueden suponer vivencias de culpa para las mujeres que deciden libremente no optar por ellas, debe observarse con cautela, si bien asegurando siempre el respeto a las elecciones de las mujeres.

Así, del mismo modo que los profesionales sanitarios y las instituciones proveedoras de salud informan y promueven hábitos de vida saludables en la población general, sustentados en la mejor evidencia científica del momento (tales como evitar el consumo de alcohol o tabaco, o realizar ejercicio físico), sin obligar, lógicamente, a su adherencia, resulta necesario informar a las mujeres de los beneficios en salud de la lactancia materna, no sólo para sus bebés, sino para la suya propia, siempre con el máximo respeto y considerando las circunstancias individuales (a menudo, influidas por los contextos socioeconómicos, laborales o familiares) que pueden hacer a cada mujer optar por otros estilos de alimentación para sus hijos.

Aunque la lactancia materna no se contempla como un derecho del bebé sino de la mujer (si bien la consagración de la misma dentro de los derechos humanos se realiza, precisamente, en base a la infancia, en la Convención de los derechos del Niño), el Comité de los derechos del niño, en su Observación General número 7, reconoce que los niños muy pequeños son personas de pleno derecho que tienen necesidades específicas derivadas de su momento evolutivo, y que dichas necesidades merecen ser satisfechas conforme a los máximos estándares de salud. La OMS recomienda su amamantamiento, siempre que la madre pueda y lo desee, para garantizar su mejor nivel de desarrollo posible, lo que supone, en definitiva, respetar su dignidad dentro del ciclo vital del ser humano.

En la protección a la lactancia materna, como en otros ámbitos de la maternidad, resulta imprescindible tomar en cuenta las dos partes implicadas (la

madre y el bebé) con un funcionamiento unitario; esto es, se debe atender a las necesidades de la díada madre-bebé. La protección efectiva de la díada madre-bebé en los primeros 3 años de vida, y muy especialmente, durante los 6 primeros meses (etapa de la lactancia materna exclusiva), mediante políticas multisectoriales, resulta imprescindible para atender el bienestar y la salud de ambos, garantizar sus derechos humanos y promover el cuidado del primer espacio humano en el cual se inicia el desarrollo y la construcción de la persona: el espacio madre-bebé.

7.3 Permisos parentales por cuidado de hijo: Un debate social que sigue abierto

El debate acerca de los permisos de maternidad y paternidad no es un asunto menor, ni se circunscribe a los tiempos, las prestaciones y los presupuestos destinados a un periodo muy limitado pero primordial en el ciclo vital de las personas, sino que, en sí mismo, alberga todas las complejidades del debate acerca de la igualdad de género, el ejercicio de los roles tradicionales de cuidados y las problemáticas del mercado productivo frente al mundo reproductivo. Este tema suscita controversias y discusiones acaloradas, y la exposición de la evidencia científica respecto a los procesos biológicos reproductivos conlleva, a veces, el riesgo de resultar encuadrada dentro posiciones ideológicas conservadoras, esencialistas o incluso reaccionarias.

Por ello, en los puntos siguientes de este apartado, se expondrán las recomendaciones internacionales en materia de salud y cuidado de las madres y de sus bebés recogiendo los datos obtenidos de los estudios científicos, siempre desde la perspectiva de la salud y el bienestar de las mujeres y los bebés, en alineamiento de los derechos humanos, que son los principios rectores de este trabajo.

Es importante explicitar que el enfoque adoptado en el abordaje de cuestiones como la maternidad y paternidad, la conciliación entre vida productiva y la reproductiva, y las necesidades de cuidado de los niños, va a suponer un diagnóstico social diferenciado y, por tanto, condicionará medidas políticas y legislativas muy diferentes.

De este modo, si la protección a la maternidad es vista en sí misma como el origen de la ausencia de igualdad efectiva entre hombres y mujeres en materia laboral (en lugar de considerar que la inequidad surge de tratar de igual manera situaciones que no son iguales, puesto que las mujeres atraviesan por procesos biológicos y neurohormonales propios en el embarazo, la etapa postnatal y la lactancia materna), los esfuerzos estarán enfocados a minimizar el impacto en el mercado laboral de las medidas de protección a la maternidad en las mujeres, en lugar de brindar la atención específica a los procesos

de la mujer que gesta, pare y lacta, y a las necesidades de las madres o de sus bebés. Por ello, las deficiencias en políticas públicas sobre licencias de maternidad a menudo radican, precisamente, en la falta de consideración hacia las necesidades biopsicológicas de madres y bebés.

Del otro lado, si el cuidado de los hijos se analiza como un mero conflicto entre las responsabilidades laborales y las cargas familiares, las políticas tenderán a mantener un carácter segmentario, individualista y probablemente poco eficaz, limitándose al ámbito laboral y centrándose únicamente en la adopción de medidas de conciliación, que a menudo participan en la perpetuación de los roles sociales de las mujeres. Así, las mujeres siguen responsabilizándose del trabajo privado que suponen los cuidados, además del trabajo público remunerado que ejercen en el mercado laboral. En esta fórmula, que es la habitual en nuestro entorno, no se contemplan las necesidades específicas de la infancia como personas altamente dependientes de sus cuidadores (y, en su etapa lactante, fundamentalmente dependientes de sus madres), por lo que las soluciones planteadas son cortoplacistas y se orientan a la población adulta, pudiendo participar en la generación de nuevas problemáticas sociales y de salud derivadas de la desatención, o la atención inadecuada, de la infancia.

Sin embargo, si la perspectiva empleada es la de los derechos humanos, atendiendo a los derechos específicamente reconocidos a las mujeres y a los niños, entendiendo que la vulneración de estos derechos, además de atentar contra la dignidad de las personas y no respetar sus necesidades específicas en función del ciclo vital, supone un deterioro en su derecho al goce del máximo nivel posible de salud, las estrategias adoptadas podrán tener un carácter global e integrador, incluyendo a todas las instituciones y estructuras sociales, y no únicamente al ámbito laboral, para luchar contra las desigualdades que a día de hoy se generan en multitud de contextos por razón de la maternidad.

El debate social en esta cuestión es enconado, y, debido a su complejidad, su recorrido histórico y las raíces ideológicas en las que muchas veces se sustentan las distintas posturas, sin duda trasciende los objetivos de este trabajo, que busca acercarse a esta realidad desde la perspectiva de la salud con enfoque en los derechos humanos, pero no con el estudio sociológico pormenorizado que el tema merece.

A lo que se atiende en el presente trabajo, basado en las investigaciones científicas disponibles más actuales y las recomendaciones internacionales de salud, es el indispensable reconocimiento de la existencia de una unidad funcional biopsicológica, que es díada madre-bebé, cuya no separación debe protegerse social y políticamente, sobre todo, en el primer año de vida, cubriendo la posibilidad de mantener una proximidad completa madre-bebé

durante los primeros 6 meses postnatales, que es el tiempo de lactancia materna exclusiva. Este reconocimiento resulta imprescindible para seguir avanzando en una atención sanitaria basada en el cuidado a las madres, en la humanización de la asistencia al parto, la protección de la lactancia materna y de la crianza, y la lucha contra las desigualdades generadas por los determinantes sociales de salud en la etapa maternal a todos los niveles mediante la incentivación de políticas públicas y legislaciones laborales y familiares que garanticen el pleno desarrollo de los cuidados, sin menoscabo de los derechos laborales por razón de maternidad.

Por tanto, el problema del reconocimiento de la díada madre-bebé no se limita (o no únicamente) a la duración de las prestaciones por cuidado de hijo recién nacido, sino a una cultura social que apoya de forma estructural la separación precoz de la díada madre-bebé.

Desde un acercamiento superficial, podría parecer que el reconocimiento de una continuidad entre la gestación, el parto, el postparto y la primera crianza infantil con una perspectiva neurobiológica aboca a las mujeres a restringir sus actividades al cuidado de los hijos, devolviéndolas a los cuidados y al ámbito de lo doméstico donde, históricamente, han desarrollado sus roles. No es de extrañar que, por muchas décadas, el feminismo haya relegado la maternidad dentro de sus vindicaciones: en un momento en el que reclamaba la imprescindible liberación de la mujer, su acceso a la ciudadanía y su incorporación al espacio público en igualdad de condiciones que los hombres, la maternidad, y más concretamente, los cuidados de las hijas e hijos, parecían suponer un obstáculo insalvable⁷⁵⁶.

Sin embargo, si se analiza detenidamente la situación, dentro de nuestro contexto social actual, y se atiende a las experiencias y los deseos de las mujeres que son madres, se advierte que la negación de la existencia de la etapa postnatal no supone, en absoluto, un avance social, sino que, de hecho, es contrario a los derechos de las mujeres. Así, la Convención de la CEDAW, en su artículo 5, recoge tanto la importancia social de la maternidad, como la necesidad de promover la corresponsabilidad entre hombres y mujeres:

"Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos."

Por tanto, podemos entender que conocer, reconocer, valorar y proteger la maternidad ("*como una función social*") es independiente del reconocimiento

⁷⁵⁶ ALCALÁ GARCÍA, I., "Feminismos y maternidades en el siglo XXI", *Dilemata*, 2015, nº 18, pp. 63-81.

de la responsabilidad compartida de padres y madres, hombre y mujeres, en lo que respecta a *"la educación y el desarrollo de los hijos"*, y no debería en absoluto obstaculizar las políticas destinadas a garantizar dicha corresponsabilidad.

También cabe señalar que, en los casos de protección a la maternidad, la CEDAW es muy clara, considerando, en su artículo 4, que en ningún caso su aplicación se podrá considerar discriminatoria hacia los hombres: *"La adopción por los Estados Partes de medidas especiales, incluso las contenidas en la presente Convención, encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria"*.

