

CAPÍTULO III. SALUD MENTAL PERINATAL

3.1 Concepto de salud mental perinatal

La atención a la salud mental de la díada madre-bebé, así como de las mujeres en relación con sus procesos reproductivos (embarazo, parto y puerperio), se denomina salud mental perinatal (o psiquiatría perinatal, en el caso de la atención médica especializada), para enfatizar la importancia del nacimiento y sus efectos en la psique de las personas implicadas. No obstante, se han propuesto otros términos para la misma, como son salud mental materno-infantil, o salud mental parento-infantil, si bien estas denominaciones han tenido un menor calado³⁸⁵. En este trabajo, optamos también por emplear la terminología salud mental perinatal (SMP), por ser la de mayor aceptación.

Los trastornos mentales perinatales (TMP) son un problema de salud pública que produce un impacto intenso y duradero sobre la salud de las mujeres y de sus hijas e hijos. La atención a los TMP requiere una elevada especialización y conocimiento sobre los procesos psíquicos y neurobiológicos que acontecen en la gestación, el nacimiento y el cuidado de un bebé, los eventos relacionales y el manejo psicofarmacológico y terapéutico de los síntomas, siguiendo un modelo de atención multidisciplinar que permita desempeñar una labor tanto diagnóstica y terapéutica como de prevención de enfermedad y promoción de la salud.

El *"Plan de Acción para la Salud Mental en el mundo (2013-2020)"*, de la OMS, señalaba la necesidad del desarrollo de una salud mental integrada e integral, que incluyera estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad también para la salud mental materna, del recién nacido, la pareja y el núcleo familiar³⁸⁶. Posteriormente, este plan fue actualizado y refrendado en la 74ª Asamblea Mundial de la Salud, modificando algunos de los indicadores y sus metas mundiales, pero manteniendo su enfoque centrado en la promoción del bienestar y la salud mental para todas las personas, con especial incidencia en la prevención de problemas de salud mental en poblaciones de riesgo, y en garantizar la cobertura universal en la atención a la salud mental, en su

³⁸⁵ BROCKINGTON, I., BUTTERWORTH, R., GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N., "An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice", *Archives of Women's Mental Health*, 2016, vol. 20, nº 1, pp. 113–120.

³⁸⁶ OMS, *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1. (Consultado el 24 de octubre de 2023).

*"Plan de atención integral a la salud mental, 2013-2030"*³⁸⁷. La atención a la salud mental materna, de los bebés y de sus familias, altamente especializada, corresponde a la SMP. Desde la perspectiva de la salud mental que ofrece la OMS (que no se limita a la ausencia de psicopatología, o de un trastorno mental), la SMP haría alusión al grado de adaptación psíquica y social de la mujer a sus procesos de gestación y puerperio, y a su rol en relación a la maternidad, favoreciendo su capacitación para la misma, en un estado de bienestar personal y social³⁸⁸.

La SMP, por tanto, es el campo de la salud mental orientado a la prevención, cuidado, apoyo, diagnóstico e intervención en la salud mental de la mujer, la diada madre-bebé y la familia o entorno cercano, a lo largo de los procesos que rodean al nacimiento y que abarcan desde la concepción, embarazo, parto y postparto, hasta el fin del puerperio, que en salud mental se considera más prolongado que desde la perspectiva gineco-obstétrica (aproximadamente, hasta un año después del parto)³⁸⁹. El presente trabajo, centrado en analizar la situación de la maternidad y la primera infancia desde la perspectiva de la salud mental y los derechos humanos, se focalizará para cubrir también la primera infancia. Las intervenciones en SMP tienen un doble valor, puesto que no sólo intervienen sobre los padecimientos de las madres, sino que, además, previenen dificultades en el desarrollo de sus hijos³⁹⁰.

La SMP tiene como objetivo fundamental la promoción y el cuidado de los procesos de vinculación entre las madres y sus bebés, facilitando la consolidación de vínculos saludables que estructuren un apego seguro. Para ello, se atiende a la diada madre-bebé de manera conjunta, entendiendo que ambos constituyen una unidad funcional y no pueden ser abordados por separado. La atención a la diada debe ser, además, ecosistémica, lo que implica una coordinación interdisciplinar y multidisciplinar entre los sistemas sociales, los sanitarios y la familia y entorno más cercano³⁹¹. Por ende, los equipos asis-

³⁸⁷ OMS, *Plan de Acción integral sobre Salud Mental 2013-2030*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>. (Consultado el 24 de octubre de 2023).

³⁸⁸ CONTRERAS-CARRETO, NA., MORENO-SÁNCHEZ, P., MÁRQUEZ-SÁNCHEZ, E., VÁZQUEZ-SOLARES, V., PICHARDO-CUEVAS, M., RAMÍREZ-MONTIEL, ML., SEGOVIA-NOVA, S., GONZÁLEZ-YÓGUEZ, TA., MANCILLA-RAMÍREZ, J., "Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos", *Cirugía y Cirujanos*, 2020, vol. 90, n° 4, pp. 564-572.

³⁸⁹ HERNÁNDEZ, G., KIMELMAN, JM., MONTINO, RO., "Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio", *Revista médica de Chile*, 2000, vol. 128, n° 11, pp. 1283-1289.

³⁹⁰ STANTON ME, GOGOI A., "Dignity and respect in maternity care", *BMJ Global Health*, 2022, vol. 5, n° 2, e0090.

³⁹¹ OLZA, I., FERNÁNDEZ LORENZO, P., GONZÁLEZ URIARTE, A., HERRERO AZORÍN, F., CARMONA CAÑABATE, S., GIL SANCHEZ, A., AMADO GÓMEZ, E., DIP, M. E., "Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2021, vol. 41, n° 139, pp. 23-35.

tenciales deben adaptarse a las necesidades de la díada madre-bebé, identificándolas y respondiendo a ellas de manera flexible, de un modo semejante a la adaptación de las madres a las necesidades de sus criaturas para poder atenderlas³⁹².

Esta modalidad de atención debería implicar cambios sistémicos respecto a la metodología, los lugares y los espacios en los que tiene lugar; que, sin embargo, a día de hoy están muy lejos de poder materializarse en nuestro sistema de salud. Del mismo modo que la madre de un lactante debe mostrarse disponible ante sus demandas de alimentación, sueño y regulación fisiológica y emocional, la atención a estas madres (sujetas al cuidado de sus bebés) debe proveer, también, una función cuidadora que les facilite el acceso en su propio ambiente y sin la rigidez de las consultas médicas habituales. Por ejemplo, es probable que la madre de un recién nacido que se encuentre inmersa en su crianza, emocionalmente desbordada, y sin red de apoyo, no sea capaz de llegar hasta un centro hospitalario lejano a su domicilio a una hora estipulada con antelación.

La psicología y la psiquiatría perinatales deben considerar, por tanto, sus diferencias respecto al ejercicio general no sólo en las cuestiones de contenido (como son la reactivación de los conflictos psicológicos debido al fenómeno de transparencia psíquica, que se verá en el Capítulo V, o la limitación y los riesgos a la exposición de numerosos psicofármacos en el embarazo y la lactancia); sino, ante todo, de una diferencia en su modo de trabajo. El diseño de programas de SMP no puede limitarse al modelo biomédico convencional, sino que debe combinar la mejor evidencia científica disponible, con la continuidad de cuidados multidisciplinar, que incluya los condicionantes sociales y el entorno familiar, desarrollando y poniendo en marcha planes de intervención personalizados que se centren en la atención a las necesidades de la díada madre-bebé (o embrión, feto, recién nacido o lactante).

3.2 Origen de la atención en salud mental perinatal

La primera monografía sobre el ejercicio de la psiquiatría perinatal fue realizada por Louis-Victor Marcé, en el año 1858³⁹³. El primer ejemplo recogido históricamente sobre una atención diádica conjunta en psiquiatría perinatal es del año 1946, en Inglaterra, cuando Tom Main promovió el ingreso de una madre con su hijo en una unidad de hospitalización psiquiátrica, planteando

³⁹² MARCONI, J., “Política de Salud Mental en América Latina”, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1976, vol. 4, pp. 277-281.

³⁹³ MARCÉ, LV., *Traité de la Folie des Femmes Enceintes, des Nouvelles Accouchées et des Nourrices, et Considérations Médico-légales quise rattachent à ce Sujet*. Bailliére, Paris, 1958.

la necesidad de observar de manera cercana la relación establecida entre ambos³⁹⁴. Por aquellas mismas fechas, el psiquiatra John Bowlby inició sus estudios sobre el apego en la infancia, bajo el encargo de la OMS, concluyendo la importancia de la relación madre-bebé en el desarrollo de los niños. A partir de entonces, se realizaron tímidos intentos de establecer la asistencia psiquiátrica perinatal con el desarrollo de algunas unidades que permitían la atención conjunta madre-bebé en aquellas situaciones en las cuales las madres requerían una hospitalización psiquiátrica. En Francia (1961) y Massachusetts (1963) se crearon estos primeros dispositivos, que permitieron el desarrollo posterior de unidades de atención madre-bebé a lo largo de diferentes países (como Gran Bretaña, Francia, Alemania, Bélgica, Países Bajos o Estados Unidos).

A pesar de ello, a día de hoy, en muchos países, como es el caso de España, siguen existiendo importantes deficiencias en la atención a la SMP. En el mundo, son pocos los hospitales que cuentan con áreas de SMP especializadas y habilitadas para el ingreso de las díadas madre-bebé por problemas de salud mental. No obstante, la dotación de recursos para el diagnóstico y la atención psicológica y psiquiátrica de mujeres y sus bebés, en el contexto de la atención materno-infantil, es una realidad cuya necesidad creciente e inaplazable ha sido reconocida por la OMS en su *"Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles"*³⁹⁵. La situación actual de la atención a la SMP en el Sistema Nacional de Salud español se abordará más adelante dentro de este mismo Capítulo.

3.3 Salud y díada madre-bebé

La díada madre-bebé surge en el momento de la concepción y se mantiene a lo largo del embarazo, pero no acaba tras la finalización del mismo en el momento del parto, puesto que la especial dependencia del bebé en las etapas iniciales de la vida extrauterina hace necesario su estudio y atención conjunta. La díada madre-bebé irá progresivamente disminuyendo su unión biológica (tras la introducción de la alimentación complementaria, a partir del sexto mes de vida del lactante, y la progresiva ganancia de autonomía motora, con el desarrollo del gateo y, por fin, la deambulación, al año de vida), si bien la unión psíquica, establecida en parte gracias a la vinculación afectiva madre-bebé y el sistema de apego infantil, conllevará un proceso lento de progresiva separación e individuación a lo largo de la infancia.

³⁹⁴ MAIN, TF., "Mothers with children in a psychiatric hospital", *The Lancet* ii, 1958, pp. 845-847.

³⁹⁵ OMS, *Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.

La neurobiología que subyace a los procesos propios de la maternidad favorece la vinculación afectiva de la madre hacia su bebé, pero no la determina. Se estudiará más adelante que, a lo largo de los procesos de embarazo, parto y lactancia materna, así como en el contacto piel con piel postnatal, se produce liberación hormonal de dos moléculas fundamentales, la oxitocina y la dopamina, que promueven en la madre la aparición de conductas maternas de cuidado hacia su bebé. Pero, además, en la especie humana, la subjetividad de la madre, su biografía y su psicología, sus estados mentales durante la crianza y el apoyo social que reciba para la misma tienen una elevada repercusión en el establecimiento de un vínculo afectivo saludable con su bebé.

Así, en el establecimiento de la relación entre las madres y sus bebés influyen un gran número de variables perinatales físicas, psicológicas y sociales. Se revisará posteriormente, en los Capítulos correspondientes a los distintos momentos perinatales, la evidencia científica respecto a las repercusiones que los trastornos afectivos maternos (ansiedad o depresión) tienen en los procesos de vinculación con los bebés y en el bienestar de los mismos, influyendo en su desarrollo.

