

CAPÍTULO VIII. CRIANZA Y CUIDADO DE LA PRIMERA INFANCIA HASTA LOS 3 AÑOS DE VIDA

8.1 Exposición de hechos: Necesidades específicas de la infancia en los primeros tres años de vida

El presente Capítulo excede los límites teóricos del periodo denominado perinatal según la OMS, que queda delimitado al primer año postparto de la vida del infante y de la madre. Sin embargo, en salud materno-infantil, la continuidad existente entre los procesos vinculares iniciados desde el momento del nacimiento, o incluso antes, y el desarrollo infantil a lo largo de la primera infancia, hacen recomendable completar la evaluación de los procesos que acontecen entre las madres y sus hijos en la etapa perinatal hasta que éstos tienen, aproximadamente, tres años de vida⁷⁸⁵. El estado de salud mental que ha tenido la madre a lo largo de los procesos perinatales de embarazo, parto y postparto, y la calidad del vínculo afectivo que haya establecido con su infante correlacionan, en un alto porcentaje, con el bienestar maternal, la relación madre-hijo y el estilo de apego que presentará el infante de corta edad, entre el año y los tres años de vida⁷⁸⁶.

La primera infancia constituye una etapa fundamental en el ciclo de la vida humana. Se entiende por ciclo vital el proceso de crecimiento y desarrollo que tiene lugar a lo largo de la vida, desde el nacimiento hasta el momento de la muerte⁷⁸⁷. A su vez, el desarrollo infantil hace referencia al conjunto de cambios biológicos y psicológicos que acontecen, en un proceso continuo, desde el momento del nacimiento y hasta el final de la adolescencia, por medio de

⁷⁸⁵ GUEDENEY, A., GUEDENEY, N., WENDLAND, J., BURTCHEN, N., “Treatment - mother-infant relationship psychotherapy”, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2014, vol. 28, nº 1, pp. 135-145.

⁷⁸⁶ BRASSEL, A., TOWNSEND, ML., PICKARD, JA., GRENYER, BFS., “Maternal perinatal mental health: Associations with bonding, mindfulness, and self-criticism at 18 months’ postpartum”, *Infant Mental Health Journal*, 2020, vol. 41, nº 1, pp. 69-81; HAZELL RAINE, K., NATH, S., HOWARD, LM., COCKSHAW, W. BOYCE, P. SAWYER, E. THORPE, K., “Associations between prenatal maternal mental health indices and mother-infant relationship quality 6 to 18 months’ postpartum: A systematic review”, *Infant Mental Health Journal*, 2020, vol. 41, nº 1, pp. 24-39; BRANJERDPORN, G., MEREDITH, P., STRONG, J., GARCIA, J., “Associations Between Maternal-Foetal Attachment and Infant Developmental Outcomes: A Systematic Review”, *Maternal and Child Health Journal*, 2017, vol. 21, nº 3, pp. 540-553.

⁷⁸⁷ GARCÍA SUSO, A., LUIS VERA CORTÉS, ML., *El ciclo vital y la salud humana. Actualizaciones año 2002* / coord. por María Paz Mompert García, 2002, pp. 61-78.

los cuales la persona alcanza su autonomía y es capaz de desempeñar sus funciones, actividades y roles sociales.

El desarrollo en la infancia pivota sobre cinco grandes áreas, que son: el crecimiento físico, el desarrollo cognitivo, el desarrollo socioemocional, el desarrollo comunicativo y del lenguaje, y el desarrollo sensorio-motor. El desarrollo se produce en la interacción entre factores genéticos y ambientales, y se caracteriza por la resolución de retos y adquisición de habilidades propias de cada etapa, si bien es importante entender que los rangos etarios no son estancos, y puede haber grandes diferencias entre individuos, e, incluso, entre grupos humanos, mediadas por el entorno cultural y social.

En su Observación General número 7, el Comité de los derechos del Niño reconoce las características especiales de la primera infancia, que considera un periodo fundamental para la realización de los derechos de las niñas y niños, y que fueron ya enumeradas en el Capítulo II de este trabajo, sobre la ética de los cuidados. En concreto, el Comité señala la importancia para la primera infancia de los vínculos emocionales fuertes *"con sus padres u otros cuidadores, de los que necesitan recibir cuidado, atención, orientación y protección, que se ofrezcan de maneras que sean respetuosas con su individualidad y con sus capacidades cada vez mayores"*, y reconoce que los primeros años de vida son la base para *"su salud mental y física, su de su seguridad emocional, de su identidad cultural y personal y del desarrollo de sus aptitudes"*⁷⁸⁸.

Al reconocer que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, el enfoque sobre el ciclo vital enfatiza las oportunidades que supone la inversión en las primeras etapas de desarrollo, puesto que el mayor beneficio en la salud de un grupo de edad se deriva de intervenciones realizadas sobre edades anteriores.

El propio Comité de los derechos del Niño incide en que el establecimiento de estrategias adecuadas para la prevención de enfermedad y promoción de la salud en la primera infancia ha demostrado tener una influencia positiva en el bienestar y las perspectivas de futuro de los más pequeños, y supone una forma de prevenir dificultades personales, sociales y educativas en etapas posteriores de la vida⁷⁸⁹.

⁷⁸⁸ ONU, Observación General n° 7 del Comité de los derechos del niño. Apartado 6.

⁷⁸⁹ Observación General n° 4 sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes, 2003.

⁷⁹⁰ VIET, TH., NANTHAMONGKOLCHAI, S., MUNSAWAENG SUB, C., PITIKULTANG, S., "Positive Parenting Program to Promote Child Development Among Children 1 to 3 Years Old: A Quasi-Experimental Research", *Journal of Primary Care & Community Health*, 2022, n° 13, 21501319221089763.

La intervención sobre la primera infancia se ofrece, por tanto, como una vía eficaz para la promoción de desarrollos positivos y ciclos vitales saludables que resulten favorables para la vida de las personas.

Tanto la OMS como UNICEF señalan que los primeros tres años de vida son una edad crítica a nivel biológico y del desarrollo; en esta etapa, las intervenciones destinadas a desarrollar una parentalidad positiva resultan ser más eficaces sobre la salud de los infantes⁷⁹⁰.

Tal y como recoge UNICEF, los estudios en neurociencias señalan que el máximo desarrollo cerebral se produce desde el crecimiento uterino hasta los tres primeros años de vida, y que, durante este proceso, es fundamental la interacción entre los genes y las experiencias vitales –incluyendo entre estas últimas la nutrición, la comunicación, el juego, la protección y la atención receptiva de los cuidadores–⁷⁹¹. Señala también que, sin embargo, multitud de niños a lo largo del mundo se ven privados de elementos fundamentales para su desarrollo cerebral, como son “comer, jugar y amar”.

UNICEF destaca que una gran parte de la población no es consciente de la importancia de los primeros años de vida y no exige políticas, programas ni financiación al respecto. Refiere que las medidas para atajar esta situación son costo efectivas y fácilmente aplicables, recogiendo que, según la revista *The Lancet*: “sólo costaría 0,5 dólares de los Estados Unidos más al año por persona añadir a un paquete integrado de servicios de atención materno-infantil de salud y nutrición los servicios de cuidado cariñoso y sensible a las necesidades de los niños”⁷⁹².

Ya se señaló previamente que el Comité de los derechos del Niño reconoce que cada vez más niños crecen en contextos caracterizados por la multiculturalidad y los rápidos cambios sociales, y alienta a los Estados Partes a adoptar las medidas necesarias en función de estos contextos propios y cambiantes, respetando en la medida que sea posible los valores tradicionales, siempre que estos no sean contrarios a los derechos de los menores; esto es, siempre que no resulten contradictorios, ni contrarios para la salud y el bienestar del menor, ni a su interés superior⁷⁹³.

⁷⁹¹ UNICEF, *Orientación programática de UNICEF para el desarrollo de los niños y las niñas en la primera infancia*. Nueva York: División de Programas de UNICEF; 2017.

⁷⁹² BLACK, MM., WALKER, SP., FERNALD, LCH., ANDERSEN, CT., DIGIROLAMO, AM., LU, C., MCCOY, DC., FINK, G., SHAWAR, YR., SHIFFMAN, J., DEVERCELLI, AE., WODON, QT., VARGAS-BARÓN, E., GRANTHAM-MCGREGOR, S., *Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee*, “Early childhood development coming of age: science through the life course”, *The Lancet*, 2017, vol. 389, nº 10064, pp. 77–90.

⁷⁹³ Véase Observación General número 7 del Comité de los derechos del niño, apartado 8.

En la misma Observación General número 7, el Comité de los derechos del Niño insiste que el cumplimiento de los derechos de los niños pequeños, especialmente de los *"muy pequeños"*, pasa por atender sus necesidades específicas de cuidado físico, atención emocional y orientación respetuosa, y recoge que el respeto a los intereses, experiencias y problemas bien diferenciados que experimentan los niños en esta etapa es el único punto de partida posible para la realización de sus derechos⁷⁹⁴.

El informe del Relator Especial del año 2015, titulado *"El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"*⁷⁹⁵, en su apartado 54, recoge que:

"Desde la aprobación de la Convención en 1989, hay cada vez más datos sobre "nuevas formas de morbilidad" de los niños relacionadas con la comprensión de que la salud física y mental del niño en la primera infancia se ve afectada por el medio ambiente, incluidas las relaciones en el seno de la familia, la comunidad y la sociedad en general. Esto ha dado lugar a la consideración de las cuestiones de desarrollo y conducta como componentes centrales de la pediatría moderna".

Señala, también, que el derecho a la salud en la primera infancia debe ir respaldado por legislaciones que aborden adecuadamente los determinantes sociales y otros determinantes básicos de la salud, integrando la aplicación de los principios de promoción de la salud, atención primaria, salud mental y servicios sociales. Así, se recoge que la protección a la salud infantil implica abordar los contextos en los cuales se desarrollan los niños, y se reconoce de nuevo la importancia de la salud mental también en la etapa infantil. El papel de los profesionales sanitarios para capacitar y apoyar a las madres y los padres en la crianza infantil es fundamental, y el Relator Especial recoge con preocupación que la formación de los profesionales de la salud continúe centrándose en aspectos biomédicos, señalando que aquellos que trabajan con familias y niños pequeños:

"deben estar capacitados para tratar cuestiones relacionadas con el desarrollo emocional y cognitivo de los niños y en condiciones de transmitir a los padres conocimientos y aptitudes básicas acerca del cuidado y la crianza de los hijos de manera adecuada y no violenta".