De este modo, se entiende que, en los supuestos de maternidad, la protección necesaria a la mujer puede ser diferente a la que reciban los hombres por paternidad, sin que ello suponga, en ningún caso, una desigualdad (puesto que no se puede tratar igual lo que no es igual) o un motivo de discriminación hacia los segundos.

Esto se considera sin perjuicio de las repercusiones positivas para la igualdad en el entorno laboral y la responsabilidad compartida en los cuidados que tienen los permisos ofrecidos a los padres o segundos progenitores.

7.3.1 La prestación por maternidad como protección a la salud materna y del infante

La prestación consistente en un permiso de maternidad pagado a nivel nacional ha demostrado en diferentes estudios internacionales beneficios sustanciales en materia de salud, entre los cuales destacan: un mejor estado de salud mental tanto en la madre como en sus hijas e hijos, asociando también menores tasas de depresión postparto y de violencia en la pareja, y un mejor desarrollo infantil, con un aumento de la seguridad en el apego; un mejor estado de salud física tanto de la madre como de sus hijas e hijos, con disminución de la mortalidad infantil y de la hospitalización tanto materna como infantil, así como un mejor cumplimiento del calendario vacunal infantil; y mejoras en las tasas de lactancia materna, tanto en su inicio como en su duración⁷⁵⁷.

Los mecanismos neurobiológicos que subyacen al vínculo madre-bebé en los primeros meses de vida, y su relevancia para la supervivencia de la especie,

⁷⁵⁷ VAN NIEL, MS., BHATIA, R., RIANO, NS., DE FARIA, L., CATAPANO-FRIEDMAN, L., RAVVEN, S., WEISSMAN, B., NZODOM, C., ALEXANDER, A., BUDDE, K., MANGURIAN, C., "The Impact of Paid Maternity Leave on the Mental and Physical Health of Mothers and Children: A Review of the Literature and Policy Implications", *Harvard Review of Psychiatry*, 2020, vol. 28, nº 2, pp. 113-126.

guardan relación con la angustia que en muchas ocasiones genera a las madres la separación de sus bebés, sobre todo cuando ésta se produce de forma contraria a sus deseos y necesidades, generando a menudo un deterioro de su salud y bienestar.

Se ha hecho referencia previamente, en el Capítulo II, a los estudios realizados sobre chimpancés que analizaban las separaciones producidas en el primer año de vida, y sus consecuencias a corto y a largo plazo en la salud de las crías. Hay también estudios que muestran que las mujeres madres de niños menores de un año sufren a la hora de incorporarse a sus trabajos en jornada completa, e ignorar este sufrimiento de las madres, limitando a atribuirlo a un problema estructural de socialización por el cual se ven obligadas a cuidar, supone imponer una limitación a su ejercicio de autonomía, negando sus deseos y preferencias, e interfiere en el modo saludable en que muchas mujeres desean criar a sus bebés.

Así, una reciente revisión sistemática, publicada en 2023 en *The Lancet*, concluye que unos permisos remunerados de maternidad son un claro factor de protección para la salud mental materna, sin que se pueda concluir que la inversión en permisos paternales tenga los mismos efectos; señalando, también, que una mayor duración de los mismos se asocia a menores tasas de depresión postparto⁷⁵⁸. Según recoge el estudio, el efecto de los permisos por cuidado de hijos en la salud mental de sus progenitores es mayor en las madres que en los padres:

"En general, se observó una mejora en la salud mental entre las madres con políticas de licencia parental más generosas (es decir, duración del permiso y permiso remunerado frente a permiso no remunerado). Por ejemplo, el aumento de la duración del permiso generalmente se asoció con un riesgo reducido de mala salud mental materna, incluida la depresión, la angustia y el agotamiento, y menor necesidad de atención de la salud mental. Sin embargo, la asociación entre el permiso de los padres y los resultados de salud mental de los padres fue menos concluyente".

En definitiva, la prestación por maternidad, de largo recorrido y con un amplio reconocimiento en un gran número de países, tiene una importante repercusión en salud pública, y se ha demostrado como una medida eficaz para mejorar numerosos indicadores de salud tanto en las mujeres que la disfrutaban como en sus criaturas⁷⁵⁹.

⁷⁵⁸ HESHMATI, A., HONKANIEMI, H., JUÁREZ, SP., "The effect of parental leave on parents' mental health: a systematic review", *The Lancet Public Health*, 2023, vol. 8, nº 1, e57–e75.

⁷⁵⁹ JOU, J., KOZHIMANNIL, KB., ABRAHAM, JM., BLEWETT, LA., MCGOVERN, PM., "Paid Maternity Leave in the United States: Associations with Maternal and Infant Health", *Maternal and Child Health Journal*, 2018, vol. 22, nº 2, pp. 216-225; AITKEN, Z., GARRETT, CC., HEWITT, B., KEOGH, L., HOCKING, JS., KAVANAGH, AM., "The maternal health outcomes of paid maternity leave: a systematic review", *Social Science & Medicine*, 2015, nº 130, pp. 32-41.

La prestación por paternidad, de incorporación más reciente, y emergida desde la perspectiva de la igualdad de género, no cuenta, a día de hoy, con la misma evidencia a nivel de salud, si bien es cierto que las investigaciones al respecto son, todavía, limitadas, y algunas apuntan a que dicha prestación puede contribuir a una disminución de las tasas de depresión materna postparto⁷⁶⁰.

Adoptando exclusivamente una perspectiva centrada en el funcionamiento de la díada madre-bebé, las necesidades del bebé y la sincronía mediada por la figura materna, se entiende la importancia de garantizar la protección de la unión madre-bebé como medida básica en materia de salud.

Los datos que tenemos en la actualidad hablan, de un lado, de beneficios incuestionables en materia de salud de medidas tales como mantener la lactancia materna exclusiva a demanda al menos los primeros 6 meses de vida, y complementaria al menos hasta los 2 años, y de la importancia para el bienestar y la salud a lo largo de la vida de un vínculo afectivo saludable con interacciones cercanas, constantes y cariñosas, entre una madre y su hijo.

Del otro lado, se conocen los efectos nocivos del estrés para la madre y del bebé en la etapa perinatal, incluyendo el primer año postnatal.

Y se conoce que la separación madre-bebé, además de generar un intenso estrés, puede acompañarse de malestar afectivo y, en el caso de las madres, puede contribuir a la aparición de psicopatología (síntomas de ansiedad o depresión). La psicopatología materna, a su vez, dificulta la vinculación afectiva con su bebé y se asocia a problemas de apego en el infante y a una mayor incidencia de trastorno mentales de los hijos a lo largo de la vida.

De este modo, la desprotección de la unión madre-bebé (ya sea por la escasez de cobertura de las prestaciones, las separaciones en hospitalizaciones, o la falta de apoyo a las madres en el cuidado a sus bebés, entre otros supuestos), interfiere en los mecanismos neurobiológicos de homeostasis y regulación de la díada ya vistos, sometiendo tanto a las madres como a los infantes a un estrés que puede influir negativamente en sus resultados de salud.

Con todo ello, resulta inaplazable escuchar las necesidades de los bebés y de sus madres, y dar respuesta a ellas con políticas que cuiden su salud y promuevan su bienestar. Se trata de adoptar medidas que realmente cubran las necesidades del bebé, y de la díada, tomando en cuenta los valores, deseos y preferencias de las mujeres, y permitiendo a los progenitores decidir y organizarse internamente a nivel familiar.

⁷⁶⁰ BARRY, KM., GOMAJEE, R., BENAROUS, X., DUFOURG, MN., COURTIN, E., MELCHIOR, M., “Paternity leave uptake and parental post-partum depression: findings from the ELFE cohort study”, *The Lancet Public Health*, 2023, vol. 8, nº 1, e15-e27.

7.3.2 La situación actual en España

Desde el siglo XX, la legislación española sobre maternidad y paternidad se ha desarrollado en el marco de los textos legales de las Naciones Unidas y de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), buscando la protección de la maternidad desde la perspectiva de la igualdad de hombres y mujeres en el mercado de trabajo.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 11, conmina a los Estados Partes a adoptar las medidas apropiadas para eliminar toda forma de discriminación contra la mujer en el ámbito laboral, y a adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo, a fin de asegurar a la mujer condiciones de igualdad con los hombres, incluyendo la *"licencia de maternidad con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo previo, la antigüedad o los beneficios sociales"*. Además, en su artículo 5, epígrafe 2, reconoce la responsabilidad común de hombres y mujeres en el desarrollo de sus hijos⁷⁶¹.

Bajo esta premisa –conseguir la igualdad efectiva de mujeres y hombres en relación al cuidado de los hijos, y también respecto al mercado laboral, para evitar la discriminación en la contratación de mujeres derivadas de los permisos de maternidad–, en España se ha llevado a cabo un aumento progresivo del permiso de paternidad entre los años 2019 y 2021. Tras la publicación del Real Decreto-ley 6/2019⁷⁶², que es el que regula estos permisos, en abril de 2019 los permisos de paternidad pasaron de 5 a 8 semanas de duración. El Real Decreto contemplaba dos incrementos más: uno en enero de 2020, pasando de 8 a 12 semanas, y otro más este enero de 2021, pasando de 12 a 16 semanas de duración. El permiso de maternidad, sin embargo, ha permanecido intacto, también en 16 semanas de duración, manteniéndose de este modo inamovible desde el año 1989.

De hecho, se modificó también el nombre de la prestación, denominándose ya, en lugar de prestación por maternidad y por paternidad, prestación por nacimiento y cuidado de menor.

⁷⁶¹ A nivel de la UE, y de Europa en general, las diferencias entre Estados son muy significativas. Con carácter general se puede afirmar que los países nórdicos (Finlandia, Islandia, Dinamarca, Suecia y Noruega) son los más aventajados en políticas sociales, con medidas que fomentan la igualdad entre padre y madre y facilitan la conciliación laboral y familiar, destacando igualmente los prolongados permisos de maternidad de la mayor parte de los Estados de Europa Oriental, conservando los derechos reconocidos bajo sus anteriores regímenes socialistas.