El Relator Especial sobre el derecho a la salud, en su informe del año 2015, señala, en su apartado 4, que el denominado "*derecho a la salud*" (que no es otro que el derecho al disfrute del más alto nivel de salud que sea posible, tal y como se vio ya en el Capítulo I del presente trabajo) está íntimamente relacionado con el derecho a la supervivencia y el desarrollo de los niños muy pequeños, y recoge que, en la primera infancia, el derecho a la salud debe incluir libertades y derechos que "*no solo son esenciales para la supervivencia y la salud inmediatas sino también para el desarrollo saludable de los niños y de los adultos en que se convertirán*". En la sección III de dicho informe, se analiza la relación entre el derecho a la salud y el desarrollo saludable de los niños menores de 5 años mediante los determinantes del desarrollo saludable, abrazando la comprensión científica del desarrollo durante los primeros años de vida. El informe recoge, también, el papel fundamental que juegan los sistemas de salud a la hora de favorecer el desarrollo saludable en la infancia, incluyendo los servicios ofrecidos en la atención a la maternidad:

"Los sistemas de salud, incluidos los servicios de atención de la salud y los servicios preventivos, deben ofrecer, en cooperación con los servicios sociales, de protección de la infancia, educacionales y de otra índole pertinentes, un conjunto completo de atención para los niños y las familias. Los sistemas de salud son fundamentales para la atención de las mujeres embarazadas, el parto, la atención postnatal de la madre y el niño y el cuidado de los niños pequeños. Son importantes no solo en relación con las intervenciones biomédicas específicas sino también porque constituyen a menudo la única infraestructura que llega a los niños pequeños, en particular a los menores de 3 años, y pueden en consecuencia iniciar y

fomentar la promoción de la salud y el apoyo de los servicios sociales para promover el desarrollo en la primera infancia y prevenir los riesgos"³⁹⁶.

Las organizaciones de salud pública han planteado frecuentemente el valor positivo en salud que podría ofrecer adoptar un enfoque en derechos humanos en la atención a la salud infantil. En esta línea, las investigaciones de la OMS han demostrado un impacto positivo de adoptar este enfoque en la salud de la mujer y los niños para la salud y el desarrollo infantil. No obstante, según reconoce el mencionado Relator Especial:

*"(...) hay todavía muy pocos ejemplos concretos de la aplicación práctica de un enfoque basado en los derechos humanos para la supervivencia y el desarrollo de los niños. Para lograr que esto cambie, los Estados deben pronunciarse clara y explícitamente sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos en sus leyes, políticas, programas, presupuestos y otras medidas"*³⁹⁷.

En efecto, el papel de los sistemas de salud, en la calidad de la asistencia sanitaria que ofrecen a las mujeres en sus maternidades, y las prácticas sanitarias ejercidas en el ámbito perinatal, han demostrado ser una variable fundamental en los resultados de salud materno-infantil, el establecimiento de la vinculación afectiva madre-bebé y el progresivo desarrollo infantil. De este modo, resulta imprescindible revisar las actuales prácticas sanitarias que se llevan a cabo en la atención a las madres y a sus bebés, y su impacto en salud y desarrollo. Este impacto puede ser tanto positivo (promoviendo el bienestar y favoreciendo la vinculación afectiva) como negativo (deteriorando la salud materna y perturbando los procesos relacionales primarios).

Por ello, las prácticas en salud perinatal deben ser evaluadas en todas las etapas de atención a la salud materno-infantil: desde la atención en la etapa prenatal, pasando por la atención al parto, y durante la etapa postnatal, además de la atención ofrecida a la infancia y la crianza durante los primeros años de vida.

Ya desde el embarazo, e incluso en la concepción del mismo (por ejemplo, durante la asistencia en reproducción asistida) se encuentran prácticas sanitarias que pueden impactar en la salud mental materna. Por ejemplo, la forma de hacer recomendaciones de salud (por ejemplo, respecto a cesar el consumo de alcohol o tabaco), o de llevar los controles ponderales de la paciente, desde los profesionales sanitarios, pueden influir en las experiencias

³⁹⁶ ONU, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*; 2015.

³⁹⁷ ONU, "Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", 2015. En su apartado 23.

de las mujeres, bien sintiéndose apoyadas, o bien tratadas irrespetuosamente. El trato recibido en la atención a las pérdidas gestacionales también puede impactar en la salud mental de las mujeres. La inadecuación de las prácticas incluye deficiencias en la identificación e intervención de problemas de salud mental en las mujeres embarazadas, situación que puede tener importantes consecuencias en la salud materno-infantil, como se analizará en los Capítulos posteriores.

El parto es uno de los momentos de atención sanitaria cuyas prácticas están actualmente siendo sometidas a mayor cuestionamiento y revisión. Investigaciones recientes han demostrado el impacto significativo que tiene la experiencia subjetiva de parto de las madres sobre sus percepciones respecto al temperamento de sus hijos, lo cual va a influir en la calidad de su relación afectiva³⁹⁸. Algunos estudios han demostrado que el impacto de esta experiencia subjetiva es incluso mayor que el derivado de otros factores objetivos, como es el tipo de parto (vaginal o por cesárea), o el lugar donde se produce³⁹⁹. Las mujeres estudiadas que habían tenido una experiencia de apoyo y cuidados durante sus partos percibían a sus bebés con un temperamento “*sencillo*” y en alerta calmada de manera significativamente superior a aquellas que no se habían sentido apoyadas. Estos hallazgos confirman las guías de atención al parto de la OMS, que señalan la importancia de cuidar los partos para que sean experiencias positivas para las mujeres⁴⁰⁰.

El postparto inmediato ha sido un momento en el que históricamente se han realizado algunas prácticas sanitarias inadecuadas para la salud materno-infantil y el desarrollo del bebé. Hasta la llegada del siglo XXI, numerosos protocolos hospitalarios dentro del territorio nacional español recogían de manera rutinaria la separación de la diada, de tal modo que se evaluaba al bebé, se le bañaba o limpiaba y se le vestía o envolvía en una manta y, o bien se dejaba en brazos de su madre, o bien se depositaba en una cuna. A día de hoy, y bajo las recomendaciones de la OMS, se está promoviendo un cambio institucional para reconocer las necesidades específicas de los recién nacidos respetando su hábitat y su ecología, favoreciendo la transición de la vida intrauterina a la extrauterina por medio del cuerpo materno. El contacto piel con piel entre la madre y su bebé de manera inmediata e ininterrumpida tras el parto es un elemento esencial del nacimiento, y debe ser considerado

³⁹⁸ POWER, C., WILLIAMS, C., BROWN, A., “Does childbirth experience affect infant behaviour? Exploring the perceptions of maternity care providers”, *Midwifery*, 2019, vol. 78, pp. 131-139.

³⁹⁹ POWER, C., WILLIAMS, C., BROWN, A., “Physical and Psychological Childbirth Experiences and Early Infant Temperament”, *Frontiers in Psychology*, 2022, vol. 13, p. 792392.

⁴⁰⁰ OMS, *World Health Organization Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*, 2008. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/>. (Consultado el 12 de marzo de 2023).

como un bien a proteger. Las recomendaciones actuales de la OMS, basadas en la evidencia científica, promulgan el inicio inmediato del contacto piel con piel madre-bebé, así como la instauración precoz de la lactancia materna. Por medio de la intimidad física con el cuerpo de su madre, el bebé realiza una transición del entorno intrauterino a la vida extrauterina, adaptando sus sistemas fisiológicos, y encontrando en la corporalidad de su madre afecto, calor, cercanía, protección, seguridad y alimentación; es decir, cuanto necesita para el desarrollo de sus facultades físicas, emocionales, sociales y mentales. Las guías actuales recomiendan colocar al bebé desnudo inmediatamente sobre el pecho descubierto de la madre (pudiéndose cubrir a ambos con una manta, de ser necesario), y mantener dicho contacto de manera ininterrumpida al menos hasta el final de la primera toma de lactancia materna.

El sólido aval científico respecto a los perjuicios en materia de salud y desarrollo de la separación temprana de la díada madre-bebé está cristalizando en un cambio progresivo de la atención al parto y el puerperio en el entorno hospitalario. Los logros, aunque importantes, aún no han recorrido el camino necesario en salud materno-infantil, como se evidencia, por ejemplo, en los datos respecto a la violencia obstétrica y las tres resoluciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer contra el Estado español en este sentido, que se examinan en el Capítulo VI. Del mismo modo, la fragilidad de los derechos de los bebés ha quedado patente en la respuesta predominante de los servicios de obstetricia por todo el mundo con la irrupción de la pandemia, cuando se adoptaron medidas drásticas de separación madre-bebé, sin un aval que sustentara la necesidad de muchas de esas separaciones, y a pesar de los conocidos efectos perjudiciales de las mismas⁴⁰¹. Estas situaciones también se han producido en España. En cualquier caso, es cierto que se está logrando la reflexión y el cambio progresivo de actitudes por parte de los sistemas sanitarios, contexto en el cual se desarrollan, de forma habitual, las primeras 48 horas de vida del bebé⁴⁰².

La atención a la salud de la díada madre-bebé no finaliza tras el alta hospitalaria postparto, requiriéndose después una continuidad de cuidados que asegure la adecuada identificación e intervención de los problemas de salud en la madre y el bebé durante la etapa postnatal, incluyendo la salud mental perinatal. El abordaje de las mujeres que son madres en los sistemas de salud, las recomendaciones en salud y el trato ofrecido tiene importantes

⁴⁰¹ LINDEN, K., MAIMBURG, RD., “Who safeguards pregnant women’s autonomy during the COVID-19 pandemic?”, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2020, vol. 26, p. 100556.

⁴⁰² BOHREN, MA., TUNÇALP, Ö., MILLER, S., “Transforming intrapartum care: Respectful maternity care”, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2020, vol. 67, pp. 113-126; PARICIO DEL CASTILLO, R., “Mental Health and Vulnerable Populations in the Era of Covid-19: Containment Measures Effects on Pregnancy and Childbirth”, *Arizona State Law Journal*, 2020, nº 2, pp. 175-190.

consecuencias en la experiencia postnatal de la maternidad. Las dificultades para la identificación y atención de problemas de salud mental materna siguen muy presentes en la atención sanitaria, como se observará en los Capítulos pertinentes. También tienen mucha influencia las prácticas de apoyo y promoción de la lactancia materna en sus etapas iniciales, así como el apoyo al mantenimiento y la atención al destete, todavía deficientemente atendidos dentro de nuestros sistemas de salud. Además, resulta fundamental apoyar a los progenitores en sus habilidades parentales para que puedan proveer a sus hijos de un cuidado cariñoso, que es el marco en el cual se produce el desarrollo saludable.

En definitiva, las prácticas sanitarias realizadas en la atención a las madres y sus recién nacidos son de especial relevancia y deben ser evaluadas continuamente, en la búsqueda de mejorar la calidad asistencial, minimizar los posibles daños y promover el máximo nivel de salud que sea posible, incluyendo la salud mental. El modo en que algunas prácticas contrarias a la evidencia científica y con un potencial lesivo bien identificado se ha perpetuado durante años en el seno de instituciones sanitarias (tales como la separación madre-bebé) deben obligar a una reflexión y a la toma de conciencia sobre la necesidad de ajustar la atención a la salud materno-infantil al enfoque en derechos humanos sin fisuras ni excepciones.

Si bien el objetivo último de la atención en los sistemas sanitarios es la consecución del máximo nivel de salud en la madre y el bebé (lo que incluye, por supuesto, el mejor nivel de salud mental que sea posible), cabe recordar que el principio básico en la atención a la salud debe ser el de no generar daño con la atención sanitaria que se les ofrece: *"primum non nocere"*⁴⁰³.

3.4 Recomendaciones de la OMS para la atención a la salud materno-infantil

El desarrollo de las recomendaciones de la OMS a la atención a la salud mental perinatal se ha producido en relación estrecha a las recomendaciones referidas a la salud materna y al desarrollo infantil, y no tanto dentro de las guías para atención a la salud mental. En los documentos sucesivos, las recomendaciones relativas a la atención a la salud mental perinatal, dentro de la atención a la salud materno-infantil, han ido ganando relevancia, hasta la publicación, en el año 2022, de una guía específica para la implementación de la atención a la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil.

⁴⁰³ HUNASIKATTI, M., SLEE, P., "Pharmacotherapy for Common Sleep Disorders in Pregnancy and Lactation: *Primum Non Nocere*", *Chest*, 2020, vol. 1582, nº 1, pp. 425-426.

A continuación, se examinan las principales directrices para la atención a la salud materna en las etapas prenatal, durante el parto y postnatal, la atención a la lactancia materna, la atención al desarrollo infantil saludable y la atención a la salud mental perinatal.