El Relator recoge, asimismo, las especiales necesidades de apoyo de las familias y los padres en situaciones de riesgo o vulnerabilidad, entre las cuales se encuentra la enfermedad mental o la adicción o sustancias. Señala que

⁷⁹⁴ La Observación General número 7 del Comité de los derechos del niño recoge estas necesidades en los apartados 5 y 7.

⁷⁹⁵ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras A/HRC/29/332 de abril de 2015.

estas dos últimas circunstancias no son, en sí mismas, indicadores de mala crianza, sino de situación de riesgo, y explica la necesidad de que estas familias tengan acceso a servicios adecuados de apoyo que alienten el desarrollo de relaciones saludables con sus hijos, luchando contra la penalización que a menudo sufren y que los incita en ocasiones a alejarse de los servicios sociales y de salud, por miedo a ser detenidos o a perder a sus hijos.

Para entender adecuadamente las necesidades primarias de los infantes en los primeros años de vida resulta necesario recurrir a la investigación y la evidencia científica sobre el desarrollo infantil. En este punto, es imprescindible realizar un somero repaso sobre la teoría del apego.

8.1.1 Teoría del apego y desarrollo infantil

La teoría del apego fue formulada inicialmente por el psicoanalista británico John Bowlby (1907- 1990), a raíz de la encomienda que le realizó la OMS, tras la II Guerra Mundial, de estudiar las necesidades de los menores sin familia y sus repercusiones en su salud mental. Bowlby concluyó, tal y como se ha explicado en el Capítulo II, que la tendencia del niño a formar un vínculo fuerte y fundamental con una figura materna forma parte de una herencia evolutiva arcaica, cuya función es la supervivencia de la especie, y que esa tendencia es independiente de otras necesidades, como la alimentación, pero igual de imprescindible⁷⁹⁶.

En palabras de Bowlby:

*"La teoría del apego es una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de extender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión, enfado cuando son abandonados o viven una separación o pérdida"*⁷⁹⁷.

La teoría del apego ha sido ampliamente demostrada mediante numerosos estudios científicos, y han contribuido a explicarla múltiples ramas del conocimiento, desde la psicología evolutiva, hasta la etología, las neurociencias, o la etnopediatría. De la confluencia de todos estos aportes científicos, se ha podido generar un importante cuerpo teórico que explica el origen y las funciones biológicas de los vínculos afectivos entre las personas, remarcando la importancia capital de la relación primaria entre el niño y sus padres para el desarrollo del menor, tanto en su personalidad, en su emocionalidad y en

⁷⁹⁶ NEWCOMBE, N., LERNER, JC., "Britain between the wars: the historical context of Bowlby's theory of attachment", *Psychiatry*, 1982, vol. 45, nº 1, pp. 1-12.

⁷⁹⁷ BOWLBY, J., *El apego*. Volumen 1 de la trilogía *El apego y la pérdida*. Barcelona: Editorial Paidós; 2009.

sus esquemas operativos del mundo, como en sus relaciones interpersonales y su capacidad para adaptarse socialmente, pudiendo estar, en numerosas ocasiones, en el origen de problemas psicopatológicos.

El apego es un sistema conductual, con bases biológicas, que se ha desarrollado evolutivamente en el orden de los mamíferos como mecanismo fundamental de supervivencia. Las diferencias en los estilos de apego emergen a lo largo del desarrollo infantil, y pueden ser explicadas, al menos parcialmente, por las experiencias infantiles de sensibilidad, respuesta y cuidado parental. Desde el punto de vista psicológico, la teoría del apego se estructura en torno a tres conceptos fundamentales: las figuras de apego, la base segura y el modelo interno de trabajo. Todas ellas fueron descritas inicialmente desde una perspectiva psicoanalítica relacional, si bien la posterior investigación en neurociencias ha demostrado la existencia de bases neurobiológicas correlativas ⁷⁹⁸.

Así, la "*Figura de apego*" es una persona con la que el infante ha generado o está generando un vínculo afectivo a partir de interacciones interpersonales mantenidas en el tiempo dentro de contextos de cuidado. Las figuras de apego pueden ser primarias (generalmente, los progenitores) o secundarias (figuras de la familia extensa, profesores, otros cuidadores).

Se entiende por "*Base segura*" el papel que desempeña el cuidador respecto del niño una vez que éste ha establecido con el mismo una relación de apego. La función de base segura permite al niño desplegar conductas exploratorias sobre el ambiente, pudiendo regresar a ella para buscar seguridad y consuelo, o establecer contacto visual o físico con ella ante situaciones desconocidas.

Los "*Modelos internos de trabajo*" (también denominado "*modelos operativos internos*") son aquellas representaciones mentales que los niños construyen acerca de sí mismos y de sus relaciones con los otros a partir de sus experiencias tempranas, creando modelos relacionales que orientarán las expectativas en el mundo y en los otros, e influirán en las formas de interacción con los demás a lo largo de la vida.

A modo de resumen, los cimientos contruidos a lo largo del embarazo, el parto y el periodo neonatal, por medio de la vinculación afectiva de las madres hacia sus bebés, la sincronía de la diada y la sensibilidad materna para identificar y responder a las necesidades de sus bebés, generan experiencias en los niños. Estas experiencias tempranas suponen un aprendizaje continuo

⁷⁹⁸ KIRSCH, M., BUCHHOLZ, MB., "On the Nature of the Mother-Infant Tie and Its Interaction with Freudian Drives, *Frontiers in Psychology*, 2020, nº 11, p. 317; PERLINI, C., BELLANI, M., ROSSETTI, MG., ZOVETTI, N., ROSSIN, G., BRESSI, C., BRAMBILLA, P., "Disentangle the neural correlates of attachment style in healthy individuals", *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2019, vol. 28, nº 4, pp. 371-375.

que les permiten interiorizar una determinada representación del mundo, de sus figuras de cuidados y de lo que pueden esperar de ambos, configurando un patrón específico conductas de exploración del entorno, de búsqueda de consuelo y de regulación emocional, que responde a alguno de los estilos de apego, que se verán a continuación⁷⁹⁹.

En 1970, la autora Mary Ainsworth describió por primera vez los distintos estilos de apego, o variaciones de conducta, en la interacción temprana entre madres e hijos, a partir de sus observaciones realizadas sobre díadas de madres e hijos pertenecientes a poblaciones de Uganda y Estados Unidos⁸⁰⁰. La autora señaló que, pese a las diferencias culturales, se podían objetivar tres estilos diferenciados en el apego, que ella denominó como apego seguro, apego inseguro evitativo y apego inseguro ambivalente.

Para demostrar su hipótesis, diseñó un experimento de laboratorio denominado *"la situación extraña"*, en el cual se observan las conductas de un niño de uno a dos años de edad respecto a la presencia de su madre a lo largo de cuatro momentos. En una primera fase, se introduce a la madre y a su hijo en una habitación con juguetes y se observan las conductas exploratorias del menor y la interacción entre ambos. En una segunda fase, entra una persona extraña en la habitación. En la tercera fase, la madre sale de la habitación, quedando el niño en la habitación con la figura extraña. En la cuarta y última fase, la madre regresa a la habitación y se produce el reencuentro entre el niño y ella.

Las observaciones iniciales de Ainsworth (después replicadas en multitud de experimentos) recogieron la capacidad de los niños para explorar su entorno (los juguetes de la habitación) en presencia de su madre tomándola como base segura, su reacción ante la separación de la madre y su respuesta tras el regreso de la misma.

Así, los niños con apego seguro son capaces de explorar su entorno buscando a su madre (su base segura) mediante contactos visuales, verbales o físicos, muestran ansiedad o llanto en la separación y se calman fácilmente a su regreso, explorando de nuevo el entorno.

Sin embargo, los niños con apego inseguro evitativo no buscan a su madre mientras despliegan sus conductas de exploración, y, aparentemente, no se muestran afectados por la separación (aunque en estudios fisiológicos, se

⁷⁹⁹ PAPAPETROU, C., PANOULIS, K., MOUROUZIS, I., KOUZOUPIS, A., "Pregnancy and the perinatal period: The impact of attachment theory", *Psychiatriki*, 2020, vol. 31, n° 3, pp. 257-270.

⁸⁰⁰ AINSWORTH, MDS., BELL, SM., "Apego, exploración y separación: ilustrado por el comportamiento de niños de un año en una situación extraña", *Desarrollo infantil*, 1970, n° 41, pp. 49-67.

observan datos de estrés físico, como el aumento de la frecuencia cardíaca). En la misma línea, en el reencuentro con sus madres, se muestran indiferentes hacia ellas, o llegan a rechazarlas.

Por el contrario, los niños con apego inseguro ambivalente presentan dificultades para la exploración y permanecen físicamente cercanos a sus madres, mostrándose altamente preocupados en el entorno desconocido para ellos. Su angustia se incrementa con la separación de sus madres; pero, paradójicamente, no se consuelan a su regreso, pudiendo mostrar hacia ellas emociones de rabia, enfado o deseos de separación.

Años más tarde, Main y Salomon introdujeron una cuarta categoría en el apego, (la desorganización del apego) para describir conductas erráticas de confusión, miedo, apego y desapego que presentan los menores como resultado de una parentalidad altamente incompetente, en la cual pueden haber sufrido maltrato, abandono o negligencias⁸⁰¹.

Las investigaciones posteriores han encontrado asociaciones entre los estilos de apego y distintos procesos biológicos, a nivel neurocognitivo y endocrinológico, con la especial intervención de las moléculas cortisol, dopamina y oxitocina⁸⁰². En la actualidad, la teoría del apego explica, desde una perspectiva relacional, pero también neurobiológica, la importancia de las relaciones primarias entre las figuras de cuidado primarias (fundamentalmente, las madres y los padres) y los infantes, tanto en el desarrollo de conductas de exploración y de regulación emocional adaptativas, como en la aparición de problemas emocionales o psicopatología en la infancia, y a lo largo de la vida, en el seno de relaciones de cuidado inadecuadas.

8.1.2 El papel crucial en salud de los cuidados recibidos en la primera infancia

Las experiencias adversas en la infancia, entendiendo como tales el maltrato, el abuso, la negligencia y otras experiencias traumáticas infantiles, impactan negativamente en los resultados de salud a lo largo de la vida y aumentan el riesgo de padecer enfermedades somáticas, trastornos mentales y un peor

⁸⁰¹ MAIN, M., SOLOMON, J., "Procedimientos para identificar a los bebés como desorganizados / desorientados durante la situación extraña de Ainsworth", en M.T. Greenberg, D. Cicchetti y E.M. Cummings (Eds.), *Apego en los años preescolares*, pp. 121-160. Chicago, Universidad de Chicago, 1990.