⁷⁶² Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.

Los permisos por nacimiento y cuidado de hijo españoles son intransferibles (ningún progenitor puede ceder semanas al otro), y las primeras 6 semanas son obligatorias y simultáneas, lo que implica que ambos progenitores han de cogerse, a la vez, esas 6 semanas nada más nazca el bebé (o llegue un menor al hogar, en caso de adopción). En los casos de parto prematuro y aquellos supuestos en los que el neonato deba permanecer hospitalizado a continuación del parto, la prestación se podrá ampliar en tantos días como el nacido se encuentre hospitalizado, con un máximo de 13 semanas adicionales. Las 10 semanas restantes han de consumirse en el primer año de vida del menor como las familias dispongan, o pueden no consumirse, en caso de que prefieran reincorporarse a su empleo.

La concepción de esta medida surgió en base al igualitarismo entre géneros, y la corresponsabilidad, buscando promover una mayor implicación de los padres en el cuidado del recién nacido, además de disminuir la penalización de las mujeres en la contratación laboral (puesto que, de este modo, *a priori*, a las empresas contratantes les costaría lo mismo una maternidad que una paternidad). Los beneficios que los permisos de paternidad equiparados a los de maternidad pueden generar en la consecución de la igualdad laboral son el motivo principal por el cual las políticas de igualdad defienden los permisos parentales universales, totalmente pagados, intransferibles, y que incluyen flexibilidad en los tiempos de su disfrute, para favorecer la organización interna de las familias, la corresponsabilidad parental y una menor penalización laboral por razón de género secundaria a la maternidad⁷⁶³. Los teóricos favorables a este modelo aseguran que la presencia del padre en los primeros cuidados del bebé facilita su corresponsabilidad en el cuidado; señalando que, en los modelos de permisos transferibles, es habitual que se produzca dicha transferencia hacia las madres, perpetuando los roles de género.

Sin embargo, se trata de un modelo que, pese a aumentar considerablemente la inversión económica en los primeros meses de vida del bebé, apenas ha demostrado suponer mejoras en materia de salud materno-infantil, el ámbito de estudio del presente trabajo, por los motivos que se enumerarán a continuación.

En primer lugar, se debe señalar que los permisos españoles actuales no contemplan las necesidades específicas que las mujeres pueden presentar derivadas de sus procesos de maternidad. Un aspecto especialmente desatendido es la dificultad sobreañadida que pueden encontrar las mujeres en la recuperación de sus procesos de parto. En los casos en los que los partos han requerido una cesárea, que es, a fin de cuentas, de una cirugía mayor abdominal, o las madres han sufrido condiciones de salud durante el parto

⁷⁶³ GOODMAN, JM., DUMET POMA, L., “Paid parental leave and mental health: the importance of equitable policy design”, *The Lancet Public Health*, 2023, vol. 8, nº 1, e2-e3.

o derivadas del mismo que pueden ser de gravedad clínica (requiriendo una ampliación de su tiempo de hospitalización o, incluso, un ingreso materno en UCI), no se genera un derecho de las madres a una prestación por incapacidad laboral temporal relativa a estos eventos de salud, y los días de hospitalización materna se descuentan del permiso de maternidad. Sin embargo, en cualquier otro momento del ciclo vital de las mujeres, sí se reconoce esta incapacidad laboral temporal debida a enfermedad o cirugía, siempre que no coincida con el periodo correspondiente a una prestación por maternidad. En efecto, este derecho está reconocido incluso para intervenciones ambulatorias menores, que no requieren de ingreso hospitalario, y que dan lugar a las trabajadoras a 3 días de incapacidad laboral temporal. Por el contrario, como se ha mencionado anteriormente, sí está reconocido ya el derecho a prolongar el permiso parental por cuidado de recién nacido en los casos de parto prematuro y en aquellos supuestos en los que el recién nacido debe permanecer hospitalizado, ampliándose la prestación tantos días como el bebé permanezca hospitalizado (hasta un máximo de 13 semanas). Parece lógico, por tanto, considerar que la hospitalización materna prolongada debido a problemas de salud derivados del parto o el postparto inmediato debería ser, también, ampliada en el permiso de maternidad.

La segunda gran carencia en protección a la salud materno-infantil, que no queda adecuadamente protegida en los actuales permisos por cuidado de hijo reconocidos a las mujeres, es la lactancia materna, al no garantizar el acceso a los estándares mínimos recomendados de lactancia materna exclusiva. Pese a que, como se ha señalado anteriormente, la OMS recomienda mantener la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida del bebé (equivalente a 28 semanas), lo que implica proximidad, accesibilidad y presencia entre madre y bebé, en España las madres deben incorporarse a sus puestos laborales a las 16 semanas, viéndose muchas de ellas obligadas a truncar sus lactancias, o a mantenerlas de forma diferida (mediante la extracción frecuente de leche y el almacenamiento de la misma), con el enorme esfuerzo y dificultad que este proceso implica. Cabe señalar que, en este sentido, parece existir una cierta voluntad política de ampliar la duración de los permisos parentales, habiéndose anunciado la intención del Gobierno de España de modificar su duración hasta las 20 semanas en el año 2024⁷⁶⁴.

La tercera gran limitación es respecto a la desigualdad que puede generarse hacia aquellos bebés que únicamente cuentan con un progenitor (generalmente, la madre). Así, el cambio de nombre de la prestación española (de prestación por maternidad/paternidad a prestación por nacimiento y cuidado

⁷⁶⁴ Leído en prensa. El País. *El Gobierno ampliará la baja por nacimiento a 20 semanas y retribuirá los permisos parentales*. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2023-12-20/el-gobierno-ampliara-la-baja-por-nacimiento-a-20-semanas-y-retribuira-los-permisos-parentales.html>. (Consultado el 22 de diciembre de 2023).

de hijo) no sólo responde a las consignas de igualdad, sino que pone de manifiesto el sujeto sobre el cual se busca garantizar sus derechos, que no es otro que el menor recién nacido. Sin embargo, aquellos bebés que cuenten con una única figura de cuidado primaria podrán disfrutar tan sólo de 16 semanas de cuidados directos continuos, a diferencia de aquellos bebés con dos progenitores, quienes, mediante el reparto de los permisos, y descontando las 6 primeras semanas de disfrute obligatorio inmediatamente postparto para ambos progenitores, podrán disfrutar de hasta 26 semanas de cuidados por sus progenitores. En este sentido, cabe señalar la creciente litigación de madres que lo son como únicas progenitoras, y que están reclamando en los tribunales el derecho a disfrutar de los permisos de ambos progenitores, al considerar que los hijos con una única progenitora se encuentran discriminados por contar con menores prestaciones de cuidados. Como refiere la catedrática de Derecho del Trabajo Irene Ballester: *"las normas deben velar por la protección del menor, lo que no cuadra con el diseño de un derecho individual e intransferible de cada progenitor"*. Además, señala que:

*"La reforma operada por el Real Decreto 6/2019, de 1 de marzo, sobre la prestación por nacimiento y cuidado de hijos trae consigo una previsión novedosa para fomentar la corresponsabilidad: el subsidio es de cada progenitor, y son prestaciones independientes e intransferibles. Tal previsión perjudica a las familias monoparentales, quienes no pueden adicionar su prestación a la que correspondería al otro progenitor"*⁷⁶⁵.

Si bien a lo largo del territorio español han crecido los juicios al respecto, hasta el año 2023 ha habido una gran disparidad de resoluciones al respecto, siendo algunos tribunales proclives a conceder ambos permisos a las madres que crían solas (denominadas, cada vez con mayor frecuencia, *"madres monomarentales"*), y otros, tendentes a rechazarlas⁷⁶⁶. Recientemente, en marzo de 2023, el Tribunal Supremo ha sentado jurisprudencia rechazando que la progenitora de una familia monoparental pueda acumular el doble de prestación por nacimiento y cuidado de hijo por criar sola, señalando que:

"El legislador ha prestado especial atención al principio de igualdad entre hombres y mujeres al confeccionar una normativa que, asimismo, tiene como finalidad lograr la corresponsabilidad entre ambos progenitores en el cuidado el menor";

⁷⁶⁵ BALLESTER PASTOR, I., "Las familias monoparentales tienen derecho a la misma prestación por nacimiento y cuidado de hijos que las familias biparentales. Las normas deben velar por la protección del menor, lo que no cuadra con el diseño de un derecho individual e intransferible de cada progenitor." *Revista de Jurisprudencia Laboral*, 2021, nº 1.

⁷⁶⁶ Leído en prensa. El Salto Diario. *Familias monomarentales se organizan para demandar tras la sentencia del País Vasco que reconoce que los permisos las discriminan*. Disponible en: <https://www.elsaltodiario.com/cuidados/familias-monomarentales-sentencia-pais-vasco-TSJPV-discriminacion-permisos-nacimiento>. (Consultado el 5 de noviembre de 2023).

y añadiendo también que:

*"La solución al conflicto no puede sostenerse, como hace la sentencia recurrida, en la necesidad de tener en cuenta el interés del menor; no solo porque no es el único en juego, sino porque no existe una supuesta vulneración de un teórico derecho del menor de las familias monoparentales a ser cuidado en condiciones de igualdad con respecto a las biparentales"*⁷⁶⁷.

El Tribunal Supremo refiere también que la función de los jueces y tribunales es la aplicación e interpretación de la norma, pero nunca la creación del derecho, por lo que un cambio en el ordenamiento jurídico (como supondría otorgar a las familias monoparentales los permisos de dos progenitores, en teoría intransferibles) le corresponde al legislador, y no al órgano judicial.