3.4.1 Directrices de la OMS para la atención a la salud materna

Según la OMS, se entiende por salud materna la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio; y, según recoge, cada una de estas etapas debería suponer una experiencia positiva que permitiera desarrollar el máximo potencial de salud y garantizara el bienestar tanto de las mujeres como de sus bebés. La salud materna es una de las prioridades de la agenda mundial de salud, siendo el objetivo principal la eliminación de la mortalidad materna prevenible (todavía muy elevada en países en desarrollo), pero no el único; puesto que en los últimos años se ha puesto de manifiesto, también, la necesidad de reducir las lesiones maternas y mejorar el trato a las mujeres embarazadas y de parto en los sistemas de salud, considerando cada vez más como meta última la consecución de los más altos grados de salud y bienestar de las madres y sus bebés que resulte posible.

En los últimos cinco años, la OMS ha publicado un gran número de guías y recomendaciones sobre la importancia de la salud mental materna dentro de la atención salud de las mujeres durante sus embarazos y partos; pero, también, para el desarrollo de la primera infancia. Basando su enfoque en los derechos humanos, la OMS señala la importancia de colocar las preferencias, los valores y la autonomía de las mujeres en el centro de los cuidados sanitarios ofrecidos a sus propios procesos reproductivos, favoreciendo su participación activa para mejorar la calidad de la atención y promover las experiencias positivas. Además, respalda la necesidad de una adecuada promoción de la salud durante el embarazo, el parto y el postparto, en la cual se incluye, también, la atención psicosocial integrada dentro del resto de atenciones a la salud que se ofrece a las mujeres y a sus bebés.

Podemos encontrar los antecedentes a la atención que la OMS ha prestado en los últimos tiempos a las experiencias de las madres en relación a la atención recibida durante sus procesos reproductivos en la declaración que realizó en el año 2014, denominada *"Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud"*⁴⁰⁴. En ella, la OMS dice que:

"En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos

⁴⁰⁴ OMS, *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf. (Consultado el 18 de mayo de 2023).

de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos."

En la declaración, la OMS pide a los gobiernos un mayor respaldo en la investigación y la acción contra el maltrato en los contextos sanitarios, la implementación de programas centrados en la calidad de la atención a la salud materna poniendo el foco en un trato respetuoso, y señala la importancia de que los sistemas de salud se responsabilicen del trato ofrecido a las mujeres en sus partos. Además, insiste en el derecho de las mujeres a recibir una atención digna y respetuosa en sus embarazos y partos, y en la necesidad de incluir a las propias mujeres en la mejora de la calidad de la atención, para eliminar todas las prácticas irrespetuosas.

Entre los años 2016 y 2022, la OMS ha actualizado sus recomendaciones acerca de la atención a la salud mental materna durante el embarazo, el parto y el postparto, con una tríada de directrices especialmente relevantes debido al papel que juegan en ellas las experiencias de las mujeres y la calidad percibida por ellas de la atención sanitaria recibida. Así, resulta necesario realizar una aproximación a las Recomendaciones de la OMS *"sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo"*, *"sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia de parto positiva"* y *"sobre el cuidado materno y del recién nacido para una experiencia postnatal positiva"*.

En las *"Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo"*, del año 2016, la OMS refiere que para su elaboración realizó un examen sistemático sobre los puntos de vista de las mujeres y éstas señalaron el deseo de una atención a su embarazo que les permitiera tener una experiencia positiva⁴⁰⁵. La OMS define la experiencia de embarazo positiva como:

"el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural, el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido (incluida la prevención o el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte), la realización de una transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivo, y la experiencia de una maternidad positiva (incluida la autoestima, la competencia y la autonomía maternas)".

⁴⁰⁵ OMS, *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Consultado el 14 de septiembre de 2023).

La guía se estructura en seis partes: una introducción, la explicación de los métodos empleados, la evidencia y recomendaciones propiamente dichas (que incluyen las intervenciones nutricionales, la evaluación materna y fetal, las medidas preventivas, las intervenciones para síntomas fisiológicos comunes, y las intervenciones en los sistemas de salud para mejorar la utilización y la calidad de la atención prenatal), para pasar después a recoger la aplicación de las directrices y recomendaciones sobre atención prenatal, con presentación del modelo de atención prenatal de la OMS del 2016, las implicaciones en materia de investigación, y la difusión, aplicabilidad y actualización de las directrices y las recomendaciones. Se incluyen, además, cuatro anexos, sobre los expertos y el personal de la OMS que han participado en la elaboración de las directrices, otras directrices de la OMS con recomendaciones pertinentes, el resumen de las declaraciones de los conflictos de intereses de los participantes, y consideraciones relativas acerca de la aplicación de las directrices.

Respecto a las recomendaciones sanitarias, se hace un repaso de las intervenciones nutricionales y los posibles suplementos alimentarios recomendables en mujeres embarazadas.

En la evaluación materna, se recomienda evaluar y tratar la existencia de anemia, bacteriuria asintomática, violencia en la pareja, diabetes mellitus gestacional, consumo de tabaco, uso de sustancias, virus de la inmunodeficiencia humana y sífilis, y tuberculosis, en función de los contextos específicos.

En la evaluación fetal, se recomienda la estimación diaria del movimiento del feto, la medición de la altura uterina, la cardiotocografía prenatal y la ecografía.

Se hacen, también, algunas recomendaciones preventivas (antibióticos en bacteriuria asintomática, vacuna antitetánica, administración de inmunoglobulina anti-D, o tratamiento antihelmíntico, según contextos), y de tratamientos para síntomas fisiológicos comunes, como las náuseas o vómitos, la acidez gástrica, la lumbalgia o los calambres en las piernas, entre otros.

De mayor relevancia para el presente trabajo son las recomendaciones sobre las intervenciones en los sistemas de salud para mejorar la utilización y la calidad de la atención prenatal.

La OMS recomienda el denominado "carné prenatal", esto es, que *"cada embarazada conserve sus propios datos clínicos durante el embarazo para mejorar la continuidad y la calidad de la atención y su experiencia del embarazo"*.

También recomienda la continuidad asistencial, que la OMS propone como impulsada por parteras (recomendación en contextos específicos), con programas de atención prenatal que tengan un mínimo de 8 contactos.

La OMS recoge igualmente una recomendación, en investigación, de brindar atención prenatal en grupos, proporcionada por profesionales cualificados, siempre que se disponga de la infraestructura y los recursos necesarios para esta prestación, y escuchando las preferencias de la mujer, ya que la atención en grupos ha mostrado tener efectos positivos en la experiencia de embarazo, aumentando la satisfacción de las mujeres.

Asimismo, la OMS recomienda intervenciones comunitarias para mejorar la comunicación y el apoyo, incluyendo, según los contextos, grupos participativos de mujeres (que contempla como una oportunidad para que éstas hablen de sus necesidades durante el embarazo y vean aumentado su apoyo), así como intervenciones tales como las visitas domiciliarias, especialmente en las zonas rurales.

La OMS también recomienda delegar algunos componentes de la prestación de la atención prenatal, como la promoción de comportamientos relacionados con la salud en beneficio de la salud materna y neonatal, o la distribución de suplementos nutricionales, en un amplio abanico de profesionales, como auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.

Como se puede observar, las directrices de la OMS sobre la atención prenatal no acogen específicamente recomendaciones sobre la salud mental de las embarazadas, aunque sí inciden en la importancia de una experiencia positiva de embarazo y de la satisfacción de las mujeres, proponiendo para ello medidas de apoyo social, la inclusión de grupos prenatales, la escucha de las preferencias de las mujeres y el establecimiento de programas de seguimiento sanitario de 8 contactos.

Posteriormente, en el año 2019 la OMS publicó sus *"WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience"* (*"Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia de parto positiva"*)⁴⁰⁶. El desarrollo de la estrategia se realiza en alineamiento con objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (*"garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades"*) y la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030), con el fin de las mujeres y sus bebés desarrollen y alcancen su potencial de salud. Las recomendaciones suponen una actualización de las realizadas por la OMS sobre la atención posnatal de la madre y el recién nacido, en el año 2014, y es un documento conexo con la *"Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario"*⁴⁰⁷.

⁴⁰⁶ OMS, *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57092/9789275326817_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consultado el 14 de septiembre de 2023).

⁴⁰⁷ OMS, *Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto. Manual del usuario. [WHO labour care guide: user's manual]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Disponible en <http://apps.who.int/iris>. (Consultado el 13 de noviembre de 2022).

En el documento, se recoge que la mera supervivencia al embarazo y al parto no pueden ser indicadores de calidad en la atención materna, sino que ésta debe ampliarse y tener como meta la consecución de la salud integral y el bienestar de las madres y sus bebés. Este enfoque realizado desde la calidad de la atención resalta la importancia de las experiencias positivas como un resultado valioso para las mujeres y sus recién nacidos, que, además, supone una base fundamental para mejorar la salud y el bienestar de los mismos a corto y a largo plazo.

La guía define una experiencia de parto positiva como *"un desenlace trascendente para todas las mujeres en experiencia de parto"*, y actualiza las directrices previas añadiendo algunas nuevas e incidiendo en aquellos cuidados esenciales que deben recibir todas las mujeres y sus recién nacidos deben recibir. De nuevo, la OMS insiste en la importancia de la calidad percibida de la atención recibida y el valor de las experiencias positivas al respecto. Destaca la inclusión de recomendaciones durante todo el trabajo de parto y el nacimiento como *"Atención respetuosa de la maternidad"*, *"Comunicación efectiva"* y *"Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto"*.

Por su parte, la *"Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual de usuario"* es un documento más amplio, conexo con la Guía, y estructurado en una introducción (que incluye el objetivo del manual y su público destinatario), la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto (respondiendo a las preguntas de con quiénes, cuándo y dónde debe usarse la Guía, y ofreciendo la estructura de la misma), y un largo apartado sobre cómo utilizar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto, explicando cómo completar sus siete secciones, adaptadas del partograma previo (sección 1: identificación de la mujer y características del trabajo de parto en el ingreso; sección 2: atención de apoyo; sección 3: atención del bebé; sección 4: atención de la mujer; sección 5: progreso del trabajo de parto; sección 6: medicación; sección 7: toma de decisiones compartida). El manual del usuario incluye, también, 5 anexos finales.

Para lograr una aplicación sistemática de la guía OMS en los cuidados de parto, el manual recomienda seguir el esquema de evaluación del bienestar de la madre y el bebé, y el progreso del trabajo de parto según los parámetros de la guía, seguido del registro de todas las observaciones del trabajo de parto y del parto, para a continuación verificar el umbral de referencia (esto es, comparar las observaciones documentadas con los valores de referencia de la guía), y, por último, planificar, esto es, decidir si es necesaria una intervención, consultando siempre con la mujer, y documentándolo.

A efectos de este trabajo, tiene especial interés la sección 2, de atención de apoyo. La OMS insiste en que la atención respetuosa es un derecho humano fundamental de las embarazadas y un componente esencial de

sus recomendaciones, y recomienda explicar a todas las mujeres, con un lenguaje sencillo y culturalmente apropiado, de forma clara, todas las etapas del proceso, los procedimientos que se vayan a emplear y su propósito, y permitir la toma de decisiones compartida.

Además, alienta a realizar el registro anteriormente mencionado (evaluar, registrar, verificar el umbral y planificar) respecto a la presencia de un acompañante de la mujer que sea de su elección y le brinde apoyo, sobre si ha recibido algún método para aliviar el dolor, si ha tomado líquidos o ha demandado desde la última evaluación (alentando a la mujer a tomar una dieta ligera y a que beba lo que quiera durante el trabajo de parto), y la postura elegida por la mujer durante el parto, alentando a la mujer a deambular libremente durante el proceso de dilatación, y apoyar a la mujer en la posición que adopte en todas las etapas de trabajo de parto.

También es relevante a los efectos de este trabajo la sección 7, sobre toma de decisiones compartida. En el manual del usuario, la OMS refiere que *"los objetivos de esta sección son facilitar la comunicación continua con la mujer y su acompañante, y que todas las evaluaciones y planes consensuados se registren de manera regular"*, señala que las mujeres deben recibir información para que puedan tomar decisiones informadas, y recomienda registrar cada evaluación clínica del bienestar de la mujer y del bebé teniendo en cuenta la decisión compartida con la mujer.