⁸⁰² BOSMANS, G., BAKERMANS-KRANENBURG, MJ., VERVLIT, B., VERHEES, MWFT., VAN IJZENDOORN, MH., "A learning theory of attachment: Unraveling the black box of attachment development", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2020, nº 113, pp. 287-298.

funcionamiento social en la edad adulta⁸⁰³. Los mecanismos que subyacen a esta repercusión negativa en salud se deben a la respuesta fisiológica que se produce frente al estrés, que, mantenido, implica la hiperactivación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal⁸⁰⁴ (que produce una liberación excesiva de cortisol, asociada al desarrollo de problemas de salud tales como la obesidad, la diabetes, el infarto agudo de miocardio, los accidentes cerebrovasculares, los procesos oncológicos o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica⁸⁰⁵). Cuando esta hiperactivación se produce en la infancia, se asocia también a cambios en la estructura cerebral (por ejemplo, con modificación de las sinapsis neuronales o pérdida de la complejidad dendrítica⁸⁰⁶). El impacto de las experiencias adversas en la infancia en el desarrollo infantil y en la salud a largo plazo ha sido reconocido como un grave problema de salud pública⁸⁰⁷, de lo cual se habló ya en el Capítulo II.

Por el contrario, el cuidado cercano y cariñoso en la infancia temprana ha demostrado favorecer el desarrollo infantil y promover unos mejores resultados en salud⁸⁰⁸. En los últimos años, tras la disminución de la mortalidad infantil debido a los avances sanitarios, el foco en salud está migrando desde un modelo centrado en la supervivencia infantil a otro centrado en el mejor desarrollo de la infancia, poniendo de relieve la importancia capital de los cuidados a la primera infancia (fundamentalmente, por parte sus progenitores) para alcanzar el mayor potencial de desarrollo posible⁸⁰⁹.

Un metaanálisis publicado en el año 2017 en la revista *The Lancet* señala la existencia de fuerte evidencia científica que sugiere que apoyar a las madres, padres, cuidadores y familias para que puedan proveer a sus hijos de protección y cuidados

⁸⁰³ FELITTI, VJ., ANDA R.F., “The relationship of adverse childhood experience to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: Implications for healthcare”, en Lanius R. Vermetten E. Pain C., *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, 2010, Cambridge University Press Cambridge, United Kingdom, pp. 77-87.

⁸⁰⁴ GROGAN S., MURPHY K.P., “Anticipatory stress response in PTSD: Extreme stress in children”, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2011, vol. 24, pp. 58-71.

⁸⁰⁵ GODDARD, A., Adverse Childhood Experiences and Trauma-Informed Care, *Journal of Pediatric Health Care*, 2021, vol. 35, nº 2, pp. 145-155.

⁸⁰⁶ PERRY, BD., “Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics”, *Journal of Loss and Trauma*, 2009, nº 14, pp. 240-255.

⁸⁰⁷ ANDA, RF., BUTCHART, A., FELITTI, VJ., BROWN, DW., “Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences”, *American Journal of Preventive Medicine*, 2010, nº 39, pp. 93-98.

⁸⁰⁸ DAELMANS, B., MANJI, SA., RAINA, N., “Nurturing Care for Early Childhood Development: Global Perspective and Guidance”, *Indian Pediatrics*, 2021, vol. 58, nº 51, pp. 11-15.

⁸⁰⁹ KALRA, S., SHAH D., “Care Beyond Newborn Survival Including Child Health and Early Childhood Development; Mental and Psychologic Health”, *Indian Journal of Pediatrics*, 2023.

sensibles es el mejor camino para permitir que se desarrolle todo su potencial⁸¹⁰. Este artículo señala, además, la necesidad de que, para poder realizar intervenciones inteligentes, exitosas y sostenibles, éstas deben implementarse de manera multisectorial, y ancladas siempre en lo que se ha denominado "*cuidado cariñoso*", "*cuidado nutritivo*" o "*cuidado receptivo*", que hace referencia a esa cualidad de afecto, disponibilidad y apertura hacia el bebé o niño pequeño, imprescindible en las relaciones de cuidado hacia las personas en esta etapa de la vida.

8.1.2.1 Protección al desarrollo temprano en la infancia

El marco del cuidado cariñoso ("*Nurturing Care Framework*") es un modelo de cuidado a la infancia que fue planteado en la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2018, y que busca garantizar la atención a la infancia y su mejor desarrollo desde una perspectiva multisectorial, implicando a todos los agentes que intervienen, directa o indirectamente, en el cuidado de la infancia⁸¹¹. Se trata de un modelo de apoyo al desarrollo infantil que plantea la atención "*en tres pasos*". El primer paso es la atención universal (garantizando la atención en todas las etapas perinatales, la inmunización del infante y la promoción de habilidades de cuidado en los progenitores), el segundo está dirigido a poblaciones de riesgo y el tercero hace referencia a la indicación de apoyos específicos a los niños que presentan discapacidad o problemas en su desarrollo⁸¹².

Uno de los principales pilares sobre los cuales se desarrolla este modelo es el fortalecimiento de las capacidades de los cuidadores para proveer un cuidado cariñoso a los infantes a su cargo. A su vez, esta capacitación se sustenta en tres principios: el cuidado sensible (que hace referencia a la capacidad del cuidador para identificar, entender y responder a las necesidades de su infante), las oportunidades de aprendizaje temprano (oportunidades dentro de sus relaciones cercanas, que incluyen la sonrisa y el contacto ocular, la conversación, las canciones, el juego, contar cuentos...) y el cuidado del cuidador (con especial atención a las mujeres y al malestar emocional que frecuentemente presentan en el periodo perinatal).

⁸¹⁰ BRITTO, P.R., LYE, S.J., PROULX, K., YOUSAFZAI, A.K., MATTHEWS, S.G., VAIVADA, T., PEREZ-ESCAMILLA, R., RAO, N., IP, P., FERNALD, L. CH., MACMILLAN, H., HANSON, M., WACHS, T.D., YAO, H., YOSHIKAWA, H., CERESO, A., LECKMAN, J.F., BHUTTA, Z.A., & Early Childhood Development Interventions Review Group, for the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee, "Nurturing care: promoting early childhood development, *The Lancet*, vol. 2017389, n° 10064, pp. 91-102.

⁸¹¹ OMS, UNICEF, World Bank Group, *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.

⁸¹² DAELMANS, B., MANJI, S.A., RAINA, N., "Nurturing Care for Early Childhood Development: Global Perspective and Guidance", *Indian Pediatrics*, 2021, vol. 58, n° 1, pp. 11-15.

Las condiciones actuales para el desarrollo infantil, y su repercusión en salud, constituyen una preocupación de primer orden para los organismos internacionales de salud. Así, UNICEF, en colaboración con la OMS, y en alineamiento con los objetivos en salud infantil, adolescente y de la mujer recogidos en la Agenda 2030, está recopilando los datos disponibles sobre infancia y desarrollo saludable en los distintos países del mundo para generar perfiles que permitan comparar su evolución a lo largo del tiempo, así como la comparación entre los distintos Estados⁸¹³. En 2021, fueron incluidos los perfiles de 197 países (60 de los cuales son países en vías de desarrollo), analizando 42 indicadores distintos, e incluyendo así al 99,8% de la población mundial de niños menores de 5 años. Los indicadores fueron desarrollados en el marco generado por la serie publicada en la revista *The Lancet* acerca del desarrollo temprano infantil ("*Early Childhood Development*") y recogen, además de aspectos demográficos (como la población infantil nacional menor de 5 años, el índice de nacimientos prematuros o el porcentaje de retrasos madurativos en menores de 5 años), los aspectos de un ambiente facilitador, así como los apoyos y servicios que componen el denominado "*Nurturing Care Framework*": la salud, la nutrición, el aprendizaje temprano, el cuidado responsivo y la seguridad.

En el caso de España, destaca la ausencia de datos disponibles en la mayoría de los indicadores analizados, por lo que no se conoce el estado actual de los mismos a nivel nacional. En el informe, se refiere que "*urge el aporte de datos comparativos*".

8.1.2.2 Guías y recomendaciones de la OMS

Garantizar a las niñas y los niños las condiciones necesarias para que puedan alcanzar su completo desarrollo físico, emocional y social es un derecho humano, y una responsabilidad que atañe no sólo a las personas adultas con menores a cargo, sino a toda la sociedad.

En los primeros años de vida, la familia es el principal agente cuidador de la infancia; requiriendo, no obstante, muchos padres y madres el apoyo de otras figuras o instituciones de cuidado para poder llevar a cabo su función. La OMS publicó en el año 2020 una guía denominada "*Mejorando el desarrollo de la primera infancia*", ya comentada en el Capítulo III, y en la cual se hacen recomendaciones en salud para garantizar el derecho de los niños a un desarrollo temprano saludable, para lo cual resulta imprescindible el apoyo a sus figuras de cuidado⁸¹⁴.

⁸¹³ UNICEF y OMS, *Countdown to 2030, Thrive Nurturing Care for Early Childhood Development- Country profiles for early childhood development*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.

⁸¹⁴ OMS, *Improving Early Childhood Development*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

En esta guía, que ya se explicó brevemente, la OMS señala que, para que los niños pequeños alcancen su pleno potencial de desarrollo, resulta esencial la prestación de un cuidado cariñoso, así como garantizar el cuidado de la salud mental de la madre durante los primeros años de vida infantil. Siguiendo esta premisa, la guía ofrece recomendaciones a padres y cuidadores; pero, también, a profesionales sanitarios y a otros profesionales que trabajan en contacto directo con las familias, y proporciona pautas dirigidas a los responsables y líderes políticos para la implementación de políticas de cuidado de la infancia. Dichas recomendaciones pivotan sobre tres ejes fundamentales, que son: proveer a la infancia un cuidado cariñoso, proporcionando a sus padres la capacidad para generar hacia ellos una atención receptiva, e implementar actividades de aprendizaje temprano en los tres primeros años de vida; integrar el cuidado cariñoso a la infancia y el aprendizaje temprano en el periodo de lactancia, como parte de las intervenciones necesarias para garantizar la nutrición óptima de los infantes y los niños pequeños; e integrar las intervenciones psicosociales y psicológicas de atención a la salud mental perinatal y materna en los servicios de salud y el desarrollo de la primera infancia.