Más allá de estos supuestos, y siendo imprescindible garantizar los derechos de los niños, recogidos en la Convención de los derechos del Niño, asegurando sus cuidados, cabe preguntarse, además, qué sucede con los derechos sobre maternidad de las mujeres que son madres biológicas de sus criaturas, y atraviesan todo un gran número de procesos y transformaciones de salud física y mental para traer al mundo y criar a sus bebés. ¿Tiene la maternidad biológica, por sí misma, necesidades propias que deben ser atendidas, más allá de la asistencia sanitaria al embarazo y al parto? ¿Cuentan las mujeres con derechos propios relativos a los procesos maternos biológicos que deben ser protegidos y garantizados, o los derechos derivados de la maternidad deben ser únicamente contemplados desde la perspectiva de los bebés?

En la legislación española, el cambio de nomenclatura, y la indistinción en los permisos, parecen apoyar el principio de que los derechos relativos a la maternidad, al menos en materia de derecho laboral, nacen exclusivamente del derecho de los bebés a ser cuidados (sin contemplar los procesos propios y específicos de las mujeres que son madres biológicas, como la recuperación tras el parto o la lactancia materna), y son por tanto indistinguibles a los del padre o los de un segundo progenitor. Resulta necesario abrir un espacio de reflexión al respecto, puesto que ignorar la realidad biológica del postparto o la lactancia materna, y todos los cambios hormonales, corporales y cerebrales que suponen la maternidad biológica (recuérdese el término *"matrescencia"* explicado en el Capítulo V), desde la perspectiva de las prestaciones sociales y de las políticas laborales, supone, probablemente, una de las más gravosas discriminaciones que las mujeres de nuestro entorno continúan sufriendo, con un enorme coste para su salud (especialmente, de salud mental) y la de sus bebés.

⁷⁶⁷ Sentencia nº 169/2023, de 2 de marzo de 2023, de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, en la que se resuelve el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por el Ministerio Fiscal contra la Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco.

Las políticas desarrolladas en materia de conciliación, cuidados y crianza en nuestro país han tendido a adoptar una visión limitada al mercado laboral y la reducción del impacto de género de las prestaciones por maternidad en el acceso a dicho mercado, sin atender a los deseos o las necesidades de las madres. Siendo éste un objetivo prioritario, se trata de una inversión que no ha demostrado mejorar los resultados en salud, y es posible que las actuales medidas ni siquiera estén ayudando a disminuir la discriminación laboral de la mujer. Por el contrario, la desigualdad laboral por razón de maternidad sigue existiendo, pese a lo cual, en un gran número de casos, las madres continúan eligiendo permanecer juntos a sus bebés durante las primeras etapas de la vida, aún a costa de grandes renunciaciones personales, contrarias a sus derechos básicos: al empleo, al sueldo o a la carrera profesional.

Así, un estudio del año 2017 señala que el 29,7% de las mujeres que son madres en España renuncian a su trabajo para cuidar de sus hijos, frente a un 1% de los padres, un 17,9% de las madres piden excedencia laboral frente a un 1,1% de los padres, y un 84,3% de las madres disfrutan su permiso por cuidado de recién nacido completo, mientras que este porcentaje decae hasta un 66,5% en los hombres⁷⁶⁸.

La lectura más frecuente de este tipo de datos es aquella que entiende que las mujeres se ven impelidas socialmente a tener un mayor protagonismo en el cuidado de sus hijos que los hombres. Sin embargo, sin negar la distribución de roles de cuidado que la estructura social de género ha atribuido a las mujeres, cabe cuestionar si la negación del vínculo primario afectivo madre-bebé y su unión diádica (psicológica, física y biológica: baste mirar el delicado baile en reciprocidad que supone la lactancia) no supone, en sí misma, una desigualdad por razón de género (al negar los procesos específicos de las mujeres), además de un importante perjuicio en salud para las madres y para sus bebés.

En un estudio sobre conciliación y familia realizado en España en 2019, sólo un 7,1% de los encuestados consideran el periodo ideal de permiso de maternidad superior a 1 año, abogando la mayoría por un periodo de 12 meses (54,6 %), o al menos 6 meses (37,2 %) ⁷⁶⁹. Esto es, la defensa de permisos por cuidado de infante dignos no implica un camino de regreso al hogar para las mujeres, sino el reconocimiento de los tiempos biológicos de dependencia del bebé e interdependencia diádica, y de la importancia del papel materno en estas primeras etapas.

⁷⁶⁸ Leído en prensa. Europa Press. *Casi un 30% de madres en España renuncia a su trabajo por los hijos frente al 1% de los padres, según un estudio*. Disponible en: <https://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-casi-30-madres-espana-renuncia-trabajo-hijos-frente-padres-estudio-20170712115231.html> (Consultado el 26 de septiembre de 2023).

⁷⁶⁹ Suavinex, *I Estudio sobre conciliación y familia*. Suavinex. 2019. Disponible en: [avonex.com/livingsuavinex/wp-content/uploads/2019/05/Suavinex_I-Estudio-conciliacion-y-familia.pdf?utm_source=descargas&utm_medium=banner&utm_campaign=estudioconciliacion](https://www.suavinex.com/livingsuavinex/wp-content/uploads/2019/05/Suavinex_I-Estudio-conciliacion-y-familia.pdf?utm_source=descargas&utm_medium=banner&utm_campaign=estudioconciliacion)

En datos más recientes, que evalúan el impacto en las solicitudes de prestación por cuidado de recién nacido en madres y padres en España, se observa que los nuevos permisos igualitarios son más disfrutados por hombres que por mujeres. Esto es, los hombres están pudiendo acceder en más casos a los beneficios, en términos laborales, de contar con un permiso retribuido tras el nacimiento de un hijo que las mujeres. Así se observa en los datos del primer semestre de 2023, durante el cual la Seguridad Social española tramitó 231.775 prestaciones por nacimiento y cuidado de menor, de los cuales 109.731 correspondieron al primer progenitor (que, habitualmente, es la madre) y 122.044, al segundo progenitor (que suele corresponder al padre)⁷⁷⁰. Estas diferencias se deben a que, debido a la brecha de género existente en el mercado laboral, hay más hombres que mujeres que han cotizado el tiempo necesario y tienen un contrato laboral que les permite acceder a dichas prestaciones.

Sin embargo, al analizar los datos de excedencias sin sueldo por cuidado de hijos, las tornas cambian de forma considerable, pues, en ese mismo primer semestre de 2023, el número de excedencias dadas de alta fue de 24.942, de las cuales el 84,5% (es decir, 21.089) correspondieron a mujeres, y únicamente el 15,4% (esto es, 3.853) correspondieron a hombres.

Lo cual significa que, con los permisos actuales, se están beneficiando más hombres que mujeres de los permisos por cuidado de hijos (por la mayor dificultad de las mujeres para acceder a las prestaciones debido a la discriminación laboral), pero, a la hora de mantener los cuidados, son mayoría abrumadora las mujeres, que continúan renunciando al sueldo y al desarrollo profesional.

Cabe señalar, además, que, según cifras del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, el gasto derivado de los permisos por nacimiento y cuidado de menor, entre enero y junio de 2023, fue de 1.678,5 millones de euros, sin que esta inversión por el momento haya demostrado mejorar la igualdad efectiva de mujeres y hombres a nivel laboral (no se han encontrado estudios nacionales al respecto, y los datos arriba expuesto tampoco apoyan esta igualdad), ni haya contribuido a mejorar la protección específica de la maternidad ni de la lactancia materna.

En definitiva, el actual estado de los permisos de cuidado por hijo en España no garantiza la necesaria protección de la madre y su bebé para que éste reciba los cuidados y la nutrición óptima, según los estándares internacionales

⁷⁷⁰ Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. *La Seguridad Social ha tramitado 231.775 permisos por nacimiento y cuidado de menor en el primer semestre del año*. Julio de 2023. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.es/w/la-seguridad-social-ha-tramitado-231.775-permisos-por-nacimiento-y-cuidado-de-menor-en-el-primer-semestre-del-ano>. (Consultado el 10 de diciembre de 2023).

de salud, y puede estar comprometiendo el derecho al disfrute de la salud de muchas mujeres y sus bebés.

Por último, es mandatorio recalcar que en ningún caso se trata de retroceder en derechos adquiridos (en este caso, la prestación otorgada a los segundos progenitores, mayoritariamente padres), sino de avanzar en la implementación de prestaciones, medidas y políticas que se han demostrado como necesarias y eficaces para promover una mejor salud materno-infantil, asegurando sin dilación una adecuada protección a las mujeres y a las díadas madre-bebé no sólo durante el embarazo, sino también en la etapa postnatal. Ya se ha señalado en el Capítulo II, y se volverá a incidir en el próximo Capítulo, que, según la OMS, uno de los pilares básicos del desarrollo saludable infantil en sus primeras etapas es la protección a la salud mental materna (y no de la paterna, puesto que la evidencia de su impacto es mucho menor). Y, en este mismo Capítulo, se ha recalcado la evidencia de que los permisos de maternidad prolongados son eficaces en este sentido, constituyendo una de las principales medidas de apoyo a la salud mental materna. Todo ello no es incompatible con continuar fomentando, también, aquellas medidas, políticas y prestaciones que caminen hacia la igualdad efectiva y hacia una mayor responsabilidad compartida entre hombres y mujeres.

En resumen, en el escenario actual español, parece que el primer paso para garantizar los mejores niveles de salud, bienestar y nutrición para los bebés y sus madres es proteger sin dilación y de forma absoluta la posibilidad de mantener la unión madre-bebé durante al menos los 6 primeros meses de vida por medio de prestaciones que así lo aseguren, además de mejorar en lo posible la protección de esta relación en los primeros 3 años de vida. Y, de forma simultánea, es recomendable continuar avanzando en políticas que garanticen la igualdad de condiciones y la no discriminación de las mujeres respecto de los hombres en el ámbito laboral, así como la responsabilidad compartida en el ámbito familiar, pudiendo ser una de esas medidas (aunque no la única) las prestaciones por cuidados igualitarios para ambos progenitores.