Finalmente, en el año 2022, la OMS actualizó sus directrices mundiales del año 2014 para la atención a las mujeres y los recién nacidos en el periodo posnatal (entendiendo como tal las primeras 6 semanas tras el parto), que vinieron a sumarse a las directrices ya existentes *"Sobre atención prenatal"* y *"Sobre cuidados durante el parto"*, completando de ese modo sus recomendaciones para una atención a la salud materna de calidad a lo largo del embarazo, el parto y el postparto.

En estas *"Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience"* (*"Recomendaciones sobre el cuidado materno y del recién nacido para una experiencia postnatal positiva"*) se señala la importancia de la *"experiencia postnatal positiva"*, que define como:

*"aquella en la que las mujeres, los recién nacidos, las parejas, los padres, los cuidadores y las familias reciben información, tranquilidad y apoyo de manera constante de parte de trabajadores de salud motivados; y en la que un sistema de salud flexible y con recursos reconoce las necesidades de las mujeres y los bebés, y respeta su contexto cultural"*⁴⁰⁸.

⁴⁰⁸ 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).

La OMS explicita que el modelo que recomienda de atención postnatal es aquel que sitúa la díada madre-bebé (que denomina binomio madre-recién nacido) en el centro de los cuidados. Señala, además, que las primeras dos semanas tras el parto son un momento clave para la promoción de la salud, la identificación de problemas de salud y el apoyo a la transición de la atención sanitaria de las madres y los bebés sanos.

Para ello, recomienda un sistema de cuatro contactos sanitarios: el primero referido al internamiento postnatal en un centro sanitario (se recomiendan un mínimo de 24 horas de internamiento, con supervisión constante), y los otros tres adicionales en las primeras seis semanas postparto, siendo para ello imprescindible una adecuada coordinación entre el centro sanitario de internamiento y los proveedores sanitarios.

Los contactos sanitarios deben incluir *"la provisión de prácticas clínicas efectivas, información pertinente y oportuna y apoyo psicosocial y emocional, brindado por trabajadores de salud amables, competentes y motivados que trabajan dentro de un sistema de salud eficaz"*.

Las directrices de esta guía suman 31 recomendaciones nuevas a las 32 previamente existentes, de modo que quedan en un total de 63 recomendaciones, que se centran en tres apartados: el cuidado a la madre, el cuidado al recién nacido postparto, y las recomendaciones para los sistemas sanitarios.

En lo que al presente trabajo respecta, resulta de especial importancia la inclusión de dos recomendaciones específicas denominadas *"Intervenciones de salud mental"*, que son, además, recomendaciones generales (es decir, de aplicación no dependiente del contexto).

Así, la recomendación 18 es realizar exámenes de detección de depresión y ansiedad postparto: *"Se recomienda realizar exámenes de detección de depresión y ansiedad posparto usando un instrumento validado, y que deben ir acompañados de servicios de diagnóstico y manejo para las mujeres que den positivo"*.

La recomendación 19 es la prevención de la depresión y la ansiedad postparto: *"Se recomiendan intervenciones psicosociales y psicológicas durante los períodos prenatal y posnatal a fin de prevenir la depresión y la ansiedad posparto"*.

En relación con la atención al recién nacido, en lo que respecta a este trabajo, destacan las recomendaciones sobre lactancia materna.

Así, la recomendación 42 es la referida a la lactancia materna exclusiva: *"Todos los bebés deberían alimentarse exclusivamente de leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad. Se debe dar asesoramiento"*

y apoyo a las madres respecto de la lactancia materna exclusiva en cada contacto posnatal."

Las recomendaciones 43 a y 43 b son las relativas a la *"promoción y apoyo de la lactancia materna en los centros que brindan servicios de maternidad y neonatales"*, recogiendo que los centros sanitarios con maternidad deben tener una política de lactancia materna escrita con claridad que se debe facilitar a padres y profesionales, y que los profesionales deben contar con las destrezas suficientes para apoyar a las madres en sus lactancias.

Especialmente relevantes son, también, las recomendaciones a los sistemas de salud sobre intervenciones y promoción de la salud, sobre todo la recomendación 46, que, a fin de mejorar los resultados maternos y neonatales, recomienda a los trabajadores sanitarios evaluar antes del alta postparto los siguientes ítems: el bienestar físico, emocional y mental de la mujer, bienestar del bebé, las destrezas y la confianza de la mujer para cuidarse, así como las destrezas y la confianza de los padres y cuidadores para cuidar del recién nacido; y evaluar el entorno del hogar y otros factores que pudieran influir en la capacidad de cuidar a la mujer y al recién nacido en el hogar, así como su comportamiento de búsqueda de atención.

En la recomendación 48 se habla de la pertinencia de realizar visitas domiciliarias en la primera semana después del parto para la atención posnatal de la madre y del recién nacido, y, sólo cuando estas no sean posibles o deseables, se recomienda el contacto ambulatorio.

En la recomendación 49 se hace referencia a los programas de continuidad de cuidados llevados a cabo por partería. Además, la recomendación 52 incluye a los hombres, mediante la *"participación de los hombres en la atención posnatal y la salud materna y neonatal"*, si bien se recoge que esta recomendación es bajo supervisión y evaluación específicas. Con ella, se busca la necesaria implicación de la pareja en la atención postnatal y en la salud de la madre y del bebé, del siguiente modo:

"Las intervenciones destinadas a promover la participación de los hombres durante el embarazo, el parto y después del parto están recomendadas para facilitar y apoyar a la mujer a cuidarse mejor a sí misma, para mejorar las prácticas de atención domiciliaria, mejorar el uso de atención calificada durante el embarazo, el parto y el período posnatal de las mujeres y los recién nacidos, y a aumentar el uso oportuno de la atención en los centros de salud por complicaciones obstétricas y neonatales.

Estas intervenciones se recomiendan con la condición de que ejecuten de modo tal que se respete, promueva y facilite las elecciones de las mujeres y su autonomía en la toma de decisiones, y de que se apoye a las mujeres en el cuidado de sí mismas y de su recién nacidos."

3.4.2 Directrices de la OMS para la atención al desarrollo infantil saludable y a la salud mental perinatal

Relacionada también con la atención a la salud materna y del lactante se encuentra la protección y promoción de la lactancia materna.

En el año 1981, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el "*Código Internacional de Sucedáneos de la Lactancia Materna*", en respuesta a la preocupación generada a partir de la comercialización inapropiada de sucedáneos de leche materna, que es causa de numerosas muertes infantiles, para proteger a las madres y sus bebés de estas prácticas inapropiadas⁴⁰⁹. El Código no trata de imponer la lactancia materna, sino que busca regular las prácticas comerciales poco éticas para evitar presiones e influencias indebidas tanto sobre consumidores como sobre profesionales de la salud. Así, prohíbe la promoción de leches artificiales y otros sucedáneos de leche materna, y de los instrumentos para administrarlas (como tetinas o de biberones), así como los regalos a profesionales o las muestras gratuitas; establece normas sobre el etiquetado (que no debe utilizar imágenes idealizadas ni lemas como "humanizado" o "maternizado", y tiene que incluir que los sucedáneos de leche materna sólo deben utilizarse bajo indicación médica, reflejando instrucciones claras de uso y los riesgos de hacerlo de forma inadecuada); y promueve que las madres reciban información adecuada acerca de la lactancia por parte de los profesionales sanitarios. Diversas resoluciones posteriores han ido actualizando y ampliando el Código Internacional. En los países europeos, el Código se ha traducido en legislaciones con distinta cobertura y cumplimiento.

En el año 1989, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se unieron en una Declaración conjunta que incluía una serie de medidas para proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos de atención a la maternidad y la neonatología, denominada "*Diez pasos hacia una feliz lactancia natural*" (coloquialmente llamada "*los Diez pasos*"), cuya implementación ha demostrado eficacia científica en la mejora de la salud materno-infantil⁴¹⁰. Desde 1991, los establecimientos sanitarios que aplican los diez pasos reciben la denominación de "*amigos de los niños*", para reforzar ante la población el apoyo brindado a las buenas prácticas en la alimentación de los lactantes⁴¹¹.

⁴⁰⁹ OMS y UNICEF, *Código Internacional de Sucedáneos de Leche Materna*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1981.

⁴¹⁰ OMS, *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 1998.

⁴¹¹ OMS, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Wellstart International. *The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring and reassessment: tools to sustain progress*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1991.

La actualización, en el año 2018, de la guía sobre lactancia materna de la OMS, denominada *"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"*⁴¹², recoge que lactancia materna es una de las formas más eficaces de garantizar la salud y la supervivencia en la primera infancia, suministrando una nutrición completa a los lactantes en los primeros meses de vida, más de la mitad de las necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y entorno a un tercio de las necesidades nutricionales del infante durante su segundo año de vida, además de reducir la incidencia de otros problemas de salud (como la obesidad o la diabetes) a lo largo de la vida.

La guía repasa y revisa los diez pasos presentados en la Declaración conjunta OMS-UNICEF de 1989, manteniendo el tema de cada uno de ellos, pero modificando la redacción en base a la mejor evidencia científica actual y a las políticas internacionales en materia de lactancia materna. Los pasos se articulan alrededor de dos ejes principales: los procedimientos institucionales necesarios para garantizar una atención coherente y ética (procedimientos de gestión fundamentales); y las normas relativas a la atención individual a madres y lactantes (prácticas clínicas esenciales). La aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones conexas de la Asamblea Mundial de la Salud quedan así integradas en el primer eje, de procedimientos de gestión fundamentales.

En la última década, la Asamblea Mundial de la Salud ha generado tres resoluciones relativas a la nutrición materno-infantil y la lactancia materna.

En la resolución de la OMS correspondiente a la 69ª Asamblea Mundial de la Salud, el 28 de mayo de 2016, denominada *"Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición (2016-2025)"* se reafirma que, tras haber revisado los informes correspondientes sobre nutrición en la madre, el lactante y el niño pequeño, y de acuerdo a los ODS, se exhorta a los Estados Partes y a la Dirección de la OMS a elaborar y poner en marcha estrategias en materia de nutrición sobre las madres e infantes, dentro de las cuales se destaca la importancia de la lactancia materna. Por ello, insiste en *"seguir apoyando la Iniciativa de Promoción de la Lactancia Materna para impulsar el compromiso político y la inversión en la lactancia materna, piedra angular de la nutrición, la salud y el desarrollo infantiles"*⁴¹³.

⁴¹² 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).

⁴¹³ OMS, *Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre 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 10 de noviembre de 2022).

En la misma 69ª Asamblea Mundial de la Salud, se presentó también la resolución *"Eliminación de la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños"*, donde se realizan orientaciones para *"la eliminación de la promoción inadecuada de los alimentos para lactantes y niños pequeños, destinadas a los Estados Miembros, el sector privado, los sistemas de salud, la sociedad civil y las organizaciones internacionales"*⁴¹⁴.

En la 71ª Asamblea Mundial de la Salud, el 26 de mayo de 2018, se presentó la resolución *"Alimentación del lactante y del niño pequeño"*, y se ahonda en las dificultades detectadas respecto al cumplimiento de las recomendaciones de la OMS en el ámbito de la lactancia materna, recogiendo la preocupación:

*"(...) por el hecho de que casi dos de cada tres lactantes menores de 6 meses no son alimentados exclusivamente con leche materna; que menos de uno de cada cinco lactantes es amamantado durante 12 meses en los países de ingresos altos; y que solo dos de cada tres niños de entre los 6 meses y los 2 años de edad reciben algún tipo de leche materna en los países de ingresos bajos y medianos"*⁴¹⁵.

La resolución recoge, además, la importancia de las políticas públicas globales para poder asegurar los objetivos de salud referidos a la lactancia materna:

"Reconociendo que para lograr la meta mundial de la OMS de incrementar al menos al 50% el porcentaje de lactantes menores de 6 meses que son alimentados exclusivamente con leche materna de aquí a 2025 se requieren recursos técnicos y financieros sostenibles y adecuados, e intervenciones normativas y de reglamentación, así como voluntad política, que apoyen y protejan la iniciativa, y que ello debe integrarse en esfuerzos más amplios por fortalecer los sistemas de salud".