Así, la guía de la OMS sigue el modelo *"Nurturing Care Framework"* y establece que, para alcanzar el máximo potencial de su desarrollo, todos los bebés y niños pequeños deben recibir una atención receptiva, o cuidado cariñoso; y sus padres y el resto de figuras de cuidado deben recibir apoyos especializados para poder brindar dicha atención receptiva. Del mismo modo, todos los bebés y niños pequeños deben tener oportunidades para realizar actividades de aprendizaje temprano en el seno de las relaciones sus padres y cuidadores durante los primeros años de vida, para lo cual, éstos últimos deben recibir apoyo y formación que les permita involucrarse con ellos. Este apoyo debe incluirse en los programas de nutrición óptima de la infancia, y la atención la salud mental materna debe ser también integrada como parte indispensable.

Respecto a la recomendación específica que realiza la OMS sobre la necesidad de implementar intervenciones psicosociales para apoyar la salud mental materna, integrándola en los servicios de salud y de atención al desarrollo infantil, ésta se presenta con una fortaleza de recomendación dentro de la guía catalogada como *"Fuerte"*. Señala que, debido a la alta prevalencia de trastorno mental común en las mujeres durante el periodo perinatal (etapa antenatal y postnatal), y la aceptación de la que gozan los programas de atención a estas mujeres, se deben implementar de forma extensa las intervenciones dirigidas a las mujeres embarazadas y durante el periodo postparto. La integración de dichas intervenciones dentro de los programas de atención a la primera infancia podría ser una forma de garantizar una mayor cobertura a estas mujeres.

Además, se recomienda la disponibilidad de servicios de prevención de problemas de salud mental en este grupo de mujeres, además de los servicios de

tratamiento e intervención en problemas de salud mental ya existentes. También recomienda que las intervenciones no se limiten al ámbito hospitalario y de la salud, extendiendo este tipo de programas al ámbito laboral y comunitario. Además, indica también que todas las intervenciones revisadas en la guía estaban destinadas a las mujeres embarazadas o que habían sido madres, considerando la necesidad de incluir a los padres como parte interesada en el abordaje para poder intervenir sobre algunos factores relevantes en la salud mental de la madre y del bebé (como pueden ser la baja implicación parental de los padres en el cuidado de los hijos o la violencia de género en la pareja).

Dentro del anexo II de la guía (que recoge las principales cuestiones examinadas como factores que influyen en el desarrollo de la primera infancia), la pregunta clave V, que valora el papel del apoyo a la salud mental materna en mujeres embarazadas o que han dado a luz recientemente, mediante la intervención psicológica para la ansiedad y depresión, demuestra que se trata de la intervención con mayor influencia en el desarrollo de la infancia. Así, la intervención psicológica en madres con ansiedad o depresión tendría en los niños una influencia crítica respecto de su desarrollo cognitivo, del lenguaje (tanto expresivo como preceptivo), de la motricidad gruesa y fina, en el manejo de dificultades emocionales, en la aparición de ansiedad, e incluso en su salud física, con datos como el peso al nacimiento o el índice de masa corporal ajustado a la edad. Su influencia sería importante, también, en otros aspectos, como la frecuencia del juego, el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, el riesgo de padecer enfermedades y de que sus síntomas sean adecuadamente identificados por sus cuidadores; e, incluso, en la mortalidad neonatal. Por supuesto, la atención psicológica a las madres tendría una influencia importante en sus síntomas de ansiedad y depresivos, así como en la implicación de las madres en el cuidado de sus criaturas.

Cabe señalar que, a pesar de las recomendaciones internacionales de la OMS y del Comité de los derechos del Niño, así como de las numerosas investigaciones que, de forma incesante, están contribuyendo a incrementar la evidencia científica acerca de la importancia del desarrollo en la primera infancia, y su importancia capital a lo largo de la vida, esta etapa continúa sin estar en el foco de las medidas políticas, la inversión económica y las legislaciones protectoras que deberían garantizar las mejores condiciones posibles para el cuidado de los niños en sus primeros años de vida.

8.1.2.3 La maternidad, los cuidados infantiles y la conciliación laboral en nuestro entorno

La necesidad específica de cuidados en la infancia repercute, sobre todo, en las mujeres. Se ha hablado ya, en el Capítulo VII, de la desprotección inicial a la maternidad que generan las licencias maternales recortadas en el tiempo y

la falta de medidas eficaces para el mantenimiento de la lactancia materna. Sin embargo, el problema de los cuidados no se limita a la etapa inmediatamente postnatal, ni la repercusión de la maternidad concluye tras la misma.

Más allá de los tiempos correspondientes a los procesos reproductivos propiamente dichos (gestación, parto, postparto y lactancia), la realidad es que, a día de hoy, y en el entorno social de nuestro país, la maternidad limita las oportunidades personales de las mujeres y, en el ámbito laboral, impone una doble penalización que supone una discriminación de género. Según el informe ISEAK *"Mujer y madre: la doble penalización laboral"* (2021/2):

*"El mayor impacto en las diferencias laborales se produce con la llegada de las/os hijas/os, momento en el que las diferencias se acentúan de manera notoria. Las diferencias en el acceso a un empleo se disparan principalmente por el abandono laboral de las mujeres al ser madres. No en vano, un 22% de las mujeres que tienen hijas/os menores de 5 años y viven en pareja es inactiva, frente a un 2% de los hombres. El estudio detecta un efecto laboral nulo de la paternidad en el varón."*⁸¹⁵

Además, tras la llegada a la maternidad o paternidad, la brecha de intensidad entre ambos géneros se incrementa de manera muy notable, puesto que las madres de hijos menores de 5 años recortan con elevada frecuencia su jornada laboral, aumentando hasta en 10 puntos su tasa de parcialidad (alcanzando una tasa del 28%); mientras que, tras la llegada de los hijos, los padres suelen realizar el movimiento contrario, aumentando su intensidad laboral, con una disminución de la tasa de parcialidad desde un 7% a un 5% en aquellos con hijos menores de 5 años. Según datos del INE del año 2022, 1 de cada 5 mujeres empleadas de 25 a 54 años con hijos a su cargo trabaja a tiempo parcial, proporción muy alejada de la reducción de jornada de hombres con hijos a cargo, de sólo un 4,1%⁸¹⁶. Así, las mujeres españolas con hijos trabajan 6 veces más a tiempo parcial que los hombres con hijos, con la consecuente reducción salarial, y de oportunidades de progreso laboral, que esto implica.

El informe ISEAK concluye que, si bien la incorporación laboral de la mujer ha aumentado en los últimos años, la brecha de género respecto al trabajo parcial y horas trabajadas también se ha incrementado de forma notable desde el año 2007, especialmente tras la llegada de los hijos. Esto es, en España, actualmente hay menos mujeres que abandonen el mercado laboral con la

⁸¹⁵ DE LA RICA, S., GORJÓN, L., QUESADA, O. "Mujer y madre: la doble penalización laboral". *Informe ISEAK 2021/2*. Disponible en ISEAK: <https://iseak.eu/publicacion/mujer-y-madre-la-doble-penalizacion-laboral>. (Consultado el 7 de octubre de 2023).

⁸¹⁶ INE. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=resultados&idp=1254735976595. (Consultado el 1 de diciembre de 2023).

maternidad, pero las diferencias de género respecto a parcialidad e intensidad laboral han aumentado sensiblemente.

Es necesario contemplar el problema de la discriminación laboral por razón de maternidad también como un determinante social de salud que deteriora el bienestar, así como la salud mental y física, de las mujeres que la padecen, pero también los de sus hijas e hijos, de dos formas distintas. Por un lado, debido a la repercusión en salud que tienen las condiciones de trabajo y la desigualdad generada en el ámbito laboral a partir de la maternidad, entendiéndose que un peor estado de salud materna implica, también, un peor estado de salud infantil. Por otro lado, debido a las dificultades para resolver la conciliación de los cuidados y la actividad laboral, se pueden producir escenarios en los cuales las necesidades infantiles en materia de cuidados (en especial, en lo relativo a los cuidados cariñosos) no se vean adecuadamente satisfechas.

De este modo, las redes de cuidados a la infancia, establecidas como una medida imprescindible para garantizar la no discriminación laboral de la mujer por razón de maternidad en el artículo 11 de la CEDAW, no están suficientemente desarrolladas en nuestro entorno, y su diseño mayoritario, desde un modelo de escolarización educativa precoz, a menudo no responde a la atención de las necesidades específicas de los niños de corta de edad⁸¹⁷. Un ejemplo de este desajuste a las necesidades infantiles es la *ratio* de niños ("alumnos") por profesional en cada aula de infantil. Según el Ministerio de Educación:

*"En el primer ciclo de Educación Infantil cada Comunidad Autónoma establece la relación numérica alumno/profesor por unidad (ratio). La mayoría de las administraciones educativas establecen que en las aulas para menores de un año habrá un máximo de 8 niños por unidad, el número de alumnos entre 1 y 2 años oscila entre los 10 y 14 niños, entre los 2 y 3 años, puede haber de 16 a 20 niños por unidad"*⁸¹⁸.

Debido a la importancia de los vínculos iniciales que establecen los infantes con sus figuras de apego (en este caso, el educador funciona como una figura de apego secundaria), y a la necesidad de que éste identifique, entienda y responda a las necesidades del infante a su cargo, como ya se ha explicado,

⁸¹⁷ GONZÁLEZ SERRANO, F., TAPIA LIZEAGA, X., "Reflexiones en torno a la escolarización generalizada de los niños de dos años", *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 2009, nº 48, pp. 177-186.

⁸¹⁸ Web del Ministerio de Educación del Gobierno de España. Disponible en: <https://www.educacionyfp.gob.es/en/mc/redie-eurydice/sistemas-educativos/organizacion-y-administracion/ratio-primer-ciclo.html#:~:text=La%20mayor%C3%ADa%20de%20las%20administraciones,a%2020%20ni%C3%B1os%20por%20unidad.> (Consultado el día 3 de noviembre de 2023).

es fácilmente comprensible que el cuidado cariñoso y atento a las necesidades infantiles sólo podrá realizarse si el educador está al cargo de un grupo muy reducido de infantes. Esta situación es difícil de conseguir dentro de un sistema educativo que pone a un profesor de infantil a atender de forma individual las necesidades, por ejemplo, de hasta 14 niños de entre 1 y 2 años.

Por tanto, no basta con garantizar la existencia de servicios de cuidado infantil que permita la incorporación laboral de las mujeres que son madres, sino que éstos deben atender, también, a las necesidades específicas de la primera infancia, que tienen una importancia capital en su salud y su desarrollo, y entre las cuales se incluye el cuidado cercano y cariñoso a los niños de corta edad.