7.4 Derechos humanos en el puerperio

Como ya se ha señalado reiteradamente, los bebés también tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, reconocido en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño. Este artículo 24, en su apartado 2, en el epígrafe c), recoge que, para el disfrute de este derecho de los bebés, es necesario garantizar una atención sanitaria postnatal apropiada a las madres.

Además, el artículo 9 de la Convención de los derechos del Niño recoge que éste no será separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto

cuando, de conformidad a la ley, se determine que dicha separación es necesaria en el interés superior del niño.

Por su parte, las mujeres tienen derecho a una asistencia médica y de salud libre de discriminación y en igualdad de condiciones, tal y como señala el artículo de la CEDAW, que en su apartado 2 recoge, además, la obligación de garantizar a las mujeres servicios apropiados (y gratuitos, si fuera necesario) en el periodo posterior al parto, asegurando una nutrición adecuada durante la lactancia.

Las mujeres puérperas tienen, por tanto, derecho a una atención sanitaria, que debe ser integral, incluyendo, por tanto, también, la atención a su salud mental.

Por tanto, ambos, mujeres y niños, tienen reconocida su protección, siendo especialmente significativo (pero, también, débil e incipiente) el reconocimiento de la importancia de la díada madre-bebe. La mayor referencia a la protección postnatal es la relativa a la atención sanitaria postnatal apropiada a las madres, necesaria también para el disfrute del derecho a la salud de los bebés.

En todo caso, cuando de atención sanitaria se trata, es la OMS la organización responsable, como ya se ha señalado. Por tanto, la atención sanitaria a las mujeres y sus bebés durante la etapa postnatal se hará conforme a las recomendaciones de la OMS, recogidas en su guía: *"Recomendaciones sobre el cuidado materno y del recién nacido para una experiencia postnatal positiva"*⁷⁷¹.

Las mujeres puérperas, dentro de su derecho a servicios sanitarios apropiados, tienen también derecho a la atención de su salud mental de forma especializada; esto es, tienen derecho a ser atendidas por profesionales formados en atención a la salud mental perinatal.

La atención a la salud mental perinatal de las mujeres puérperas se hará conforme a las recomendaciones de la OMS, recogidas en sus directrices *"Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles"*⁷⁷².

⁷⁷¹ OMS, *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: <http://apps.who.int/iris>. (Consultado el 12 de septiembre de 2023).

⁷⁷² OMS, *Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.

Las mujeres que han sido madres tienen derecho al acceso al ámbito laboral sin ninguna forma de discriminación y en condiciones de igualdad con los hombres, tal y como recoge el artículo 11 de la CEDAW, que en su epígrafe 2 señala que, a fin de impedir la discriminación contra la mujer por razón maternidad y asegurar la efectividad de su derecho a trabajar, se debe prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de licencia de maternidad, y se deben implantar: *"licencias de maternidad con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo previo, la antigüedad o los beneficios sociales"*.

Además, en su artículo 4, apartado 2, la CEDAW señala que la adopción por los Estados Partes de medidas especiales encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria.

Por tanto, los Estados tienen obligación de tomar las medidas necesarias para acabar con las desigualdades y los malos resultados en salud derivados de los determinantes sociales de salud que inciden desfavorablemente sobre las mujeres puerperas y que han sido madres recientemente.

7.4.1 Falta de detección de problemas de salud mental materna en la etapa puerperal

Mujer de 32 años, derivada tras la cita de seguimiento ginecológico postparto a la consulta de psiquiatría de salud mental perinatal por medio del programa de interconsulta.

La mujer explica que dicha derivación fue motivada a petición propia, tras explicarle a la ginecóloga un incremento de la ansiedad tras el nacimiento de su segunda hija, un mes atrás, y antecedente de malestar afectivo en el postparto previo.

Cuenta que, después del parto de su primera hija, hace dos años, comenzó a experimentar elevada inquietud y sentimientos de inseguridad en su rol de madre y su capacidad de cuidados, presentando multitud de preocupaciones que le afectaban a su estado anímico, con mayor irritabilidad y tendencia al llanto. Cuenta que lo comentó con su médico de cabecera en el cuarto mes de postparto, tras llevar dos en aquella situación, pero éste le respondió que lo que le sucedía *"era normal"* en las madres primerizas, restándole importancia y sin realizar ninguna intervención ni derivarla a ningún recurso de evaluación o atención. Refiere que no volvió a consultar, pese a que, hasta que su hija cumplió el año, tuvo la sensación de que *"no era ella misma"*: estaba continuamente inquieta, preocupada, irritable y más bien triste, con vivencias de soledad y de no ser una madre adecuada para su hija, circunstancias que hicieron de su maternidad *"una experiencia muy*

penosa". Cuenta que ahora piensa que tuvo *"una depresión postparto"*, experimentando sentimientos de enfado porque *"nadie le explicó lo que le estaba pasando"*, así como negativa *"a volver a pasar por lo mismo otra vez"*. Por eso, al comenzar a sentirse nuevamente inquieta tras el nacimiento de su segunda hija, ha empezado a experimentar el temor de *"volver a ponerse igual de mal que estuvo"*, y ha insistido en ser evaluada por un profesional de la salud mental.

El presente caso muestra el problema de detección en materia de salud mental perinatal por parte de los proveedores habituales de salud debido, en parte, a las carencias formativas de los profesionales sanitarios, tal y como recoge la OMS en su *"Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles"*.

La detección de los problemas de salud mental perinatal es el primer paso y resulta imprescindible para proceder a su adecuada atención, mediante la puesta en marcha de intervenciones psicosociales y, en caso de precisarlo, llevar a cabo su derivación a profesionales especializados de la salud mental (psicología o psiquiatría), con experiencia en el campo perinatal, para brindar tratamiento psicológico y/o farmacológico.

La falta de detección de los problemas de salud mental en el postparto impide la adecuada atención sanitaria a las madres en el periodo posterior al parto, recogida como un derecho de la salud de las mujeres en el artículo 12 epígrafe 2 de la Convención de la CEDAW, y en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, en su epígrafe 2, entre las medidas que los Estados Partes deben asegurar para el cumplimiento del derecho al disfrute de los niños al máximo nivel de salud que sea posible.

7.4.2 Ausencia de apoyo psicosocial: Solitaria maternidad

Mujer de 23 años, estudiante de Derecho, que hace dos semanas ha tenido un bebé a término (semana 38 de gestación), en parto por cesárea urgente con anestesia general debido a un desprendimiento de placenta. El bebé no requirió cuidados neonatales, pero ella estuvo en Unidad de Reanimación durante 48 horas, requiriendo una transfusión de hemoderivados debido a importante pérdida sanguínea. Separación precoz al nacimiento de su bebé, al que no pudo sostener en brazos hasta 2 días después del parto, con vivencia inicial de extrañamiento (refiere que sentía que *"ese bebé no podía ser el suyo"*). Pese a su deseo de iniciar lactancia materna, no consigue instaurarla, y siente que no tiene el apoyo suficiente (el bebé no se engancha adecuadamente, ella tiene una baja producción de leche y el pediatra le ha alarmado porque el bebé no está ganando peso al ritmo que le correspondería), por lo que finalmente decide pasar a biberón.

Acude a consulta de Atención Primaria por intenso malestar afectivo que vivencia como fatiga extrema e incapacidad para ocuparse de su bebé. Refiere sensación de falta de apoyo por parte de la pareja, de 25 años, que está planteándose renunciar al permiso de paternidad, ya que en la empresa en que ha comenzado a trabajar recientemente le han insinuado que podrían no renovar el contrato de cara al próximo curso. Como es estudiante y nunca ha cotizado, ella no tiene derecho a ninguna prestación por maternidad, y tiene una gran incertidumbre respecto a la capacidad del núcleo familiar para mantenerse económicamente. Le quedan cuatro asignaturas para finalizar la carrera, pero refiere que, en las condiciones actuales, teniendo que ocuparse de un bebé, le está resultando imposible estudiar, y teme no conseguir la titulación en la convocatoria de este curso. Aunque ha solicitado plaza en una Escuela Infantil Pública, dada la alta demanda que hay de la misma y la ausencia de su condición de trabajadora se la han denegado, y ella no puede pagar los 600 euros mensuales que cuestan las guarderías privadas. Explica que no cuenta con apoyos familiares o sociales, ya que sus padres viven en otra Comunidad Autónoma y, además, no la apoyaron en su decisión de llevar adelante el embarazo (que no fue buscado). Cuenta que sus amigas están en un momento vital muy distinto al suyo, *"estudian y salen de fiesta, no comprenden ni remotamente todo por lo que estoy pasando"*. Refiere que se siente *"inútil como madre"*, al no haber sido capaz de establecer la lactancia materna para su bebé, y, aunque niega impulsos agresivos hacia el mismo, reconoce que a menudo se encuentra pensando que *"hubiera sido mejor que no naciera"*, tanto para su hijo como para ella.

En este caso, se pone de manifiesto la estrecha interrelación que existe entre el apoyo social y las políticas de protección a la maternidad y a los cuidados, el malestar afectivo de las madres y la interferencia con el establecimiento de un vínculo madre-bebé saludable.