De este modo, se insta a los Estados Miembros a reforzar leyes, políticas y estrategias que respalden la lactancia materna por medio de un enfoque multidisciplinar, revitalizando las iniciativas de la OMS sobre lactancia materna, celebrando la Semana Mundial de la Lactancia Materna, luchan para implementar de forma eficaz el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, y tomen las medidas de salud pública necesarias para garantizar una alimentación complementaria óptima.

Por otro lado, además de las tres Guías fundamentales para la atención y el cuidado de las etapas prenatal, parto y postnatal, y de la Guía para la protección y promoción de la lactancia materna, en el año 2020, y en relación

⁴¹⁴ 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).

⁴¹⁵ 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 9 de enero de 2022).

específica a la protección y la promoción de un desarrollo saludable en la infancia, la OMS publicó su guía de recomendaciones *"Improving Early Childhood Development"* (*"Mejorando el desarrollo de la primera infancia"*); que reconoce de forma explícita el valor capital que tiene la salud mental materna en el desarrollo infantil⁴¹⁶.

La guía parte del derecho humano de la infancia a alcanzar su máximo potencial de desarrollo, señalando que, para conseguirlo, es imprescindible la prestación de un cuidado receptivo y cariñoso, así como el apoyo a la salud mental materna. Insiste en la importancia de las primeras etapas de la vida y señala que, en aquellas, el papel de la familia es primordial, requiriendo en muchas ocasiones los cuidadores principales apoyo para que los bebés e infantes reciban el cuidado cariñoso y las experiencias de aprendizaje temprano que necesitan.

La guía centra sus recomendaciones en las personas cuidadoras de los infantes en los primeros 3 años de vida, siendo estas, fundamentalmente, sus padres y madres, pero no sólo; e insistiendo en la responsabilidad que tienen los servicios de salud y otras profesiones vinculadas a la infancia, incluyendo aquellos encargados de impulsar políticas de protección.

La guía se estructura en torno a cuatro recomendaciones fundamentales. En primer lugar, que los bebés e infantes deben recibir una atención receptiva (sensible y cariñosa) durante los primeros 3 años de vida; y sus madres, padres y el resto de cuidadores deben recibir apoyos especializados para garantizar que puedan brindar dicha atención receptiva.

En segundo, que los bebés e infantes necesitan experimentar actividades de aprendizaje temprano en los primeros 3 años de vida propiciadas por sus madres, padres y cuidadores, y estos deben recibir, también, apoyos que les permitan ofrecer dichas actividades.

En tercero, que el apoyo para la atención receptiva y el aprendizaje temprano de la primera infancia debe incluirse como parte de las intervenciones para una nutrición óptima de los bebés y niños pequeños; y, en cuarto lugar, que resulta necesario integrar intervenciones psicológicas para el apoyo a la salud mental materna dentro de los servicios de salud y desarrollo de la primera infancia.

Siguiendo el desarrollo de esta cuarta recomendación global de la guía *"Improving Early Childhood Development"*, en el año 2022, la OMS publicó la primera guía específicamente destinada a atender la salud mental perinatal, denominada *"Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal*

⁴¹⁶ OMS, *Improving Early Childhood Development*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

*and Child Health Services*⁴¹⁷ ("*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*").

Este documento es el primero en desarrollar, de forma específica, recomendaciones para la protección y la atención de la salud mental materna, como parte integral de la salud materno-infantil, suponiendo un reconocimiento internacional, en materia sanitaria, de la importancia de la salud mental perinatal.

En la guía, se considera etapa perinatal aquella que comprende el embarazo y el primer año tras el momento de parto.

La guía supone un avance significativo no sólo por poner en primera línea la importancia capital de la salud mental perinatal (aportando datos tales como que el 20% de las madres experimentarán ideación autolítica o conductas autolesivas, o que, a nivel mundial, 1 de cada 5 mujeres experimentará un trastorno de salud mental en la etapa perinatal), sino, y sobre todo, por dar recomendaciones específicas para implementar la atención a la salud mental materna en la provisión de servicios y para evaluar el impacto de las medidas y los programas establecidos.

El documento recoge la amplia labor en materia de salud mental que se debe realizar durante el periodo perinatal, desde la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales, hasta el tratamiento de madres afectadas, la intervención temprana en salud mental dentro de los servicios materno-infantiles y el abordaje de grupos de especial vulnerabilidad. Además, propone un modelo de intervención personalizada y escalonada, adaptada siempre a cada mujer y cada contexto de atención.

La guía está destinada a los profesionales de la salud que atienden a madres o a infantes, así como a los responsables de políticas de salud, aportando una visión completa de la importancia de la salud mental en la etapa perinatal y herramientas y mecanismos para su integración en los servicios sanitarios. Para ello, se estructura en cinco partes fundamentales.

La primera es la definición de salud mental perinatal y los motivos de su importancia. La segunda, la relativa a la provisión de cuidados, incluyendo las labores de promoción, prevención y tratamiento en salud mental perinatal dentro de los servicios de salud. La tercera se centra en la integración de programas de atención, con los mecanismos de planificación efectiva e integrada de la atención a la salud mental perinatal; mientras que la cuarta atiende a la provisión de cuidados para necesidades específicas: la atención específica a la salud mental perinatal en grupos vulnerables y con necesidades especiales

⁴¹⁷ OMS, *Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.

(tales como historia de problemas en salud mental, abuso de sustancias, auto-lesiones o ideas de suicidio, embarazo adolescente, prematuridad, o pobreza, entre otros). Finalmente, la quinta está dedicada a la monitorización y evaluación y señala la importancia de medir el impacto de la implementación de la atención a la salud mental perinatal en los servicios de atención materna e infantil.

La OMS menciona que la etapa perinatal es la época de la vida de las mujeres en la cual habitualmente tienen un mayor contacto con los sistemas de salud, siendo, por tanto, un momento privilegiado para proveer a las mujeres de un apoyo a su salud mental, siempre en función de sus necesidades.

La guía hace especial mención a los determinantes sociales de salud y otros factores de riesgo para presentar una mala salud mental perinatal, incluyendo entre ellos el embarazo adolescente, las experiencias de parto difíciles, la pobreza, la discriminación de género, la malnutrición, las escasas oportunidades educativas, la escasez o ausencia de apoyo social, los desastres naturales, la violencia de género, los embarazos no deseados, los problemas de fertilidad o el abuso de sustancias.

Del mismo modo, recoge que la salud mental no es únicamente la ausencia de problemas mentales, sino que supone un estado de bienestar que permite a los individuos desarrollar su máximo potencial, lidiar con los factores de estrés cotidianos y contribuir en sus comunidades. Y enumera, también, una lista de factores protectores para la salud mental perinatal, tales como la presencia de apoyo social, las oportunidades educativas, las oportunidades para generar ingresos (prestaciones y pagos de servicios esenciales), las experiencias de parto positivas o la asistencia sanitaria de calidad.

La guía señala que, a pesar de que los problemas de salud mental son frecuentes en la etapa perinatal, muchas mujeres no reciben la atención que necesitan en este ámbito debido, en gran parte, a la falta de formación de los profesionales sanitarios en materia de salud mental, lo que les impide identificarlos.

Para la provisión de atención a la salud mental perinatal, OMS recomienda un abordaje por pasos e individualizado, de forma que se haga un cribado rutinario de problemas de salud mental dentro del seguimiento habitual pre y postnatal, con una perspectiva de abordaje desde las intervenciones psicosociales, y sólo en los casos en los cuales las mujeres presenten problemas prolongados en el tiempo, o problemas de salud mental graves, estas sean derivadas a dispositivos especializados de salud mental.

Resulta especialmente destacable la recomendación de proporcionar la atención en salud mental a las mujeres que son madres integrada en los servicios

de salud materno-infantiles (esto es, en el seguimiento obstétrico, pediátrico, etcétera), y no en recursos especializados de salud mental, excepto en casos de gravedad, para aumentar la población diana de mujeres atendidas, mejorar la adherencia y disminuir la estigmatización.

Así, la OMS propone generar ambientes de apoyo y respetuosos con las mujeres, promover la salud mental y la prevención de trastornos mentales mediante la implementación de diversos programas psicoeducativos, de entrenamiento en manejo del estrés y de refuerzo del apoyo social (con especial énfasis en el apoyo familiar y de las parejas), integrando el tratamiento de los problemas de salud mental en los servicios sanitarios materno-infantiles, siempre que los síntomas sean de leve a moderados.

La OMS recomienda que esta atención sea ofrecida por profesionales de la psicología especializados en la etapa perinatal. En los casos de mujeres con problemas de salud mental moderados a graves, la OMS sí recomienda su derivación a servicios especializados en salud mental.

Para la prevención y la promoción de la salud, la guía recomienda desarrollar actividades de psicoeducación, de gestión del estrés, promover el fortalecimiento del apoyo social, desarrollar habilidades para la vida (tales como habilidades de comunicación, de parentalidad, etcétera), así como favorecer que los profesionales se formen para reconocer adecuadamente los síntomas de salud mental, en la identificación de factores de riesgo, y usen herramientas de cribado.

La guía señala que muchas mujeres que experimentan problemas de salud mental perinatal encuentran dificultades para activar sus redes de apoyo, y los profesionales que las asisten pueden ayudarlas a identificar a personas de su entorno con las que conectar y de las cuales recibir apoyo. Se recoge que los grupos de apoyo pre y postnatales suponen lugares de oportunidad para encontrar el apoyo de iguales. Del mismo modo, la guía recoge que las parejas y los cuidadores de las madres también son vulnerables a sufrir problemas de salud mental durante el periodo perinatal, y la atención de los mismos puede repercutir positivamente en la salud de toda la familia.

Respecto al tratamiento, la guía recoge que debe realizarse en función de la gravedad de los síntomas, debiendo estar siempre presente el apoyo psicosocial, y señala la posibilidad de ofrecer tratamiento psicológico y/o medicación, debiendo los casos graves ser siempre valorados por un especialista.

La OMS reconoce la existencia de una evidencia creciente favorable a las intervenciones psicológicas en salud mental perinatal. Señala que generalmente estas intervenciones son realizadas por especialistas en psicología, pero recoge la posibilidad de entrenar en algunas intervenciones a otros profesionales, como

médicos generales, trabajadores sociales o educadores, bajo la supervisión de los especialistas, para poder ofrecer algunas de las mismas.

Respecto a los fármacos, refiere que en ocasiones pueden ser necesarios debido a la gravedad de los síntomas, la ineficacia de las intervenciones psicoterapéuticas o la existencia de un diagnóstico como esquizofrenia o trastorno bipolar.

Además, la guía ofrece estrategias para el diseño y la implementación de programas de salud mental perinatal, recomendando la adaptación de los mismos a su entorno cultural, y el entrenamiento adecuado de los profesionales de salud, favoreciendo siempre la coordinación entre equipos y el trabajo integrado entre disciplinas.

De particular interés para el presente trabajo son las especificaciones que realiza la guía para la atención de grupos de mujeres con necesidades especiales, entre las cuales recoge las siguientes situaciones:

- Historia de problemas de salud mental: señala la importancia de identificar a las mujeres con problemas previos de salud mental, dado el riesgo de recaída o empeoramiento durante la etapa perinatal, y las potenciales repercusiones negativas en ellas y en sus bebés.
- Uso de sustancias: el uso de sustancias en la etapa perinatal puede comprometer la salud y el funcionamiento social tanto de la madre como el bebé, dificultando, además, el ejercicio de la parentalidad y aumentando el riesgo de sufrir otras adversidades, como la violencia de género. Es fundamental prestar atención a las mujeres sin juicio, y activar redes de apoyo social.
- Autolesiones o ideas de suicidio: los proveedores de salud de las mujeres en la etapa perinatal deberán explorar la posible existencia de desesperanza o visión negra de futuro, de ideas autolesivas o autolíticas, así como la existencia de antecedentes en este ámbito, derivándolas a especialistas de forma urgente en caso de presentar planes de suicidio, y diseñando planes de seguridad para las mujeres.
- Discapacidad y enfermedad física: resulta imprescindible entrenar a los proveedores de salud en la atención a las mujeres con discapacidad o enfermedades físicas, facilitando su accesibilidad a los servicios de salud y que estos sean inclusivos y respetuosos.
- VIH/SIDA: se debe coordinar la atención con los profesionales de referencia en el tratamiento del VIH y entrenar a los profesionales para apoyar a las mujeres que viven con VIH.