8.1.3 Salud mental materna y parentalidad durante la crianza: Más allá de la ausencia de enfermedad

Tradicionalmente, los estudios realizados en las últimas décadas sobre la influencia de la salud mental materna en el desarrollo de la infancia se han centrado, sobre todo, en sus aspectos negativos; esto es, en el impacto perjudicial que los síntomas ansiosos o depresivos, o los estados de estrés y malestar maternal, tienen sobre el desarrollo físico y socioafectivo de sus infantes.

Sin embargo, las revisiones científicas más recientes apuntan a que su vertiente positiva (esto es, la existencia de una buena salud mental materna) constituye un constructo independiente, asociado a formas específicas de parentalidad saludable que promueven un mejor ajuste socioemocional y mayores probabilidades de éxito académico en la descendencia. De este modo, algunos autores sugieren la necesidad de incluir el buen estado de salud mental materna como un factor de influencia parental en el desarrollo de la infancia⁸¹⁹.

El modelo "*Nurturing Care Framework*" insiste en que la atención a la primera infancia no puede realizarse únicamente desde los sistemas de salud, sino que debe ser abordada de forma multisectorial, desde muy distintos ámbitos de la sociedad. Sin embargo, los sistemas de salud siguen teniendo un papel importante, que no se limita a la atención de problemas en la salud de los niños y sus madres y padres, sino que debe, también, realizar labores de prevención de enfermedad y promoción de salud mental y desarrollo saludable por medio de la capacitación parental.

⁸¹⁹ PHUA, DY., KEE, MZL., MEANEY, MJ., "Positive Maternal Mental Health, Parenting, and Child Development", *Biological Psychiatry*, 2020, vol. 87, nº 4, pp. 328-337.

8.1.4 Programas de intervención familiar

El apoyo a madres, padres y familias en su rol de cuidadores genera una gran preocupación a nivel de salud pública, y pretende ser una prioridad en políticas internacionales. Pero, pese a la evidencia que señala los beneficios de apoyar a las madres (y, de forma extensa, a las familias) en los procesos de crianza, y las recomendaciones de la OMS de establecer programas de intervención psicosocial sobre la población de mujeres embarazadas y madres con hijos pequeños, integrados en los servicios de salud, pero también en ambientes comunitarios, la realidad es que la aplicación de los programas de parentalidad está muy limitada, y la evaluación sobre su eficacia a largo plazo resulta todavía insuficiente. Las revisiones cualitativas apuntan a que estos programas (que son coste-efectivos) sí podrían generar cambios mantenidos en los estilos de parentalidad, facilitando en los padres el desarrollo de una mayor sensibilidad hacia las necesidades de sus hijos, aumentando la flexibilidad y suponiendo un espacio de contención y apoyo a las familias, incluso después de la finalización de los programas⁸²⁰.

8.1.4.1 Programas de intervención familiar sobre familias en las que existen problemas de salud mental

La mayoría de los programas de parentalidad estudiados científicamente trabajan con poblaciones en las que ya existen problemas de salud mental (en las madres y padres, o en los menores). Los trastornos mentales en las figuras parentales son un importante motivo de preocupación en salud pública, debido a su repercusión en el bienestar de la familia y en el desarrollo de los hijos. La denominada "*Práctica focalizada en la familia*" (FFP, de sus siglas en inglés "*Family-focused practice*"), pretende aproximarse a las familias, entendiéndolas como una unidad, para garantizar los cuidados necesarios, proveerlas de oportunidades y mitigar los riesgos significativos asociados a las dificultades parentales en el ámbito de la salud mental⁸²¹.

Del mismo modo, han aumentado las publicaciones sobre programas de intervención con padres y madres a cargo de menores con discapacidad

⁸²⁰ BUTLER, J., GREGG, L., CALAM, R., WITTKOWSKI, A., "Parents' Perceptions and Experiences of Parenting Programmes: A Systematic Review and Metasynthesis of the Qualitative Literature", *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2020, vol. 23, nº 2, pp. 176-204.

⁸²¹ TUCK, M., WITTKOWSKI, A., GREGG, L., "A Balancing Act: A Systematic Review and Metasynthesis of Family-Focused Practice in Adult Mental Health Services", *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2023, vol. 26, nº 1, pp. 190-211.

intelectual o con trastornos del desarrollo⁸²². También existen publicaciones acerca de programas de atención a madres y padres con hijos con trastornos de conducta en la infancia, si bien estos suelen aplicarse en familias con hijos mayores de 3 años⁸²³.

8.1.4.2 Programas de intervención psicosocial en padres y madres

Existe una amplia variedad de programas y modelos de intervención parental en los primeros años de vida, que, si bien son bastante bien aceptados en las comunidades en las que son implantados, y han demostrado resultados con una evidencia de grado intermedio, no han sido suficientemente estudiados a largo plazo, ni han demostrado clara evidencia unos sobre otros.

La mayoría de las intervenciones buscan promover un estilo de apego seguro del infante con sus figuras de cuidado. Dado que el establecimiento de la seguridad en el apego está mediado, entre otros factores, por la sensibilidad parental a las señales de estrés o malestar del menor, muchas de las intervenciones trabajan, precisamente, en mejorar la sensibilidad parental para promover una mayor receptividad a las necesidades de sus hijos.

Para ello, se han empleado técnicas muy diversas, como el “*video-feedback*” en menores de 5 años (se graban interacciones de las madres y los padres con sus hijos y luego se analizan conjuntamente con el terapeuta, fortaleciendo aquellas respuestas adecuadas a las señales del menor)⁸²⁴, o los programas de psicoterapia progenitor-infante (PIP, por sus siglas en inglés “*Parent-infant psychotherapy*”)⁸²⁵.

⁸²² RUANE, A., CARR, A., MOFFAT, V., “A qualitative study of parents’ and facilitators’ experiences of Group Stepping Stones Triple P for parents of children with disabilities”, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2019, vol. 24, nº 4, pp. 694-711; RUANE, A., CARR, A., MOFFAT, V., FINN, T., MURPHY, A., O’BRIEN, O., GROARKE, H., O’DWYER, R., “A randomised controlled trial of the Group Stepping Stones Triple P training programme for parents of children with developmental disabilities”, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2019, vol. 24, nº 4, pp. 728-753.

⁸²³ FURLONG, M., MCGILLOWAY, S., BYWATER, T., HUTCHINGS, J., SMITH, SM., DONNELLY, M., “Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, nº 2, CD008225.

⁸²⁴ O’HARA, L., SMITH, ER., BARLOW, J., LIVINGSTONE, N., HERATH, NI., WEI, Y., SPRECKELSEN, TF., MACDONALD, G., “Video feedback for parental sensitivity and attachment security in children under five years”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019, vol. 11, nº 1, CD012348.

⁸²⁵ BARLOW, J., BENNETT, C., MIDGLEY, N., LARKIN, SK., WEI, Y., “Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, vol. 1, nº 1, CD010534.

En los programas de PIP, la intervención se realiza sobre la díada, trabajando de forma conjunta con el progenitor (generalmente, la madre) y el infante (habitualmente, menor de 2 años), bajo la premisa de que la mejora de la relación progenitor-infante promueve un desarrollo infantil más saludable. Los programas de PIP trabajan sobre la visión que la madre está teniendo de su hijo, ya que ésta puede interferir en sus percepciones y sus experiencias relacionales con el mismo, repercutiendo, en última instancia, en la relación entre ambos. Sin embargo, la PIP no ha demostrado resultados superiores que otros modelos de intervención. Las intervenciones psicosociales parentales en formato grupal han demostrado aumentar el bienestar a corto plazo de los padres y las madres, si bien no han demostrado que dichos beneficios se mantengan a largo plazo⁸²⁶.

Es interesante la propuesta que realiza la OMS de integrar la atención a la salud mental materna dentro de los programas de nutrición óptima del lactante y el niño pequeño, no sólo por su significado (a fin de cuentas, una relación receptiva y cariñosa al niño es una relación "*nutritiva*", en términos de afecto), sino por la estrecha relación que existe entre la vinculación afectiva saludable y el éxito en la lactancia materna.

Los problemas de salud mental materna subyacen bajo muchas de los fracasos en la instauración o mantenimiento de la lactancia, así como en su abandono precoz. Se ha demostrado, además, que la asociación entre la lactancia materna y la salud mental materna es bidireccional: la lactancia materna actúa como un factor protector frente a la aparición de problemas afectivos en las madres, y la buena salud mental materna favorece la instauración de la lactancia. Por ello, es fundamental considerar ambos factores a la hora de implementar intervenciones destinadas tanto a mejorar las tasas de lactancia materna, como a mejorar la salud mental materna.

Una reciente revisión sistemática señala que las intervenciones de apoyo a las madres caracterizadas por su trato individualizado a las mujeres, su extensión a lo largo de todo el periodo perinatal y su abordaje multidisciplinar (por parte de profesionales de la salud mental, especialistas en lactancia y apoyo en grupos de madres) son exitosas en la mejora de las tasas y la duración de la lactancia materna, así como en la salud mental materna. Los beneficios demostrados apuntan a la necesidad de continuar implementando este tipo de intervenciones en la atención a las madres y a sus bebés⁸²⁷.

⁸²⁶ BARLOW, J., SMAILAGIC, N., HUBAND, N., ROLOFF, V., BENNETT, C., "Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014, nº 5, CD002020.

⁸²⁷ PEZLEY, L., CARES, K., DUFFECY, J., KOENIG, MD., MAKI, P., ODOMS-YOUNG, A., CLARK WITHINGTON, MH., LIMA OLIVEIRA, M., LOIACONO, B., PROUGH, J., TUSSING-HUMPHREYS, L., BUSCEMI, J., "Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review", *International Breastfeeding Journal*, 2022, vol.17, nº 1, p. 67.

El apoyo a la salud mental materna para promover un desarrollo saludable en la primera infancia pasa, de manera principal, por cuidar y apoyar a las madres desde un punto de vista psicosocial, para que éstas, a su vez, puedan cuidar a sus hijas e hijos. Este sostén no debe ser meramente económico (aunque, lógicamente, es un factor a tener en cuenta), tal y como señalan las investigaciones al respecto. Un estudio realizado en Haití, con encuestas a madres que habían decidido abandonar a sus hijos en instituciones frente a aquellas que no lo habían hecho, con la hipótesis de que la pobreza era el principal factor determinante de abandono infantil, demostró que el factor con mayor asociación no era la pobreza económica, sino la falta de acceso a la educación, así como la ausencia de soporte social, y una mala salud mental materna⁸²⁸.