Partiendo de una situación desfavorable para la vinculación afectiva primaria, como es la existencia de una urgencia médica en el parto (un desprendimiento de placenta) y una separación precoz madre-bebé inevitable (pero, probablemente, más prolongada de lo que la situación de emergencia inicial requería), la mujer no ha contado con ninguna clase de apoyo para hacer frente a las circunstancias. Por un lado, la ausencia de una prestación universal postparto la deja en una situación de precariedad económica en un momento en el que ella no puede trabajar y tiene que garantizar el cuidado de su bebé. Su pareja, que sí ha generado derecho a prestación por paternidad, se ve veladamente amenazado por la empresa, e impelido a renunciar a ella, dejando a la mujer sin apoyos reales en su proceso de recuperación de la cirugía y en los cuidados de su bebé. Su deseo de instaurar la lactancia materna tampoco ha podido materializarse, debido a la falta de apoyo sanitario (las lactancias después de las cesáreas pueden ser difíciles de conseguir y requieren un acompañamiento y un aprendizaje cercanos a los que ella no ha tenido

acceso); sufriendo, de hecho, cuestionamientos por parte del pediatra, que le indicó que pasara a leche de fórmula por dificultades en la ganancia ponderal del bebé, en lugar de buscar alternativas o apoyos específicos para tratar de hacer exitosa su lactancia. No se realiza derivación específica a la matrona de centro de salud (la figura experta en lactancia dentro del sistema público de salud), y no se ofrece a la mujer información sobre grupos de apoyo a la lactancia, que forma parte de los *"Diez pasos"* de la IHAN.

Además, la joven no cuenta con apoyo familiar (familia disgregada) ni social para llevar a cabo los cuidados de su bebé. Ni siquiera puede plantearse externalizar los cuidados, ya que no le dan acceso a una plaza pública en una Escuela Infantil y no puede afrontar el pago de una privada, viendo comprometido el final de su carrera universitaria por no poder delegar el cuidado de su bebé el tiempo que requiere para el estudio.

Esta realidad es contraria al artículo 27 de la Convención de los derechos del Niño, que recoge no sólo el derecho de todo niño *"a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social"*, sino que señala, en su epígrafe 3, que *"los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda"*. Este supuesto presenta una situación de elevada precariedad en la maternidad, en la cual la madre no está recibiendo apoyos suficientes para garantizar que ésta pueda proveerle del mencionado nivel de vida adecuado para su desarrollo.

Todas estas situaciones han contribuido a las vivencias de soledad, insuficiencia e incapacidad de la joven madre, desarrollando sintomatología depresiva por la cual precisa atención médica, pero, también, interfiriendo en la vinculación con su bebé, al que experimenta como *"una carga"*; situación que, a su vez, contribuye a alimentar sus sentimientos de culpa. Esto supone, además de un importante malestar psicosocial materno, un evidente menoscabo al derecho a la salud del bebé, que puede llegar a ver comprometido su desarrollo, debido a los problemas asociados a los trastornos vinculares y al rechazo materno.

Se observa en este caso que una gran cantidad de las recomendaciones de la OMS en cuanto a cuidado posnatal han sido desatendidas, pues la madre no ha recibido el apoyo necesario para cumplir sus deseos de establecer lactancia materna, ni cuenta con la implicación real de la pareja en los cuidados del recién nacido y del hogar, y no tiene activada una red de apoyo familiar o social. Se une, además, la precariedad económica, en la cual, al no tener acceso a una prestación por maternidad, se suma un añadido de riesgo de pobreza infantil para el bebé.

Además, la mujer relata una vivencia de falta de apoyo de su pareja, mediada por la cultura de su empresa, que es contraria a los principios de igualdad entre mujeres y hombres, observándose una ausencia de responsabilidad compartida entre ella y el padre, derivada de condicionantes sociales, en lo que respecta al bebé, contraviniendo lo recogido en el artículo 5, epígrafe b de la CEDAW, sobre la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, y en el artículo 18 de la Convención de los derechos del Niño, que señala la necesidad de poner el máximo empeño para conseguir *"el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño"*.

7.4.3 Quitar el pecho o no quitar: El problema de la lactancia y la incorporación laboral

Mujer de 37 años de edad que acude a su médico de cabecera por ansiedad. La mujer relata que tiene un bebé de tres meses (14 semanas), al que dio a luz por parto vaginal en semana 39 de gestación, sin incidencias en el postparto, aunque refiere grandes dificultades en el establecimiento de la lactancia, relacionadas con un mal enganche del bebé, pero también con una falta de técnica inicial de la madre (primeriza), así como con su tendencia a generar mastitis muy dolorosas, por las cuales llegó a precisar tratamiento antibiótico. Refiere que, gracias a la ayuda de su matrona y al grupo de lactancia del centro de salud, al que ha estado acudiendo semanalmente, consiguió salvar las dificultades iniciales y establecer la lactancia. Sin embargo, desde hace cuatro días está atravesando lo que le han explicado que es una *"crisis de la lactancia"*: su producción actual de leche no parece ajustarse a las necesidades de su bebé, que demanda continuamente el pecho (refiere que *"es como si se quedara con hambre"*), de tal forma que las tomas se han vuelto muy frecuentes, llegando a tener que darle de mamar cada media hora en algunos periodos temporales del día. Su matrona le ha explicado que el ofrecimiento del pecho al niño le permite estimular la producción y que es probable que en unos días vuelva a ajustar su producción de leche a la demanda, pero ella está muy angustiada porque dentro de diez días tiene que incorporarse a su puesto laboral y teme que la distancia física entre ambos, y no poder mantener el ofrecimiento ajustado a su demanda, acabe con su lactancia materna. Explica que, además, no está pudiendo hacer acopio de leche materna congelada para el momento de su incorporación, ya que no produce lo suficiente. Expresa intensas vivencias de culpa y enfado respecto a la incorporación laboral y a los consejos que está recibiendo sobre la lactancia. Refiere que su madre le ha recomendado retirar el pecho e iniciar la adaptación al biberón para que su bebé *"no sufra tanto"* con su incorporación. Cuando piensa en los distintos escenarios, se siente muy inquieta y lábil, llegando incluso a romper a llorar. Ha tenido dos crisis de ansiedad, una de

ellas en el contexto de intentar extraerse leche con el sacaleches para cuando ella se incorpore, y otra después de haber ido a visitar la guardería en la que finalmente la va a dejar.

Pese a los esfuerzos nacionales e internacionales por fomentar unas mayores tasas de lactancia materna (debido a su asociación con mayores índices de salud a corto, medio y largo plazo), el abandono temprano de la misma sigue siendo muy elevado. Algunos autores han señalado que la reincorporación laboral temprana, es uno de los principales factores de influencia sobre la lactancia materna, junto con el estatus socioeconómico de la madre y la información obtenida por la madre acerca de la lactancia materna en el periodo prenatal⁷⁷³.

La actualización de la OMS en materia de lactancia materna aparece recogida en su documento *"Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciativa hospitales amigos del niño 2018"*⁷⁷⁴. Sus recomendaciones sobre nutrición del lactante y lactancia materna (exclusiva y a demanda hasta los 6 meses de edad y complementaria hasta al menos los 2 años de edad) colisionan frontalmente con la brevedad del permiso por maternidad en España, limitado a 16 semanas (algo menos de 4 meses).

Impedir a los bebés acceder a su nutrición óptima tiene importantes implicaciones en salud, puesto que la lactancia materna se ha demostrado como protectora de multitud de enfermedades a lo largo de la vida, y puede implicar, también, una pérdida de bienestar, puesto que la lactancia materna se asocia a mejores indicadores de desarrollo y de bienestar infantil, y a menor sintomatología ansiosa y depresiva en las madres que amamantan. La falta de apoyo estatal, por medio de políticas que protejan y promuevan la lactancia materna desde una perspectiva multisectorial, es contraria a las tres recomendaciones de la Asamblea Mundial de la Salud dedicadas a la nutrición materna e infantil. Dos de ellas fueron aprobadas en el año 2016, en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud ("*Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre a la Nutrición (2016-2025)*")⁷⁷⁵, y "*Eliminación de la promoción inadecuada de*

⁷⁷³ SAYRES, S. VISENTIN, L., "Breastfeeding: uncovering barriers and offering solutions", *Current Opinion in Pediatrics*, 2018, vol. 30, nº 4, pp. 591-596.

⁷⁷⁴ OMS y UNICEF, *Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciativa hospitales amigos del niño 2018*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326162/9789243513805-spa.pdf?sequence=1>. (Consultado el 7 de marzo de 2021).

⁷⁷⁵ OMS, "*Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre a la Nutrición (2016-2025)*". 69ª Asamblea Mundial de la Salud; 2016. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R8-sp.pdf. (Consultado el 2 de septiembre de 2022).

alimentos para lactantes y niños pequeños" ⁷⁷⁶), y la última, en el año 2018, en la 71ª Asamblea Mundial de la Salud ("*Alimentación del lactante y del niño pequeño"* ⁷⁷⁷).

La incorporación temprana a la actividad laboral (antes de los 6 meses), especialmente cuando se produce de forma contraria a los deseos de la madre, puede suponer la finalización, u obstaculización, de la nutrición óptima para el bebé, que es la lactancia materna exclusiva, suponiendo una pérdida de la salud y el bienestar de ambos, contraria a los derechos básicos de salud en la etapa postnatal, refrendados en el artículo 24 de Convención de los derechos del Niño (artículo 24) y en el 14 de la CEDAW.

Efectivamente, la falta de apoyo institucional a la lactancia materna supone un compromiso del derecho de la infancia a gozar del máximo nivel de salud posible, recogido en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, y que en su epígrafe 2, en los apartados c) y e), recoge la obligación de los Estados Partes de tomar las medidas necesarias para garantizar la óptima nutrición infantil y el conocimiento de todos los sectores sociales y de las familias de las ventajas de la lactancia materna.

De todo lo expuesto, se desprende la innegable necesidad de proteger el contacto estrecho y continuado de la madre y su bebé en los primeros 6 meses de vida como medida fundamental para promover la lactancia materna, que es la nutrición óptima para el bebé, así como que esta necesidad no está siendo adecuadamente satisfecha con las actuales prestaciones por maternidad españolas, como sucede en el caso presentado.