- Embarazo adolescente: en este caso, se recomienda crear un ambiente amigable para las adolescentes que asegure su privacidad y les permita generar confianza, ofreciéndoles información sobre su salud física y mental de forma adaptada a su etapa vital, así como apoyo para el manejo del estrés. Se debe tratar de identificar a una persona adulta que apoye a la adolescente y haga de acompañante y soporte durante el trabajo de parto y tras el nacimiento del bebé.
- Embarazo no deseado e interrupción del embarazo: se recomienda en estos supuestos garantizar que las mujeres reciben información completa de sus opciones legales, de forma respetuosa y no discriminatoria, apoyándolas en su toma de decisiones, identificando la existencia de relaciones de abuso o trauma sexual en los casos en los cuales estos acompañen al embarazo no deseado y derivando en estos casos a las mujeres a servicios que ofrezcan atención intensiva, apoyo psicosocial y soporte legal.
- Pérdida gestacional: se debe atender al personal para apoyar a las mujeres tras una pérdida gestacional, evaluando su estado mental y prestándole atención o derivándola a servicios que la presten en caso de necesitarlo. En los casos de fallecimiento neonatal, se debe ofrecer a los padres una o más de las siguientes opciones: guardar recuerdos de su bebé, sostener a su bebé, verlo o ver una fotografía del mismo.
- Prematuridad, enfermedad infantil: será imprescindible ofrecer información clara sobre el estado de salud del bebé y sus expectativas, asegurar que las mujeres pueden consultar sus preocupaciones con los profesionales sanitarios y monitorizar posibles síntomas de deterioro de su salud mental.
- Dificultad en la vinculación madre-bebé: se considera recomendado evaluar de forma rutinaria la relación madre-bebé como parte del seguimiento post-natal, apoyando cuando sea necesario. Se recomienda el seguimiento de los hitos del desarrollo del bebé, considerando que la falta de consecución de dichos hitos, además de deberse a causas físicas, puede también estar relacionada con una relación madre-bebé pobre. Alentar a las madres en el establecimiento de sus vínculos, mostrando cómo las mujeres se vinculan con sus bebés y explicando que es un proceso que puede llevar tiempo. En caso de que se detecten dificultades serias en el vínculo, se deberá derivar a los servicios apropiados para su intervención.
- Violencia de género y violencia doméstica: además de las recomendaciones que la OMS realiza para la atención a las mujeres víctimas de violencia (tales como proveer cuidados sin juzgar, no presionar a las mujeres para que abandonen a su agresor, u ofrecer información sobre recursos sociales y legales, entre otras), se recomienda vigilar en los bebés la aparición de

signos de abuso o negligencia, derivando a los servicios apropiados en caso de identificarse.

- Pobreza: frente a la pobreza en la etapa perinatal, la OMS recomienda alentar a las mujeres para que creen redes sociales de apoyo, favoreciendo también la creación de grupos de apoyo que puedan ayudar a las mujeres en esta situación. Asimismo, recomienda a los sistemas sanitarios ser accesibles a estas mujeres, y vigilar la posible malnutrición en los bebés.
- Catástrofes humanitarias: la OMS recomienda en estos casos ofrecer atención a la salud mental priorizando por los niveles de urgencia, asegurando que los profesionales que atienden en estas situaciones tienen también formación en salud mental, e identificando de forma precoz los principales factores de riesgo asociados en estas situaciones, como puede ser la separación familiar.
- Pandemia: la OMS recomienda asegurar una adecuada información a las mujeres sobre los servicios prestados en pandemia para reducir su estrés, manteniendo contacto cara a cara dentro de lo posible con ellas (la guía recoge que estos contactos deberán ser más frecuentes con las mujeres que padezcan problemas de salud mental). Recomienda también mantener los servicios en remoto que permitan minimizar los riesgos de exposición de las mujeres, así como prevenir el desgaste o *"burn-out"* de los profesionales para garantizar la calidad de sus servicios sanitarios.
- Aislamiento social: la OMS señala la necesidad de explorar los apoyos sociales con los que cuentan las mujeres, invitando a sus parejas y a sus familias a participar en el tratamiento y la recuperación de las mismas. Además, se recomienda alentar a las mujeres que expresen aislamiento social a participar de grupos de mujeres o de madres dentro de su comunidad. En concreto, la OMS recoge que los grupos psicoterapéuticos son una vía muy útil para las mujeres que se encuentra socialmente aisladas y presentan padecimientos en su salud mental para conocer a otras mujeres.

En cuanto a los planes de monitorización y evaluación de los servicios de salud mental perinatal, la guía de la OMS recomienda que se elaboren al mismo tiempo que se desarrolla su implantación, integrándolos en los procesos ya existentes, y señala la necesidad de garantizar un sistema de registro adecuado de los datos que respete los principios de privacidad, confidencialidad y seguridad para proteger tanto a las mujeres como a los profesionales sanitarios de la estigmatización y la discriminación. Es imprescindible revisar periódicamente los datos recogidos para evaluar el impacto de los servicios de salud mental perinatal. Además, en la línea de las actuales evaluaciones de calidad, se recomienda valorar la provisión de cuidados empleando diversas herramientas, tales como encuestas, entrevistas o grupos de trabajo.

3.5 La atención a la salud mental perinatal dentro de la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de la Estrategia nacional de atención a la salud mental y del Plan estratégico de salud mental y adicciones en la Comunidad de Madrid

La Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) es *"el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias"*, y su contenido recoge los siguientes apartados: prestaciones de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, Prestación ortoprotésica (implantes quirúrgicos, prótesis externas, ortesis, sillas de ruedas y ortoprotesis especiales), prestación de productos dietéticos (dietoterápicos complejos y nutrición enteral domiciliaria) y prestación de transporte sanitario⁴¹⁸. Dicha Cartera de servicios quedó establecida por medio del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, si bien ha estado sujeta a diversas actualizaciones por medio de normas publicadas con posterioridad.

Para garantizar su sostenibilidad y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, diferencia entre la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios⁴¹⁹. Mientras la cartera común básica está enteramente financiada de forma pública, la suplementaria (de dispensación ambulatoria, y que incluye las prestaciones farmacéuticas, ortoprotésicas, de productos dietéticos, y de transporte sanitario que no sea urgente) requiere una aportación por parte del usuario.

La atención a la salud mental se encuentra recogida dentro de la Cartera de servicios comunes de atención especializada. Según el Real Decreto-Ley mencionado, la atención especializada *"comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel"*. La atención especializada es responsable de garantizar la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria, hasta que pueda reintegrarse en dicho nivel. Además, el Real Decreto-Ley que la regula señala que la atención especializada deberá ofrecerse de forma ambulatoria siempre que resulte posible, ya sea por medio de consultas externas o de hospitales de día.

⁴¹⁸ Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

⁴¹⁹ Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril.

La Cartera de servicios comunes de atención especializada a la salud mental comprende: *"el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización"*. Tal y como sucede en el resto de atenciones especializadas, la atención a la salud mental deberá realizarse de forma integral y garantizando la continuidad de cuidados. Esta atención incluye:

1. *"Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios."*
2. *Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise."*
3. *Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación."*
4. *Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías."*
5. *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables."*
6. *Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social."*
7. *Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal."*

Tal y como puede observarse, la cartera no recoge explícitamente la atención a la salud mental perinatal, si bien esta puede incluirse dentro de varios de los ítems, tales como *"actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios"*, con la promoción de la salud mental en las mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto, en coordinación con los servicios de obstetricia y de pediatría; el *"diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos"* que se producen en la etapa perinatal; el *"diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia"*,

al atender a la salud mental de los bebés que puedan estar sufriendo por separaciones madre-bebé o disrupciones en la diada de cualquier origen, o la *"atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social"*, puesto que el embarazo y la maternidad son, en sí misma, situaciones de vulnerabilidad que pueden acentuar la precariedad de las mujeres más desfavorecidas.

Dentro de la Cartera de servicios del SNS, se recogen también, en el artículo 6, las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos. Interesa, para el trabajo actual, la atención específicamente dirigida hacia la infancia y hacia la mujer.

Respecto a los servicios de atención a la infancia, se recoge lo siguiente:

6.1.1 *"Valoración del estado nutricional, del desarrollo pondo-estatural y del desarrollo psicomotor."*

6.1.2 *Prevención de la muerte súbita infantil.*

6.1.3 *Consejos generales sobre desarrollo del niño, hábitos nocivos y estilos de vida saludables.*

6.1.4 *Educación sanitaria y prevención de accidentes infantiles.*

6.1.5 *Orientación anticipada para la prevención y detección de los problemas de sueño y de esfínteres.*

6.1.6 *Detección de los problemas de salud, con presentación de inicio en las distintas edades, que puedan beneficiarse de una detección temprana en coordinación con atención especializada, a través de las actividades encaminadas a:*

a) *Detección precoz de metabolopatías. En el caso del cribado neonatal poblacional de enfermedades endocrino-metabólicas se realizará de acuerdo con lo recogido en el apartado 3.3.1 del anexo I.*

b) *Detección de hipoacusia, displasia de articulación de cadera, criptorquidia, estrabismo, problemas de visión, problemas del desarrollo puberal, obesidad, autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad.*

c) *Detección y seguimiento del niño con discapacidades físicas y psíquicas.*

d) *Detección y seguimiento del niño con patologías crónicas."*

Si bien no se recoge la atención a la salud mental de los infantes, sí se hace hincapié en aspectos tales como *"el estado nutricional del menor"* (que, tal y como señala la OMS, viene en gran parte determinado por la relación afectiva con la madre), *"consejos generales sobre el desarrollo del niño, hábitos nocivos y estilos de vida saludable"* (dentro de los cuales, se engloban también los aspectos relativos a la parentalidad positiva y la crianza saludable, que suponen una línea de promoción de la salud mental), la *"orientación anticipada para la prevención de problemas del sueño y de esfínteres"* (estrechamente relacionadas con el desarrollo socioafectivo del infante), y *"detección de problemas de salud (...) que puedan beneficiarse de una detección temprana"* (dentro de los cuales se engloban, lógicamente, los problemas de salud mental, con especial atención en esta etapa a los trastornos del vínculo y a los trastornos del neurodesarrollo).

Dentro de la atención a la mujer, hay un epígrafe que recoge la atención al embarazo y al puerperio, donde se incluyen:

- a) *"Captación de la mujer embarazada en el primer trimestre de gestación y detección de los embarazos de riesgo."*
- b) *"Seguimiento del embarazo normal, de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud."*
- c) *"Educación maternal, incluyendo el fomento de la lactancia materna, la prevención de incontinencia urinaria y la preparación al parto."*
- d) *"Visita puerperal en el primer mes del posparto para valoración del estado de salud de la mujer y del recién nacido."*

Se puede entender que en el *"seguimiento del embarazo"*, la *"educación maternal"* y la *"visita puerperal en el primer mes para valorar el estado de salud"*, se incluyen, también, la detección, atención y promoción de la salud mental, parte indiscutible de la salud integral.

Todo ello permite comprobar que, si bien la Cartera de servicios del SNS no recoge la atención a la salud mental perinatal de forma explícita, sí aparece integrada tanto en las prestaciones de la atención especializada a la salud mental como en aquellas dirigidas a la atención de grupos específicos de infancia y mujer.

Cabe señalar, sin embargo, la ausencia de un reconocimiento específico a la atención a la salud mental perinatal, ya sea en la atención especializada a la salud mental, o en la atención sanitaria integral a la mujer durante el embarazo y el puerperio. Nuevamente, se detecta el vacío regulador en materia de

bienestar y de salud mental que acostumbra a acompañar a las mujeres en estas delicadísimas etapas.

En el año 2006, el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, en colaboración con las distintas Comunidades Autónomas, así como con las aportaciones de usuarios de la red de salud mental y diversas organizaciones de los profesionales de la salud mental, elaboró la *"Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud"*, buscando un enfoque integral en salud para garantizar la promoción de la salud mental y la prevención de enfermedades mentales, así como su correcto diagnóstico e intervención terapéutica⁴²⁰. Casi 20 años después, se ha aprobado una nueva actualización de la misma, ampliando las líneas estratégicas de actuación. Así, la *"Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud, 2022-2026"* recoge las principales recomendaciones actuales en salud mental, añade nuevas líneas estratégicas a implementar en este periodo y desarrolla un sistema de evaluación para medir los resultados de su implementación⁴²¹. Quedan así establecidas 10 líneas estratégicas que se recogen a continuación.