Nuevamente, la atención a la salud mental materna se revela como un pilar fundamental para proteger las relaciones madre-hijo y maximizar un desarrollo saludable de la primera infancia, más allá de las mejoras, indiscutiblemente necesarias, en la situación económica de las mujeres que son madres. En los estudios mencionados realizados sobre mujeres haitianas que se separaban de sus hijos, éstas presentaban ratios significativamente superiores de Trastorno por Estrés Postraumático que aquellas que no se separaban, además de una peor calidad de vida.

8.2 Derechos humanos en la etapa de crianza infantil

Como ya se ha señalado con anterioridad, los bebés e infantes gozan igualmente de su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, reconocido en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño.

Para el cumplimiento de este derecho, la Convención reconoce la obligación de los Estados Partes, en el apartado 2 epígrafe e), de:

"Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos"

Y, en el epígrafe f), señala también la obligación de: *"Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia"*.

⁸²⁸ ASHLEY, J., JOHNSON, A., WOLDU, H., KATZ, CL., "Factors Contributing to Maternal-Child Separation in Port-Au-Prince, Haiti", *Annals of Global Health*, 2019, vol. 85, nº 1, p.136.

El artículo 27 de la Convención de los derechos del Niño recoge el derecho de todo niño *"a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social"*. Y en su apartado 3, señala 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".

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, la CEDAW, en su artículo 5, insta a modificar los patrones socio-culturales de conducta de hombres y mujeres para eliminar cualquier forma de prácticas consuetudinarias basadas en la idea inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos, así como eliminar las funciones estereotipadas de hombres y mujeres al tiempo que, en su apartado 2, recoge la importancia de garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social. Esto es, reconoce el valor de la función social materna, así como la responsabilidad común de hombres y mujeres en la educación y el desarrollo de sus hijos. Además, expresamente señala, en su artículo 4.2, que la adopción de medidas especiales encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria

Pero también se reconoce en el artículo 11 de la CEDAW el derecho de las mujeres a la igualdad en el ámbito laboral, así como la obligación de los Estados Partes de generar servicios sociales de apoyo que permitan a los padres combinar las obligaciones familiares con las responsabilidades laborales y la participación en la vida pública. Especialmente, señala la necesidad de fomentar redes de servicios destinados al cuidado de la infancia.

Por su parte, la OMS, en su guía *"Mejorando el desarrollo en la infancia temprana"* (*"Improving Early Childhood Development"*), del año 2020⁸²⁹, ha realizado recomendaciones para proteger y garantizar los máximos niveles posibles de salud y de desarrollo en la infancia, incluyendo en las mismas, sobre todo, a madres y padres, pero también a terceros cuidadores, personal sanitario y educativo, gobernantes y generadores de políticas sociales y familiares.

⁸²⁹ OMS, *Improving Early Childhood Development*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

8.2.1 Desatención a la salud mental materna: Falta de adherencia a las recomendaciones de la OMS en salud mental perinatal

Mujer de 36 años que acude a su médico de familia por ánimo decaído, dificultades en la concentración, inquietud, insomnio y falta de apetito de dos meses de evolución. Ha perdido cinco kilogramos de peso en ese periodo. No tiene ideación autolítica activa, aunque últimamente se ha encontrado fantaseando con "*desaparecer*". Vive en pareja, y tiene un bebé de 9 meses, con el que mantiene lactancia materna junto a alimentación complementaria. Trabaja como dependienta en una gran superficie comercial, con trabajo a turnos cuya planificación le notifican de manera quincenal, situación que le está dificultando la organización familiar de los cuidados de su bebé.

Su médico de cabecera identifica un episodio depresivo en periodo postparto y deriva a la paciente para valoración por psiquiatría en su centro de salud mental de referencia.

La paciente es atendida en psiquiatría casi tres meses después. Refiere empeoramiento afectivo, con marcada tristeza, llanto frecuente, y evolución negativa del insomnio. Se encuentra muy irritable con su hijo, sobre todo cuando éste llora y cuando se despierta por las noches. De camino al trabajo, se ha imaginado en varias ocasiones saltando a las vías del Metro para acabar con su vida, si bien realiza crítica de estas ideas y piensa que no sería capaz de hacerlo, sobre todo por su hijo.

El psiquiatra realiza el diagnóstico de episodio depresivo moderado e indica iniciar tratamiento antidepresivo con el fármaco venlafaxina y ansiolítico con una pauta de lorazepam. Hace recomendación de retirar la lactancia materna debido a su administración, señalando que su hijo tiene prácticamente un año cumplido y "*ya no necesita tomar pecho*". Da recomendaciones generales de hábitos de vida saludable (hacer ejercicio físico moderado, evitar café u otras bebidas excitantes, mantener rutinas favorables del sueño) sin considerar el momento vital de maternidad de la mujer. No explora la relación de la madre con su hijo, ni el apoyo social percibido por ésta. No realiza derivación para ser atendida por parte de psicología. Deja cita de seguimiento en un mes para evaluar la efectividad del fármaco antidepresivo prescrito.

El presente caso es representativo de las prácticas inadecuadas en la atención a la salud mental materna que, en muchos casos, se mantienen por parte de nuestro sistema de salud, sin atender a las recomendaciones de la OMS en materia de salud mental perinatal.

En primer lugar, no se sigue el modelo recomendado de atención secuencial por pasos propuesto por la OMS. Desde el escalón del centro de Atención Primaria no se realizan intervenciones de apoyo psicosocial, que son siempre

las primeras a realizar en toda mujer en etapa perinatal. Aunque se exploran algunos determinantes sociales de salud, como el trabajo a turnos y la dificultad para los cuidados, no se busca activar el apoyo social de la mujer, no se explora el apoyo que recibe por parte de su pareja, si cuenta con familia extensa que pueda apoyarla, y no se le ofrece información sobre grupos de maternidad o de mujeres.

No se siguen, tampoco, las recomendaciones de la OMS en el modo asistencial. Pese a tratarse de un caso inicialmente leve-moderado, la atención a la salud mental que se le ofrece no es integrada con los servicios de salud materno-infantil, sino que la mujer es derivada a un dispositivo de salud mental, y no es atendida por un profesional de psicología (situación preferible según la OMS en estos casos), sino por un psiquiatra, que, además, no cuenta con formación específica en salud mental perinatal o materno-infantil. Se produce una demora de 3 meses en la evaluación especializada de la paciente.

Cuando por fin se produce, la evaluación psiquiátrica no contempla los aspectos fundamentales de la relación madre-bebé, imprescindibles en la atención perinatal, ni explora para identificar y posteriormente abordar los determinantes sociales de salud que están repercutiendo negativamente en la salud mental de la mujer. De nuevo, no se realizan intervenciones psicosociales. No se ofrece tratamiento psicológico, de primera elección en la atención perinatal, según recomienda la OMS. En la prescripción farmacológica, no se contempla la protección de la lactancia, que, de hecho, el psiquiatra desincentiva, sin tomar en cuenta los deseos y preferencias de la madre, y de forma contraria a las recomendaciones de la OMS sobre lactancia materna y a la evidencia existente de los beneficios de la lactancia materna en los episodios depresivos. Se ofrecen recomendaciones de hábitos de vida no ajustadas al momento del ciclo vital de la mujer, que está inmersa en la crianza temprana.

Esta inadecuación de la atención a la salud mental materna (parte, en definitiva, del derecho a la salud) a las recomendaciones de la OMS supone comprometer y poner en riesgo el derecho de las mujeres a recibir una atención en salud apropiada en la etapa postnatal, cuyo reconocimiento en los Tratados internacionales de derechos humanos relativos las mujeres y a los niños ya ha sido reiteradamente señalada.

8.2.2 La falta de atención a la salud materna repercute en la salud de sus hijos

Madre de un menor de 20 meses de edad al que lleva a Urgencias en tres ocasiones a lo largo de una misma semana refiriendo haber percibido "*movimientos anormales de la cabeza*" en el menor, sin que en la observación en el servicio de urgencias pediátricas se detecten dichos movimientos. No

obstante, se insiste en realizar seguimiento con pediatra de zona. La pediatra del centro de salud tampoco encuentra datos clínicos de alarma, pero cursa derivación a neuropediatría para estudio. Tras realizar historia del neurodesarrollo completa del menor, sin detectarse anomalías en la misma, así como exploración neurológica infantil, que resulta rigurosamente normal, se considera indicado realizar una resonancia magnética y un electroencefalograma de 24 horas para descartar posible existencia de crisis epilépticas.

Las pruebas complementarias resultan también normales. En la devolución diagnóstica ofrecida por la profesional neuropediatría, explicando la ausencia de hallazgos clínicos, funcionales y de imagen, la madre rompe a llorar. Pregunta: *"Entonces, ¿por qué estoy tan agobiada de que a mi hijo le esté pasando algo? Estoy convencida de que tiene una enfermedad grave que no conseguís diagnosticar"*.

La neuropediatra explora el inicio de estas preocupaciones, así como sobre el estado afectivo de la madre. Ésta relata pérdida gestacional previa al embarazo de su hijo, en semana 12, a raíz de haber contraído una infección por toxoplasmosis. Cuenta que el embarazo de su hijo tuvo lugar tres meses después de la pérdida y que a partir de ese momento comenzó con preocupaciones obsesivas *"me obsesioné con lo que comía, estaba convencida de que iba a volver a contagiarme y que iba a perder al bebé"*; e inició conductas compulsivas de restricción alimentaria y limpieza excesiva de alimentos, refiere que no ganó peso en el embarazo (*"llegué a perder cinco kilos en el primer trimestre"*); esto es, desarrolló un trastorno obsesivo compulsivo, con elevada angustia asociada, que no fue detectado y por el que no recibió tratamiento. Explica que tras el parto *"la situación mejoró, aunque yo seguía pensando que mi bebé iba a tener alguna enfermedad, pero todos me decían que el niño estaba estupendamente"*. Afectivamente se encontraba mejor, y las preocupaciones por la salud de su hijo no le interferían con el cuidado del mismo ni con su vida cotidiana.

En los últimos dos meses, sin embargo, la mujer ha comenzado a encontrarse nuevamente muy angustiada, convencida de que a su hijo *"le pasa algo grave"*, y ha empezado a percibir *"movimientos anormales, aunque en la escuela infantil y en mi familia todos dicen que ellos no han visto nada"*. Al ser preguntada por posibles factores estresores, explica que su pareja, que trabaja en una empresa ferroviaria, ha sido trasladado durante tres meses al extranjero por motivos laborales. Existe una coincidencia temporal entre la notificación de este traslado y la exacerbación del cuadro obsesivo-compulsivo materno, que parece haberse agravado a raíz de que el padre haya tenido que viajar fuera del país.