7.4.4 "Morirse" de sueño: La falta de apoyo social a las necesidades en la crianza

Niño de 5 meses de edad que es llevado a consulta de pediatría de Atención Primaria por dificultades en el sueño. Se trata de un niño sano, nacido a término en semana 39, con peso de 2.850 g al nacimiento, que no requirió observación neonatal. Cribados neonatales negativos. Lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses. Hitos del desarrollo dentro de la normalidad: presenta sonrisa social, sostén cefálico adquirido, se gira ante ruidos y ante voces familiares.

⁷⁷⁶ OMS, *Eliminación de la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños*. 69ª Asamblea Mundial de la Salud; 2016. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R9-sp.pdf. (Consultado el 2 de septiembre de 2022).

⁷⁷⁷ OMS, *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. 71ª Asamblea Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279518/A71_R9-sp.pdf. (Consultado el 8 de septiembre de 2022).

Respecto al sueño, la madre, una mujer de 37 años, refiere adquisición del patrón nocturno entorno a los dos meses y medio, cuando empezó a dormir entre cuatro y cinco horas seguidas (previamente, tenía despertares cada dos horas, aproximadamente, y volvía a conciliar tras toma de lactancia materna). Explica la madre que, desde su incorporación laboral –tres semanas atrás–, se ha producido una importante regresión del sueño nocturno de su hijo, con dificultad para la conciliación (no se duerme antes de las diez y media de la noche, y sólo tras un largo rato de mecerlo en brazos) y despertares frecuentes (aproximadamente cada hora) durante toda la noche, mostrando muchas dificultades para volver a dormirse. La madre expresa importante deterioro familiar por este motivo. Ella es profesora y su pareja es policía, refiere que el rendimiento laboral de ambos se ve altamente interferido por la falta de descanso; situación que, además, les está repercutiendo negativamente en el estado anímico, y que considera como el origen de las frecuentes disputas que mantienen en el domicilio respecto a los cuidados del menor.

La madre explica que el niño ha comenzado a ir a una guardería, donde al parecer *"pasa un gran número de horas dormido"*. Sin embargo, por las tardes y las noches, después de la jornada laboral, él se encuentra muy despierto y activo, requiriendo de forma continuada la atención y presencia de sus padres.

La madre se encuentra desbordada ante la falta de descanso nocturno, refiere no sentirse capaz de mantener sus competencias diarias en esas condiciones, dice *"siento que me voy a morir de sueño"*, y explica que se ha estado informando de diversos métodos y planes de sueño infantil. Cuenta que ella siempre se ha considerado contraria a dejar al niño llorar, pero explica que se ha visto tan desesperada que, durante una semana, intentó aplicar el denominado *"método Estivill"*, sin atender al llanto de su bebé. Cuenta que, durante esos días, su hijo estuvo llorando durante varias horas hasta dormirse; y que, aun así, mantenía varios despertares nocturnos, durante los cuales también lloraba. Explica que ella se angustiaba mucho escuchándolo, por lo que tampoco conseguía descansar, así que decidió interrumpir la aplicación del método. Desde hace cinco días colecciona con el bebé en su cama; explica de ese modo el bebé continúa despertándose cada hora, pero tarda menos en dormirse. Consulta por la posibilidad de administrar algún hipnótico al bebé que sea seguro para él y facilite el descanso de toda la familia.

Este caso muestra, nuevamente, la influencia de los determinantes sociales de salud en las familias con niños pequeños, y su capacidad para generar inequidades y empeorar los resultados de salud.

Las políticas de conciliación no recogen todavía una de las dificultades más cotidianas a las que se enfrentan numerosas madres y padres en el cuidado de sus criaturas, como es la pérdida de horas de sueño y la diferencia que

existe entre los ritmos de descanso de los bebés y las personas adultas⁷⁷⁸. Esta realidad, que puede parecer una preocupación sin relevancia o un mal menor, es causa de un importante deterioro en la salud de las familias, debido a los efectos deletéreos que asocia la privación de sueño mantenida⁷⁷⁹.

Los padres y las madres de los niños pequeños suelen preocuparse al encontrar que sus hijos no duermen como los adultos, y es frecuente que las necesidades de sus bebés a menudo interrumpen su propio descanso. Especialmente en los primeros meses de vida, los bebés necesitan también una alimentación nocturna, aunque los requerimientos en frecuencia y cantidad varían mucho en función del individuo. En general, las características del sueño en las primeras etapas de la vida difieren de modo significativo respecto de la edad adulta, siendo sus ciclos de sueño más cortos y profundos, y con frecuentes despertares en el cambio de fase⁷⁸⁰. En su primer año de vida, los niños presentan a menudo un sueño fragmentado, con necesidades de alimentación, afectivas y de contacto físico durante las noches. Ello genera que, habitualmente, los patrones de sueño parentales se ven repercutidos por el desarrollo de los ritmos cronobiológicos de sus hijos.

Dentro del rango de la normalidad, la adquisición de un ritmo cronobiológico con sueño nocturno continuado es muy variable de unos niños a otros. Se ha comprobado que la exposición del bebé a los ciclos diurnos y nocturnos de luz y oscuridad les puede ayudar a desarrollar el ritmo circadiano (al que permanecía ajeno en su vida intrauterina). El contacto piel con piel de la madre también puede favorecer su conciliación del sueño. Frecuentemente, la incorporación laboral de la madre se asocia a una inversión del ritmo del sueño del bebé (con mayor tendencia a dormir cuando la madre no está, y a permanecer despierto cuando ésta se encuentra disponible para el bebé), y un mayor número de despertares, que, probablemente, reflejen el estrés emocional adaptativo que está experimentando el bebé ante la separación de su madre.

La educación parental permitirá a los adultos cambiar su conceptualización del sueño infantil como un problema del bebé concreto a resolver, para entenderlo como parte del desarrollo evolutivo dentro de la normalidad, hito para

⁷⁷⁸ BATHORY, E., TOMOPOULOS, S., “Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children”, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 2017, vol. 47, n° 2, pp. 29-42.

⁷⁷⁹ LIEW, SC., AUNG, T., “Sleep deprivation and its association with diseases- a review”, *Sleep Medicine*, 2021, n° 77, pp. 192-204; MULLINGTON, JM., HAACK, M., TOTH, M., SERRADOR, JM., MEIER-EWERT, HK., “Cardiovascular, inflammatory, and metabolic consequences of sleep deprivation”, *Progress in Cardiovascular Diseases*, 2009, vol. 51, n° 4, pp. 294-302.

⁷⁸⁰ CERQUEIRA, ACDR., CARDOSO, MVLML., VIANA, TRF., LOPES, MMCO., “Integrative literature review: sleep patterns in infants attending nurseries”, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2018, vol. 71, n° 2, pp. 424-430.

el cual necesita el acompañamiento de sus progenitores⁷⁸¹. Sin embargo, es innegable la repercusión que el mal descanso nocturno tiene en el estado afectivo y neurocognitivo de los adultos a cargo, llegando a suponer una grave interferencia a la hora de cumplir con las exigencias y ritmos de la vida laboral adulta⁷⁸². Por ello, resultaría necesario la mayor flexibilización del sistema, permitiendo retrasar, disminuir o adaptar las demandas sobre los progenitores de niños pequeños, que con frecuencia no cumplen con sus propias necesidades de descanso para atender a los de sus hijos.

Así, en la Convención de los derechos del Niño, en su artículo 27, se reconoce el derecho de la infancia *"a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social"*, recogiendo que la responsabilidad de proporcionar las condiciones de vida necesarias para el desarrollo del niño es de *"los padres u otras personas encargadas"*, pero que los Estados Partes deberán adoptar *"medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo"*. Esto es, aunque la responsabilidad del cuidado infantil es de los padres, el Estado debe proporcionarles apoyos para garantizar el desarrollo integral de la infancia.

También la CEDAW en su artículo 11, referido a la eliminación de la discriminación contra la mujer en el empleo, recoge en su epígrafe 2. c) la responsabilidad de los Estados Partes en alentar y dar apoyos que permitan a los padres combinar las obligaciones laborales con las familiares.

Así, dentro de los derechos internacionalmente reconocidos, se recoge la necesidad de brindar apoyos estatales a los padres para que estos puedan atender adecuadamente todas sus obligaciones y ofrecer a sus hijos los cuidados necesarios para su mejor desarrollo.

Las necesidades y los ritmos infantiles, especialmente en el primer año de vida, están claramente diferenciados de los adultos, y las madres y los padres a menudo precisan apoyos específicos para poder atenderlos sin descuidar a sus hijos ni desatender otras obligaciones.

Nuevamente, el acceso a permisos parentales más prolongados, o una mejor protección de las necesidades materno-infantiles, son medidas de salud para muchas madres y padres de bebés, que, influidos por el cansancio extremo

⁷⁸¹ WHITTINGHAM, K., DOUGLAS, P., "Optimizing parent-infant sleep from birth to 6 months: a new paradigm", *Infant Mental Health Journal*, 2014, vol. 35, nº 6, pp. 614-23.

⁷⁸² DURMER, JS., DINGES, DF., "Neurocognitive consequences of sleep deprivation", *Seminars in Neurology*, 2005, vol. 25, nº 1, pp. 117-129.

de las noches sin dormir, se sienten impelidos a escoger entre desatender las necesidades de sus hijos por las noches, o renunciar a su propio bienestar mental y físico de manera continuada al no cumplir con sus propias necesidades de sueño y descanso.