Si bien el texto hace diversas menciones a la salud mental de las mujeres y su influencia en la relación con sus hijas e hijos a lo largo del tiempo, no recoge el concepto de "salud mental perinatal", aunque en el análisis de la situación, dentro del apartado *"Salud mental y género"*, se recoge lo siguiente:

"Las mujeres con trastorno mental grave con frecuencia son cuidadoras de sus descendientes y sus responsabilidades pueden dificultar la accesibilidad a los servicios sanitarios. El vínculo madre-hijo o hija puede verse afectado cuando la madre padece un trastorno mental grave o una adicción lo que requerirá de apoyos para no limitar los derechos personales, primando el derecho a fundar una familia o tomando las medidas necesarias para evitar la retirada de la tutela."

La línea estratégica 1, denominada *"Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona"*, también señala la interseccionalidad entre los problemas de salud mental y el género, refiriendo que las mujeres con problemas de salud mental encuentran más obstáculos para la igualdad de oportunidades. Así, la línea recoge la necesidad de tomar en cuenta las problemáticas

⁴²⁰ Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf. (Consultado el 19 de septiembre de 2023).

⁴²¹ Ministerio de Sanidad. *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2021. Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es/>. (Consultado el 21 de septiembre de 2023).

específicas de las mujeres para garantizar una adecuada atención a su salud mental:

"Las mujeres y niñas con problemas de salud mental precisan de políticas concretas que analicen y busquen soluciones al impacto de género en las políticas de salud mental, para su integración plena. En este sentido se ha pronunciado la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género del Parlamento Europeo a raíz de la publicación en 2005 del Libro Verde sobre salud mental elaborado por la Unión Europea, puntualizando que no se había tenido suficientemente en cuenta la dimensión de género."

La línea estratégica 2 es la "Promoción de la salud mental de la población y prevención de los problemas de salud mental", que señala la influencia de los factores socioeconómicos sobre la salud mental, y la necesidad de abordarlos de manera integral. Recoge, también, la importancia de prevenir las experiencias adversas en la infancia en aras de promover una mejor salud mental:

"Los determinantes de la salud mental y de los problemas de salud mental incluyen no solo características individuales, sino también factores sociales, culturales, laborales, económicos, políticos y ambientales entre otros, las políticas estatales, el nivel de protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de problemas de salud mental."

La estrategia menciona la importancia de iniciar la promoción de la salud de manera precoz, en las etapas perinatales:

"La promoción de la salud mental ha de realizarse desde las primeras etapas de la vida, incluso más allá del momento del nacimiento y el establecimiento del vínculo durante la planificación familiar y entre generaciones, y hasta el final."

Sin embargo, no se recoge la prevención y promoción de la salud mental perinatal o hacia la primera infancia dentro de los objetivos específicos de la estrategia, ni tampoco en el apartado de recomendaciones (donde sí se incluye la coordinación con atención primaria y servicios sociales para la prevención de problemas de salud mental, especialmente en poblaciones de mayor vulnerabilidad, y la inclusión de programas específicos de prevención en centros escolares).

La línea estratégica 3 es la relativa a la "Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida", donde no se hace mención específica a la etapa perinatal o de primera infancia.

La línea estratégica 4 es la "Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario",

donde se recomienda seguir el modelo de atención a la salud mental dentro de la comunidad. Sin embargo, se recoge también lo siguiente:

"Ante procesos de salud de mayor complejidad, la interconsulta y enlace con atención especializada de salud mental se considera un instrumento de gran eficacia, puesto que posibilita mejorar las habilidades diagnósticas y la incorporación de terapias en el marco del nivel primario de atención de salud, así como la derivación a los servicios especializados, disminuyendo los casos "perdidos" y posibilitando acudir a los servicios de salud mental de una forma menos estigmatizada."

Es posible que, en el caso de la salud mental perinatal, la atención a mujeres que realizan seguimiento médico en servicios de obstetricia o llevan a sus hijos a ser atendidos en pediatría, además, lógicamente, de aquellas que se encuentran hospitalizadas o son sus bebés quienes lo están, reciban una atención más eficaz por parte de los servicios de interconsulta. De hecho, tal es la recomendación de la OMS, que sugiere que la atención a la salud mental materna debe ofrecerse como parte integral de la atención en las maternidades y los seguimientos en servicios pediátricos, al aumentar así la asistencia de las mujeres a las consultas.

La línea estratégica 5 es la referida a la *"Salud mental infantil y de la adolescencia"*. En ella se hacen repetidas menciones a la importancia de la prevención de las experiencias adversas infantiles, así como a la necesidad de promover vínculos familiares seguros; todo lo cual, pese a implicar directamente el periodo perinatal, no aparece recogido bajo este término. Sin embargo, es fácil rescatar, dentro de la línea, menciones a la especial relevancia de la etapa infantil:

"Las condiciones y experiencias de vida en los primeros años son especialmente trascendentes respecto al crecimiento y desarrollo biopsicosocial en las distintas áreas (cognición, lenguaje, hábitos, habilidades sociales, desarrollo emocional...), influyendo sustancialmente en la salud y la calidad de vida de las personas en el resto de las etapas del ciclo vital."

Asimismo, se destaca la importancia de los primeros vínculos en la infancia y del enfoque desde la parentalidad positiva, aunque no se mencione la atención a la salud mental materna:

"La investigación evolutiva ha puesto de manifiesto la importancia del contexto familiar como lugar en el que se producen las circunstancias y las relaciones que van moldeando el desarrollo de sus miembros. Los progenitores, o las personas que ejercen el cuidado parental, influyen en sus hijos a través de los afectos, los comportamientos y las cogniciones. Así, mientras que unos niños desarrollan vínculos de apego seguros, otros lo hacen de forma insegura (ansiosa, evitativa o desorganizada) lo que implica diferentes consecuencias en el desarrollo del ser humano. Los programas

participativos de fomento y potenciación de las habilidades parentales desde el enfoque de la parentalidad positiva contribuyen al desarrollo de vínculos de apego seguros."

También se señala la importancia del abordaje precoz de los problemas de salud mental, situación que, de forma implícita, engloba también a los problemas vinculares iniciados en el periodo neonatal y de la primera infancia:

"Es importante abordar de forma precoz los trastornos mentales desde la etapa de la infancia y adolescencia ya que un porcentaje importante de los mismos se inician en la etapa infantojuvenil."

Resulta destacable que, entre los objetivos específicos y las recomendaciones, se incide en la detección precoz de psicopatología en la infancia, y la capacitación en dicha detección a otros profesionales de la salud, así como la inclusión de programas específicos en el entorno escolar, pero no se recoge la identificación de psicopatología en la díada madre-bebé, o la intervención precoz frente a experiencias adversas en la infancia relativas a partos traumáticos o ingresos hospitalarios de los neonatos, si bien se señala, de forma genérica, a las experiencias adversas en la infancia.

La línea estratégica 6 es la *"Atención e intervención familiar"*, que considera a la familia como un agente necesario en la recuperación de la persona con problemas de salud mental, y señala que, además de proveedora de cuidados, la familia puede ser, en sí misma, una usuaria de la red de salud mental.

La línea estratégica 7 es la *"Coordinación"*, que busca garantizar un abordaje multidisciplinar, pero siempre desde la perspectiva de la continuidad de cuidados, necesaria en toda la atención en salud.

La línea estratégica 8 es la *"Participación de la ciudadanía"*.

La línea estratégica 9 es la relativa a la *"Formación"*, que incide en la importancia de la formación continuada de todos los profesionales de la salud, y señala la necesidad de mejorar las actividades psicoterapéuticas en los dispositivos de salud mental. Hace mención a la formación específica requerida para la atención de la infancia:

"Tanto la población infanto-juvenil, como la población de edad avanzada, constituyen un grupo clave, con problemas propios de salud mental que requieren atención por profesionales con un adecuado nivel de formación específica en este ámbito."

Pero, de nuevo, no se recoge la necesidad de conocimientos específicos y especializados acerca de la psicología del embarazo y el postparto, o la necesidad de formación para la correcta identificación y atención a los problemas de salud mental acontecidos en las díadas madre-bebé.

Por último, la línea estratégica 10 se refiere a la *"Investigación, innovación y conocimiento"*, donde se señala la complejidad de la investigación en salud mental, y la necesidad de promoverla desde todos los niveles. Así, dentro del objetivo general de *"Establecer líneas de investigación interdisciplinaria en salud mental"*, se recoge como objetivo específico, junto a favorecer la investigación traslacional:

"Impulsar la colaboración estrecha y coordinada entre investigadores de todos los ámbitos relacionados: sanidad (atención primaria y otras especialidades –incluidos los investigadores básicos y preclínicos–), servicios sociales, justicia, educación, cultura, empleo, medios de comunicación, etc., mediante la creación y formación de equipos interdisciplinares para el desarrollo de las investigaciones, en las que debe contemplarse la participación de las personas con experiencia propia."

La adecuada atención a la salud mental perinatal requiere, sin lugar a dudas, de esta colaboración estrecha e investigación coordinada que permita analizar los problemas de salud que surgen entorno a la maternidad desde distintas perspectivas y en los diversos contextos en los cuales ésta se inserta.

Hasta el momento, se puede observar que, si bien la Cartera de servicios del SNS y la *"Estrategia nacional para la atención a la salud mental, periodo 2022-2026"* recogen de forma más o menos implícita los distintos aspectos referidos a la promoción de salud mental, diagnóstico y atención terapéutica a las mujeres (incluyendo, también, las etapas correspondientes a sus procesos reproductivos), así como a la primera infancia, incidiendo, también, en la importancia de la prevención de experiencias adversas en la infancia y de los programas de parentalidad positiva, en la necesaria coordinación e interdisciplinariedad, y en la formación de profesionales e investigación multidisciplinaria, no se realiza una sola mención directa a la salud mental perinatal. Tampoco se incorpora la relevancia de la unidad funcional madre-bebé, si bien se señala la importancia que los primeros vínculos infantiles tienen en su desarrollo.

Dada la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, y puesto que el presente trabajo incorpora la experiencia clínica desde un hospital del Servicio Madrileño de Salud, se revisan también los planes de salud mental de dicha Comunidad Autónoma. Resulta significativo que, a diferencia de lo recogido en el plano nacional, en el *"Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid, año 2022-2024"* sí se realiza referencia explícita a la salud mental perinatal, y no como una mención anecdótica, sino dentro de los objetivos generales de actuación⁴²².

⁴²² Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan estratégico de salud mental y adicciones de la Comunidad de Madrid, 2022-2024. Madrid: Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Servicio Madrileño de Salud; 2022.

El plan, además de recoger su marco de referencia, el análisis de la situación, su misión, visión y valores, y la metodología de evaluación, incluye 11 líneas estratégicas, así como su implantación, seguimiento y evaluaciones, los participantes y su financiación extraordinaria.

Para el tema que nos ocupa, nos centraremos en la línea estratégica 2, relativa a la *"Atención a la salud mental en la infancia y la adolescencia"*. Dentro de esta línea, que recoge 5 objetivos generales, resulta destacable que el objetivo número 3 es *"Mejorar la atención a la salud mental perinatal y en primera infancia (0-3)"*.

No sólo eso, sino que, además, señala las actuaciones que deben llevarse a cabo para cumplir dicho objetivo, que son dos: la *"designación de psiquiatra responsable de atención perinatal en los hospitales con Servicio de Obstetricia/Atención materno-infantil"* y el *"desarrollo de un Programa Perinatal de continuidad de cuidados en la atención al embarazo, parto y puerperio en situaciones especiales en los Centros de Salud Mental, desde una perspectiva integradora (psicopatología parental, vínculo, psicopatología del bebé)"*.

Para monitorizar el cumplimiento de este objetivo propone el uso de dos indicadores (la presencia o no de dicho psiquiatra designado, y el desarrollo o no del programa perinatal de continuidad de cuidados), y la creación del documento de *"programa perinatal de continuidad de cuidados"*.