La neuropediatra tranquiliza a la madre sobre la salud del niño y la remite a salud mental de zona, donde es atendida, de forma preferente, un mes después.

Este caso es representativo de la continuidad de los estados mentales a lo largo del periodo perinatal, y de cómo la falta de atención al estado mental materno asociado a pérdidas gestacionales, así como la ausencia de detección de problemas de salud mental durante el embarazo, pueden cronificarse en la etapa postnatal y condicionar el vínculo que la madre establece con su hijo y la percepción materna del mismo.

En este caso, se observa una falta de seguimiento de las recomendaciones de la *"Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles"*, tal y como se acaba de mencionar, en la exploración del estado mental de la mujer tras una pérdida gestacional, y en el adecuado cribado de problemas mentales en el embarazo. La mujer desarrolló un TOC en el embarazo que no fue identificado por sus proveedores de salud, de forma que no pudo ser correctamente atendida, y que remitió parcialmente de forma espontánea tras el parto.

La exacerbación del cuadro, en relación a estresores sociales (pérdida temporal de apoyo en la crianza por viaje laboral de su marido), ha tardado, también, en ser identificada, pese a los múltiples contactos que la mujer ha establecido con el sistema de salud (asistencia recurrente al servicio de urgencias pediátricas, visita a su pediatra de cabeza, visitas a neuropsiquiatría). Entre tanto, el niño ha sufrido la angustia de su madre, las visitas médicas y la realización de pruebas complementarias, que podrían haberse evitado si se hubiera explorado previamente el estado mental de la madre. El acceso materno a un recurso específico de salud mental no se produce, por tanto, hasta casi dos años después del parto, y tras prácticamente tres años desde el inicio del trastorno obsesivo-compulsivo.

Así, se observa un compromiso del derecho al disfrute del máximo nivel de salud posible del menor, por no haber garantizado el cumplimiento de las medidas recogidas en su artículo 24.2 acerca de la correcta atención sanitaria materna pre y postnatal para garantizar este derecho. La mujer también ha visto comprometido este derecho propio a la atención sanitaria adecuada y sin discriminación en la etapa pre y postnatal, recogido en el artículo 12.1 y 2 de la CEDAW.

8.2.3 Un niño que estuvo confinado: La desatención parental sobre la que el Estado no actuó en la pandemia

Niño de 30 meses de edad que es derivado en septiembre de 2021 a la consulta de psiquiatría infantil desde la de neuropsiquiatría por sospecha de trastorno en el neurodesarrollo. El niño presenta un lenguaje verbal muy limitado (entorno a diez palabras que no combina entre sí), y dificultades en la interacción social a la hora de modular la mirada o devolver la sonrisa, e intensas

conductas de autoestimulación (se chupa el dedo de manera continuada), con algunas estereotipias motoras aisladas.

La madre relata un desarrollo con hitos conseguidos en rango de la normalidad hasta el año de edad, cuando estalló la pandemia de COVID-19, con una situación muy dificultosa en los cuidados. La madre explica que, dado que el padre es médico, decidieron que se trasladara a un hotel para sanitarios para prevenir contagios. Ella, por su parte, se confinó en el domicilio familiar con el niño, de un año de edad, pero debía mantener largas horas de teletrabajo que, en ocasiones, superaban las 10 horas al día, dado que trabaja por objetivos y los proyectos en los que estaba involucrada se complicaron a raíz de la situación mundial. Explica que el cuidado del niño era incompatible con su actividad laboral, por lo que empezó a emplear las pantallas para distraerlo. Reconoce que el niño llegaba a estar de seis a ocho horas al día visualizando pantallas. Explica, además, que lo empezó a notar muy inquieto e irritable, se mordía la mano y corría dando vueltas alrededor de la mesa del salón; por este motivo, intentó sacarlo a la calle, por si la actividad en el exterior le ayudaba a tranquilizarse. La salida de los niños a lugares públicos estaba prohibida en el Real Decreto, y la madre explica que, tras la tercera vez que lo sacó, dejó de hacerlo, porque empezaron a gritarles e insultarles desde la ventana, y el niño se asustó mucho.

Explica que fueron meses muy difíciles también para ella, que tuvo varias crisis de ansiedad, presenciadas por su hijo pequeño. Sentía que no podía ocuparse de su hijo, cumplir con su trabajo y encargarse además de las tareas de la casa ella sola. Además, tenía mucho miedo por la salud de su marido. No dormía bien y a menudo rompía a llorar sin razón aparente. Su marido no regresó al domicilio familiar hasta mediados de mayo; a partir de aquel momento, las cosas mejoraron. Cuando escolarizaron al niño en la guardería, en septiembre de 2020, su profesora les alertó de que había algunas señales de que su desarrollo no estaba siendo adecuado, pero la consulta específica con el especialista en neuropsiquiatría se demoró casi un año, dada la limitación de las evaluaciones presenciales.

La madre reconoce que en ese tiempo continuó usando mucho las pantallas, cuenta que *"se pone muy nervioso"* cuando quiere verlas y no lo consigue, llegando a autolesionarse golpeándose la cabeza contra el suelo y mordiendo la mano. Desde que lo evaluaron en neuropsiquiatría y fue reconducido para recibir Atención Temprana, hace cuatro meses, percibe que el niño ha mejorado mucho. Dice que en el último mes ha retirado del todo las pantallas, después de que la terapeuta se lo insistiera, y lo ha notado mucho mejor. No sabe bien qué le sucede a su hijo, le han hablado de un posible Trastorno del Espectro Autista, pero ella se siente muy culpable de los problemas que presenta.

No cabe señalar una asociación directa causa-efecto entre el confinamiento y el desarrollo de un Trastorno del Espectro Autista, pero sí es conocido que algunos factores ambientales en la primera infancia (como una exposición excesiva a las pantallas, y una escasa estimulación social) impactan negativamente en el neurodesarrollo.

La desatención social y legislativa a las necesidades básicas de la infancia quedó de manifiesto en la pandemia de COVID-19. En el Real Decreto que regulaba el Estado de Alarma se recogió el derecho de las mascotas (los perros) a salir a la calle en breves periodos de tiempo, pero se negó este mismo derecho a los niños, desatendiendo su necesidad básica de movimiento al aire libre⁸³⁰. Así, las estrictas restricciones de movimientos privaron a la infancia, por un lado, de su derecho esencial y específico a su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, recogido en el artículo 27 de la Convención de los derechos del Niño, y afectaron, por otro, a su derecho a la educación, recogido en el artículo 28 de la Convención⁸³¹. Además, las restricciones privaron a muchos menores (sobre todo, en zonas urbanas y residentes en pisos o en viviendas sin espacios propios al aire libre) del juego psicomotor, que es una herramienta fundamental para su desarrollo, contravieniendo también, en parte, al artículo 31 de la Convención de los derechos del Niño, que reconoce su derecho al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.

La regulación establecida de emergencia frente a la pandemia tampoco contempló la necesidad continuada de cuidados de los infantes por parte de un adulto responsable dedicado a ellos. Aunque se decretó el cierre presencial de escuelas y guarderías, no se financió que los cuidados infantiles pudieran ser ejercidos por parte de sus madres y padres, que, en la mayoría de los casos, debieron seguir trabajando (de forma presencial, en los trabajos esenciales, y de manera telemática en el resto), generando situaciones de abandono dentro del domicilio de muchos de estos menores.

Esto también fue contrario al mencionado derecho artículo 27 de la Convención de los derechos del Niño, sobre su derecho a su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, en cuyo epígrafe 3 se recoge 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"*. Además, la situación de confinamiento pudo limitar la detección temprana de

⁸³⁰ BOE nº 67, de 14 de marzo de 2020: 25390-25400. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. 2020. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463> (Consultado el 9 de abril de 2022).

⁸³¹ Convención de los derechos del Niño.

los problemas de desarrollo de este menor, así como su acceso precoz a los necesarios servicios de Atención Temprana, comprometiendo su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, recogido también en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño.

Por último, cabe recoger que la situación de pandemia generó un importante desgaste de la salud mental poblacional (especialmente, de los trabajadores sanitarios y sus familias), que, en el caso de la salud mental materna, conocemos que puede impactar de manera negativa en el desarrollo de sus hijas e hijos, sobre todo en edades preescolares.

En este caso, se observa la escasa atención que la infancia y la maternidad y paternidad reciben de las políticas públicas, incluyendo situaciones de máxima emergencia, como fue la pandemia de COVID-19. Este niño vio mermada su estimulación social y desatendidas algunas de sus necesidades específicas, debido a la ausencia de auténticas medidas de conciliación familiar se vio inadecuadamente expuesto a pantallas, y la menor asistencia sanitaria presencial retrasó la identificación y la intervención sobre sus dificultades del desarrollo. Sus padres tampoco recibieron apoyo y capacitación para poder ofrecerle un cuidado cariñoso siguiendo el modelo de *"Nurturing Care Framework"*. De este modo, queda ejemplificado cómo las políticas sociales y laborales poco respetuosas con la maternidad y la crianza tienen efectos negativos en la salud de la infancia, comprometiendo su derecho a la atención de los problemas de salud y a alcanzar el máximo potencial de desarrollo.

8.2.4 "¿Esto es conciliación?": La discriminación laboral por razón de maternidad

Mujer de 41 años que acude a su médico de cabecera por ansiedad y síntomas depresivos, que pone en relación con conflictividad en su entorno laboral. Explica que trabaja como administrativa en una empresa desde hace ocho años, con satisfacción moderada en su trabajo y ambiente que define como *"agradable"* hasta hace dos años y medio, cuando se convirtió en madre de su primer hijo. Relata que, a las tres semanas de nacer, su hijo presentó una bronquiolitis grave por la cual requirió ingreso en UCI pediátrica durante dos semanas. Desde entonces, el niño ha tenido multitud de episodios graves de bronquiolitis, con infecciones respiratorias y broncoespasmos de repetición, no tan graves como aquel primer episodio, pero que han requerido ingreso en planta de pediatría hasta en siete ocasiones.