7.4.5 Separación madre-bebé obligada en una hospitalización psiquiátrica

Mujer de 36 años de edad, sin antecedentes en salud mental de interés, que es trasladada al Servicio de Urgencias a instancias de su marido por episodio psicótico. La mujer se encuentra en periodo puerperal, tras haber dado a luz, trece días atrás, a su primera hija, una niña sana. El parto fue a término, espontáneo, por vía vaginal, sin incidencias. Su marido relata que empezó a notar cambios afectivos ya al tercer día postparto, al llegar a casa, encontrando a la mujer muy lábil a nivel emocional, verbalizando preocupaciones excesivas respecto al bienestar del niño. Refiere que, en los días siguientes, la mujer se mostraba muy abatida, por momentos confusa, con elevada inquietud psicomotriz e incapacidad para conciliar el sueño, situación acrecentada por los frecuentes despertares del niño. Por este motivo, hace dos días optó por iniciar lactancia mixta con fórmula artificial, para que el padre pudiera alimentarla por la noche y ella garantizara su descanso nocturno. Pese a ello, la mujer no ha sido capaz de conciliar el sueño en las últimas cuarenta y ocho horas, y en el último día ha comenzado a presentar un discurso incoherente, refiriendo que el bebé que tiene su marido entre sus brazos no es su hijo, que se lo han cambiado; mostrándose muy inquieta en algunos momentos y perpleja en otros. Ha llegado a expresar que tiene que deshacerse de ese bebé extraño para que le devuelvan a su hija. Su marido, enormemente preocupado, le ha explicado que, si no accedía a ir con él a Urgencias para que la valoraran, tendría que llamar a los servicios de emergencias para que la trasladaran, por lo que ella, finalmente, ha accedido a ir.

Tras la evaluación, el psiquiatra de guardia emite un juicio clínico de Psicosis puerperal e indica su ingreso involuntario en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) psiquiátrica. Dado que se trata de una unidad cerrada, con acceso restringido, el padre solicita que el bebé ingrese con ella y permanecer como acompañante para tratar de favorecer el vínculo afectivo entre la madre y su bebé, así como preservar la lactancia materna, algo que su mujer, estando aún lúcida, le había manifestado que era muy importante para ella. Esta solicitud se deniega. Además, el jefe de hospitalización psiquiátrica rechaza la posibilidad de que el bebé entre en la planta a modo de visitas, al considerar que en dicha planta no se puede garantizar su protección, indicando únicamente que, cuando la paciente se encuentre estabilizada y pueda obtener permisos terapéuticos de salida, podrá ver a su bebé en el exterior de la unidad. Del mismo modo, con el inicio de tratamiento farmacológico (litio combinado con un antipsicótico) se considera contraindicada la lactancia materna, indicando su interrupción absoluta.

La mujer permanece ingresada cinco semanas en la planta de psiquiatría hasta su estabilización psicopatológica, sin poder disfrutar de permisos terapéuticos hasta la cuarta semana. Previamente, sólo le es permitido ver a su bebé en dos ocasiones de forma fugaz, en el pasillo que hay entre las dos puertas que cierran la unidad de hospitalización.

El caso expuesto muestra las deficiencias estructurales en la atención sanitaria a la díada madre-bebé cuando la madre requiere atención específica en los dispositivos intensivos de la red de salud mental. La madre presenta una afección grave (una psicosis puerperal) que requiere ingreso hospitalario, pero dicho ingreso se realiza a costa de una separación madre-bebé, con las consecuencias en salud para ambos que dicha separación puede tener. Además, no se ofrecen alternativas o vías intermedias, privando a un bebé de dos semanas de la presencia de su madre durante casi un mes; y, del mismo modo, impidiendo a la madre establecer una vinculación afectiva con su bebé, de por sí ya más dificultada por su trastorno mental.

Desde una atención en salud basada en el enfoque en derechos humanos, se encuentra la vulneración del principio de aceptabilidad, según el cual *"todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital"*. No es aceptable que a una madre se le impida permanecer con su bebé, imponiéndole un régimen hospitalario que no contempla las necesidades propias del ciclo vital (periodo neonatal).

En el artículo 9 de la Convención de los Derechos del Niño se recoge que el niño no debe ser separado sus padres contra la voluntad de éstos, *"excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño"*⁷⁸³. El presente trabajo ha explicado ya, detalladamente, que el interés superior de un bebé es permanecer junto a su madre siempre que resulte posible, incluyendo numerosas situaciones en las cuales la madre puede estar padeciendo problemas de salud mental, tales como depresión (ofreciendo, siempre, apoyo a la madre). Entendiendo que, en efecto, una hospitalización psiquiátrica es una circunstancia excepcional, cabe señalar que es materialmente posible, y beneficioso a nivel de salud, no llevar a cabo esta separación, como de hecho sucede ya en otros países (el ejemplo paradigmático es Reino Unido), donde ya existen unidades de hospitalización madre-bebé. La Convención de los derechos del Niño, en el mismo artículo 9, epígrafe 1, pone como ejemplos de casos particulares en los cuales la separación del niño puede ser necesaria situaciones en las cuales *"el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de*

⁷⁸³ Convención de los derechos del Niño

sus padres o cuando éstos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño". El supuesto presente no se ajusta, en ningún caso, a las mencionadas circunstancias de maltrato, descuido o separación de ambos progenitores.

Además, en el supuesto que nos ocupa se añade la vulneración del derecho a la autonomía de la madre, al desoír los deseos respecto a mantener la lactancia materna, indicando su retirada, pese a existir una gran cantidad de psicofármacos compatibles con la misma, y sin hacer una adecuada valoración del riesgo/beneficio de la retirada de la lactancia en el proceso de vinculación afectiva madre-bebé. Esto, además de violar un derecho básico (autonomía) es absolutamente contrario a todas las recomendaciones de la OMS respecto a lactancia materna y nutrición óptima en la primera infancia, y puede suponer un compromiso de la salud y del bienestar tanto de la madre como del bebé.

7.4.6 Desconocimiento de los protocolos de no separación del lactante en el sistema sanitario

Mujer de 32 años de edad que acude al Servicio de Urgencias hospitalarias por tumefacción facial y fiebre. Acude con su bebé lactante, de 6 semanas de edad, que mantiene lactancia materna exclusiva a demanda.

Al ser atendida en consulta de Urgencias general, el médico contempla a la madre, que sostiene al bebé en brazos, y le espeta que no debería haber traído a su bebé a un entorno como ese, que puede contagiarse de cualquier cosa, y que tenerlo con ella en Urgencias *"es un asesinato"*. La madre refiere quedarse paralizada, sin saber qué responder. El médico realiza una exploración clínica adecuada, y avisa al ortorrinolaringólogo de guardia, que diagnostica una celulitis facial grave con afectación orbitaria e indica la necesidad de un ingreso hospitalario para administrar antibioterapia intravenosa. Le refieren entonces que la bebé no puede permanecer en urgencias a la espera de ingreso, ni puede ingresar con ella en la planta de hospitalización. La madre rompe a llorar, angustiada ante la separación obligada de su bebé, hasta considerar un rechazo del ingreso, que, según le insisten los médicos de urgencias, es imprescindible.

La enfermera que la atiende, conmovida ante la angustia de la paciente, plantea la posibilidad de comentar la situación con el servicio de pediatría. Finalmente, se decide ingresar a la madre de manera periférica en la planta de pediatría, a cargo del servicio de medicina interna, de manera que su hija puede permanecer con ella en el ingreso.

Los hospitales deben facilitar los espacios adecuados para la atención y el ingreso de madres lactantes que lo requieran. Esto es conforme al artículo

9 de la Convención de los derechos del Niño, que recoge que los niños no deben ser separados de sus padres contra la voluntad de éstos, y a la Convención de la CEDAW, que en su artículo 12 epígrafe b) recoge la necesidad de garantizar la adecuada atención postnatal, asegurando una adecuada nutrición durante la lactancia (pudiendo entenderse que la atención postnatal debe producirse, también, atendiendo a la salud materna aun cuando el motivo de ingreso o de asistencia sanitaria es otro diferente). También lo es conforme al principio básico de aceptabilidad, dentro del enfoque en derechos humanos de la salud, que recoge que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital (esto es, el ingreso hospitalario de una mujer en periodo de lactancia materna exclusiva debe atender a las necesidades propias de ese momento vital).

En este caso concreto, existía un protocolo hospitalario en activo que garantizaba dicho derecho, pero los profesionales de urgencias o no estaban informados o, estándolo, lo ignoraron. Existe un protocolo de la Asociación Española de Pediatría (AEP) al respecto (*"Recomendaciones para profesionales sanitarios que atienden madres lactantes que precisan ingreso, pruebas u otras circunstancias especiales"*), publicado en 2017⁷⁸⁴. Sin embargo, los profesionales de urgencias de este caso no estaban informados de este protocolo, no partió de ellos consultar sobre la posibilidad de ingresar a una mujer con su bebé alimentado por lactancia materna exclusiva, y, lo más preocupante, la mayoría de ellos consideraban que separar a una madre lactante de su bebé de mes y medio de edad era un procedimiento correcto.

De nuevo, se demuestra que no basta el reconocimiento de los derechos en materia de maternidad e infancia, ni siquiera la elaboración adecuada de protocolos, para que éstos sean efectivos: ante todo, resulta necesaria la formación y concienciación de los profesionales sanitarios en primera instancia, y de la sociedad en un sentido más amplio, para garantizar su aplicación real y efectiva. Se destaca, también, la necesidad de aplicar autoevaluaciones y monitorizaciones periódicas de adherencia a los propios protocolos, tal y como recomienda la OMS, para medir el impacto de las medidas destinadas a facilitar la cercanía madre-bebé, puesto que de nada sirve tener protocolos perfectamente acordes a los mejores estándares de salud, si no se hacen efectivos en la práctica cotidiana.

⁷⁸⁴ ARES, S., DÍAZ, M., "Recomendaciones para profesionales sanitarios que atienden madres lactantes que precisan ingreso, pruebas u otras circunstancias especiales", *Asociación Española de Pediatría*. Comité de Lactancia Materna de la AEP, 2017.