Explica que, por este motivo, en cuanto el niño tiene algún proceso respiratorio leve, le avisan de la escuela y debe quedarse en casa. En el trabajo

le ponían muchas trabas para conciliar esta situación, por lo que optó por solicitar una reducción de jornada que, si bien le concedieron sobre el papel (con la sustracción proporcional de sueldo), no se ha traducido, en la práctica, en una reducción de la cantidad de trabajo, por lo que muchas veces debe quedarse más allá de su hora, o llevarse tareas a casa. Además, hasta en dos ocasiones en las cuales le llamaron alarmados desde la escuela infantil, su jefe le impidió salir a buscar al menor bajo amenaza de despido por abandono de puesto laboral, yendo finalmente el padre a recogerlo (también con dificultades en su propia empresa). Refiere que, en los últimos dos meses, y tras un ingreso de tres días en pediatría (por el cual se ausentó de manera justificada de su puesto laboral, por ingreso de familiar directo), las coacciones sobre ella se han incrementado, con malas palabras, amenazas veladas y una evidente sobrecarga de tareas laborales. La mujer explica que piensa que la están presionando para que abandone el trabajo sin que le tengan que financiar el despido.

La conciliación laboral y familiar es una de las principales dificultades a la que se enfrentan las madres y los padres, máxime cuando los menores padecen algún problema de salud que requiere atenciones o cuidados específicos. En este caso, se observa la evidente desprotección que pueden llegar a padecer los infantes con necesidades específicas para la atención de su salud, cuyos cuidados aparecen totalmente delegados en una madre que, lejos de encontrar medidas de conciliación laboral, se enfrenta a una discriminación por maternidad en su entorno de trabajo, llegando a sufrir, incluso, coacciones y acoso laboral.

Primeramente, cabe valorar la discriminación por razón de maternidad que está sufriendo la mujer del presente supuesto en su entorno laboral, contraria a la CEDAW que, en su artículo 11, recoge la obligación de los Estados Partes de eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo.

En este escenario, se produce no sólo la desatención de las necesidades de salud de su hijo (que requiere acompañamiento y cuidados por parte de su madre, y de su padre, durante sus episodios de enfermedad o ingreso hospitalario), sino un deterioro de la salud mental de la madre por el cual requiere atención médica.

La relación entre el trabajo y la salud es innegable, y ha sido objeto de multitud de estudios científicos, además de un largo articulado legislativo que busca proteger y garantizar la salud de los trabajadores. Sin embargo, no se ha considerado al mismo nivel las repercusiones que el trabajo de sus madres y padres puede tener en la salud de su progenie. La díada madre-infante (que persiste a lo largo de la primera infancia, aunque con una dependencia de menor intensidad que en el primer año de vida), implica que los estados emocionales de la madre tienen una resonancia directa en los infantes. Así, el

acoso laboral puede cobrarse más víctimas de las apreciables a primera vista, y la psicopatología padecida por los progenitores en un contexto de conflictividad laboral puede tener una repercusión negativa directa en la salud mental y física de sus hijos, máxime, en las primeras etapas de la vida.

Por lo tanto, resulta imprescindible considerar los daños psicofísicos ampliados a la infancia consecuencia de las acciones sufridas por sus madres y padres en el entorno laboral.

Se debe resaltar también que impedir a los padres ejercer sus funciones parentales en una situación problemática de salud del menor compromete el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, que recoge *"su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud"*; este artículo señala la obligación de los Estados Partes de *"asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios"*.

8.2.5 "Demasiado mayor para el pecho": Malas prácticas en la atención sanitaria en situación de lactancia materna prolongada

Mujer de 26 años que acude al servicio de Urgencias hospitalarias por aparición abrupta de una reacción alérgica cutánea generalizada. Tras el juicio clínico del médico de urgencias, y antes de que éste le pautase tratamiento farmacológico, ésta indica que mantiene lactancia materna, para que lo tenga en consideración de cara a la elección farmacológica. El médico pregunta la edad de su bebé; y, cuando ella refiere que su hijo tiene 18 meses, éste le responde que *"el niño ya es muy mayor"*, y que él no le puede pautar el fármaco antihistamínico que pensaba indicarle (*"polaramine"*) si no abandona la lactancia, recomendándole encarecidamente que la suspenda de manera inmediata. La mujer decide consultar en una web específica de lactancia (*"e-lactancia"*), donde figura que el fármaco loratadina es de bajo riesgo en la lactancia, pudiendo administrarse; y le transmite dicha información al médico. El médico contrasta dicha información y, finalmente, le prescribe loratadina, pero en el informe de alta añade que dicha prescripción se realiza *"bajo la responsabilidad de la paciente, que ha rechazado el tratamiento farmacológico recomendado por el médico facultativo"*.

Este caso refleja la confluencia de malas prácticas en la atención a las mujeres lactantes.

Por una parte, destaca el desconocimiento y la falta de formación de profesionales de la salud respecto a la lactancia y el empleo de fármacos en este periodo. Esto es un ejemplo de mala *praxis* médica.

Así, se realiza una indicación médica de destete, en contra de los deseos de la madre, sin una justificación clínica real para proceder al mismo. Además de ser contrario a la evidencia científica y a las recomendaciones de la OMS (que defiende el mantenimiento de la lactancia materna complementaria al menos hasta los dos años de edad, siempre que la madre y el niño lo deseen), supone un trato discriminatorio en la atención sanitaria por razón de maternidad, dado que no se está dando una atención adecuada a la mujer por motivo de encontrarse en un momento específico de su ciclo vital y reproductivo (maternidad en periodo de lactancia materna). Y se añade que este trato discriminatorio se dispensa sin escuchar los deseos y las preferencias de la madre.

Además, se realiza un juicio negativo de una decisión maternal, con una vivencia de descalificación que ésta sufre por mantener la lactancia materna, que puede desencadenar vivencias de culpa, cuestionamiento y menosprecio en la mujer, y que es contrario a la dignidad y el respeto humanos básicos, que deben regir siempre en la atención sanitaria.

Todo ello supone un trato irrespetuoso hacia la mujer en un proceso de atención a la salud, menoscabando, además, sus vivencias de competencia materna. En resumen, se trata de un ejemplo de discriminación contra las mujeres en la atención a la salud, contraria al artículo 12 de CEDAW, que obliga a la eliminación de toda forma de discriminación a las mujeres en la atención sanitaria.

De nuevo, se pone de manifiesto la importancia de generar cambios de actitudes y valores en las instituciones sanitarias hacia las mujeres y hacia la maternidad, así como de garantizar la formación continuada de los profesionales de salud en materia de salud perinatal y crianza.

Pero, además, demuestra la necesidad de generar mecanismos intensos de supervisión y monitorización que permitan identificar los fallos en la aplicación de normativas y protocolos, y verificar la adecuada adherencia a las recomendaciones internacionales en la atención a la salud materna a nivel de los propios profesionales sanitarios.

8.2.6 "Y yo, ¿cómo desteto?": La desatención al destete del sistema sanitario

Mujer de 39 años que contrata el servicio de una asesora de lactancia privada por malestar respecto al destete. Refiere que tiene una hija de 26 meses de edad con la cual ha mantenido la lactancia materna complementaria de manera gozosa hasta hace un mes y medio; cuando, según explica la mujer,

ella ha comenzado a sentirse incómoda con la misma. Explica que últimamente se siente muy cansada y piensa que necesitaría retirar las tomas nocturnas, que aún mantiene la niña, para garantizar su descanso. Además, refiere que la vivencia de unión con su hija que antes tenía con la lactancia ahora la experimenta como una invasión de su cuerpo. Ha intentado iniciar el destete progresivamente, pero se está encontrando con muchas dificultades, ya que la niña muestra elevada irritabilidad cuando ella le niega el pecho, llora e incluso tiene rabietas, situación que le genera una intensa sensación de culpa, pues ve que su hija sufre por su negativa. Explica que decidió pedir ayuda para el destete a su médico de Atención Primaria, pero éste se limitó a decirle que la mayor parte de las madres dejan de dar el pecho a sus hijos *"sin problemas"* a los pocos meses de edad, que bastaba con retirárselo de manera radical, y que a su hija *"no le hacía ningún bien"* mantener la lactancia a esa edad, mensaje con el cual la mujer se sintió culpabilizada en su maternidad. Pidió entonces cita con la matrona de su centro de salud por este motivo, pero no le daban cita hasta dos meses después, por lo que le ofrecieron, en su lugar, cita con la enfermera de su centro de salud. Ésta le reconoció que no tenía conocimientos ni formación sobre lactancias prolongadas ni destete, y negó la existencia de dispositivos específicos de apoyo en el área sanitaria pública, sugiriéndole la posibilidad de contratar un servicio privado de una asesora de lactancia, motivo por el cual acude a esta consulta.

Las deficiencias en la atención sanitaria a las mujeres y las díadas madre-bebé y madre-infante se hacen patentes una vez pasado el puerperio precoz, escaso apoyo o seguimiento a numerosos procesos de salud de relevancia para las madres y sus hijos, como sucede con el destete. El destete forma parte de la lactancia; y, del mismo modo que a menudo se necesitan apoyos en su inicio, no es infrecuente que se requieran, también, para la finalización de ésta, especialmente cuando se ha mantenido más allá del año de vida. La lactancia no es sólo alimento físico, sino que asocia una importante nutrición emocional, y, cuando se retira, es frecuente que los menores aumenten su demanda afectiva por otras vías, de forma compensatoria.

El apoyo y acompañamiento al momento del destete, y a las posibles dificultades que pueden surgir a razón del mismo, tanto en la madre como en el bebé, deberían realizarse desde los sistemas de salud, siguiendo las recomendaciones de la OMS.

Sin embargo, la realidad es que hay muy pocos profesionales formados al respecto; y, si bien cada vez existen más dispositivos y apoyos públicos para el inicio de la lactancia materna, todavía no hay prácticamente servicios o programas sanitarios públicos para el momento del destete. La ausencia de una atención real a la lactancia materna y a la finalización de la misma desde los servicios públicos de salud supone un incumplimiento de la premisa básica de continuidad de cuidados sobre la cual se deben articular las atenciones sanitarias.

Esto es contrario a los principios de disponibilidad y accesibilidad de recursos sanitarios para atender a mujeres en sus lactancias (especialmente, en lactancias prolongadas), así como el principio de aceptabilidad (al no respetar muchas de las asistencias sanitarias la lactancia, o no saber atenderla) y de universalidad.

Y supone una discriminación en la atención sanitaria a las mujeres, puesto que la lactancia se trata de un proceso fisiológico exclusivo de ellas, que ha sido consistentemente desatendido, todo ello contrario al artículo 12 de la CEDAW que afirma la necesidad de

*"adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia."*⁸³²

Así, se muestra nuevamente las limitaciones existentes a la hora de hacer efectivo el derecho a la salud, en cuestión de salud materna, experimentado por muchas madres, incluso en los entornos favorecidos propios de los países desarrollados, como es España, y, en concreto, la Comunidad de Madrid.

⁸³² Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), de 1979