La incorporación de la salud mental perinatal como un objetivo necesario dentro de los planes autonómicos de sanidad es un avance innegable, aunque todavía insuficiente. La ausencia de un reconocimiento estatal de esta necesidad puede favorecer la inequidad de la atención a las mujeres dentro del territorio nacional, en función de la Comunidad Autónoma en la que residan. Del mismo modo, su reciente incorporación al plan estratégico es un paso imprescindible para la implementación de la atención a la salud mental, pero, por desgracia, no la garantiza, ya que ésta depende de los recursos humanos y de la cultura perinatal de cada hospital para su realización efectiva. La escasa formación de los profesionales de la salud mental en el ámbito de la perinatalidad, y la poca presencia que ésta ha tenido hasta el momento en los programas formativos de residencia, unidos a una cultura social que todavía mantiene numerosas ideas preconcebidas respecto a la maternidad y los procesos reproductivos, sin duda han participado en la relativa marginalidad de esta atención. Como ejemplo, baste visitar la web de la Comunidad de Madrid, relativa a Servicios e información, en su pestaña de salud y su apartado de salud mental⁴²³. En ella, se recogen numerosas publicaciones (planes y guías) para abordar temas de gran relevancia, como pueden ser la *"Guía*

⁴²³ Página web oficial de la Comunidad de Madrid, disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/salud-mental>. (Consultada el 23 de septiembre de 2023).

para familiares en duelo por suicidio. Supervivientes", la "Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave" o la "Guía de autoayuda. Prevención del suicidio: qué puedo hacer". Es necesario señalar que, pese a la elevada prevalencia de los trastornos mentales perinatales, y sus enormes implicaciones en salud para las madres y para sus bebés, no hay ninguna guía disponible en materia de perinatalidad.

3.6 Necesidades y obstáculos en la atención a la salud mental perinatal en el Sistema Nacional de Salud español

En España, la salud mental perinatal no cuenta todavía con un reconocimiento oficial dentro de la formación especializada sanitaria en psiquiatría o psicología clínica. Recientemente, en el año 2021, se han regulado las bases por las cuales se ha creado la especialidad médica de psiquiatría de la infancia y la adolescencia, atendiendo a una demanda histórica, si bien no se ha regulado, de modo equivalente, una especialidad infanto-juvenil independiente en el campo de la psicología clínica⁴²⁴.

En el Sistema Nacional de Salud español, la atención a la salud mental perinatal no aparece explícitamente recogida en la Cartera de servicios, no forma parte de la atención rutinaria a la salud materna y es, en muchos casos, de difícil acceso, dependiendo dicha asistencia, frecuentemente, del interés y la voluntad de algunos profesionales específicos dentro de los servicios de salud mental. La psiquiatría perinatal en España tiene una trayectoria tradicionalmente vinculada a profesionales dedicados a la atención a la infancia, si bien la nueva escisión en dos especialidades obliga, necesariamente, a integrar en los equipos de salud mental perinatal a profesionales de la psiquiatría con formación en atención a población adulta, además de contar con psiquiatras infanto-juveniles, para ofrecer una completa atención a la salud mental de las mujeres y sus bebés en la etapa perinatal, con labores de promoción de la salud y de vínculos saludables, prevención de enfermedad, atención a problemas afectivos y dificultades adaptativas derivadas de las complicaciones obstétricas y neonatales, así como del tránsito al rol social de madre, como la atención a problemas de salud mental graves derivados de la maternidad o previos a la misma, pero que pueden interferir en la función materna.

Cabe recordar que, según las recomendaciones de la OMS, la asistencia en salud mental perinatal debe ofrecerse como parte integral de la atención a

⁴²⁴ Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría. Boletín Oficial del Estado nº 185 de 4 de agosto de 2021.

la salud materna, a todas las mujeres, pero siempre siguiendo un esquema de pasos y de forma individualizada a las necesidades. De este modo, se recomienda que la atención a las mujeres con síntomas leves a moderados se realice integrada en los servicios de salud materna e infantil (en el caso de España, en integración con los servicios de obstetricia y de pediatría), preferentemente por parte de profesionales de la psicología, y sólo en los casos moderados a graves se realice su derivación a dispositivos específicos de salud mental para su tratamiento (que, en España, están constituidos fundamentalmente por los Centros de Salud Mental).

La estructura de los servicios de salud mental, que cuentan con una extensa red propia estructurada en recursos comunitarios (Centros de Salud Mental), y recursos hospitalarios dentro de los hospitales generales (consultas externas e interconsulta, hospitales de día y unidades de hospitalización breve), además de otros recursos hospitalarios específicos (hospitales de media estancia y hospitales de larga estancia) no se encuentra, todavía, adaptada a las necesidades de la salud mental perinatal, máxime cuando se trata de atender a las maternidades de mujeres con trastorno mental grave. Como ejemplos significativos, es reseñable que, en el momento actual, no existe en España la posibilidad de una hospitalización conjunta madre-bebé en una unidad de psiquiatría, pese a que, en hospitalizaciones por otros motivos de salud materna, sí se contempla mantener la unidad de la díada. Y únicamente existe un dispositivo de tratamiento intensivo tipo hospital de día para la atención conjunta madre-bebé, ubicado en Barcelona.

Para los casos leves a moderados, ha existido un creciente desarrollo de los programas de interconsulta ofrecidos por parte de especialistas hospitalarios, dedicados a la psicología clínica y psiquiatría de la infancia y la adolescencia, que prestan servicios de salud mental perinatal. No obstante, la integración de la atención a la salud mental en la etapa perinatal dentro de la atención habitual a la salud materna, tal y como recomienda la OMS en sus distintas directrices, y conforme a los derechos internacionalmente reconocidos de las mujeres y la infancia, sigue siendo una tarea pendiente de los sistemas de salud en nuestro territorio nacional, y es el principal foco de investigación del presente trabajo.

Hasta su reciente desarrollo en los últimos años, eran muy pocos los hospitales que contaban con áreas de salud mental perinatal bien identificadas, y todavía a día de hoy hay limitaciones en su estructura y su dotación de recursos. En muchos casos, la asistencia en modo de interconsulta por parte de psicología o psiquiatría a mujeres durante procesos específicos (óbito fetal, prematuridad...) finaliza tras el alta hospitalaria de las plantas de hospitalización de obstetricia o de cuidados neonatales, siendo entonces remitidas a centros de salud mental. Sin embargo, una gran mayoría de

mujeres con problemas de SMP no llegan a acudir a dichos centros; o, si lo hacen, no mantienen el seguimiento necesario⁴²⁵, perdiéndose la continuidad de los cuidados.

Los motivos de estas pérdidas en la atención son muy numerosos. Por una parte, existen dificultades reales para las díadas madre-bebé (máxime, cuando existen dificultades de salud añadidas) para desplazarse a centros sanitarios según un horario prefijado. Además, estos CSM muchas veces no tienen una estructura acogedora para las díadas (espacios de lactancia, ambientes infantiles, etcétera). Se une, por ende, el estigma que todavía pesa sobre la salud mental en general, y sobre su afectación en las madres en particular, haciendo que muchas de ellas rechacen la inclusión (y consecuente identificación) en instituciones que ofrecen una atención psiquiátrica general. En algunas madres socialmente desfavorecidas, este rechazo se debe, en parte, al temor de una posible intervención por parte de servicios sociales que cuestione sus capacidades parentales y suponga el planteamiento de medidas tales como la retirada de tutela. En este sentido, cabe señalar que la experiencia en la Unidad Madre Bebé del hospital londinense Bethlem Royal Hospital apunta a que, al menos en su entorno, las separaciones madre-bebé realizadas en coordinación con los servicios sociales y de protección al menor no dependen tanto de la salud mental materna como de los factores sociales y el entorno familiar (violencia en la pareja y otras dificultades)⁴²⁶. Por último, los psiquiatras generales y psicólogos clínicos sin formación específica en SMP pueden encontrar grandes dificultades para atenderlas adecuadamente.

Según una encuesta realizada en los Servicios de Salud Mental Hospitalarios en Cataluña y Baleares, y presentada en el Congreso Europeo de la Sociedad Internacional de Psicopatología de Obstetricia y Ginecología, únicamente el 11 % de los hospitales consultados contaban con unidades multidisciplinarias de SMP, y ninguno de los hospitales permitía la hospitalización conjunta madre-bebé⁴²⁷. En el año 2018, se inauguró, en el Hospital Clínic de Barcelona, el primer Hospital de Día madre-bebé en territorio español, y único hasta la fecha⁴²⁸.

⁴²⁵ Artículo ya citado previamente, CONTRERAS-CARRETO, NA., MORENO-SÁNCHEZ, P., MÁRQUEZ-SÁNCHEZ, E., VÁZQUEZ-SOLARES, V., PICHARDO-CUEVAS, M., RAMÍREZ-MONTIEL, ML., SEGOVIA-NOVA, S., GONZÁLEZ-YÓGUEZ, T., MANCILLA-RAMÍREZ, J., “Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos”, *Cirugía y cirujanos*, 2022, vol. 90, nº 4, pp. 564-572.

⁴²⁶ SENEVIRATNE, G., “Evaluación de la capacidad parental en los trastornos mentales durante la etapa perinatal”, *Psicopatología y Psiquiatría*, 2018, nº 5.

⁴²⁷ XVIII Congreso Europeo de la Sociedad Internacional de Psicopatología de Obstetricia y Ginecología (ISPOG). Celebrado el 12 de mayo de 2016 en Málaga.

⁴²⁸ ROCA LECUMBERRI A., “Hospital de Día Madre-Bebé del Hospital Clínic BCN: un año de funcionamiento”, *Psicopatología y Psiquiatría*, 2019, nº 9.

Del mismo modo, la implantación de la atención a la SMP en las Unidades de Neonatología en España ha sido tradicionalmente escasa, si bien a los hospitales pioneros en la implementación de programas especializados en la atención a las díadas madre-bebé, la asistencia a las familias y el apoyo a los profesionales de los Servicios de Neonatología (como fueron el Hospital Universitario Puerta de Hierro, de Majadahonda, o el Hospital Clínico San Carlos, en Madrid) se están uniendo cada vez más hospitales de la red pública (el Hospital Gregorio Marañón, el Hospital de La Paz, o, recientemente, en 2023, el Hospital 12 de octubre, en Madrid)⁴²⁹. En el año 2023, en la Comunidad de Madrid, 12 hospitales de los 35 centros hospitalarios de la red del Servicio Madrileño de Salud contaban con algún programa específico para la atención a la salud mental perinatal⁴³⁰. El incremento de recursos especializados, aunque notable, sigue siendo insuficiente para satisfacer una necesidad básica en salud materno-infantil como es la salud mental. Los programas enfocados a la salud mental perinatal buscan seguir las recomendaciones de la OMS en la atención de los casos perinatales con problemas de salud mental leves a moderados, de forma integrada a la atención a la salud materno-infantil. Sin embargo, la mayoría de los programas puestos en marcha en la Comunidad de Madrid presentan una dotación insuficiente de recursos humanos y una accesibilidad limitada, puesto que, por lo general, no se puede acceder a ellos por medio de derivaciones de Atención Primaria, sino que son programas de interconsulta hospitalaria.

Las limitaciones en la identificación y la intervención sobre la salud mental materna se encuentran tanto en la etapa prenatal como en la postnatal.

En el periodo prenatal, y a pesar de que las guías internacionales recogen la necesidad de realizar un cribado de la depresión durante el embarazo mediante herramientas tales como el empleo de la escala Hamilton, dichos cribados no están incluidos en la mayoría de los protocolos de seguimiento obstétrico del embarazo normal en el Sistema Nacional de Salud⁴³¹. La no inclusión de este cribado rutinario puede deberse, en parte, en la dificultad actual de la red de salud mental comunitaria para asumir derivaciones pre-visibilitymente masivas ante un cribado positivo (según los datos de la OMS,

⁴²⁹ CUELLAR, I., TRAPERO, M., “Programa de Atención Psicológica en Neonatología: Experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid”, *Clínica Contemporánea*, 2017, nº 8, p. 28.

⁴³⁰ CUELLAR-FLORES, I., ÁLVAREZ-CIENFUEGOS, L., ARIAS, S., CORDERO, E., DIAZ DE NEIRA, M., FERNÁNDEZ, A., LANZA, E., SERRANO-VILLAR, M., HERNÁNDAZ, A., MADRIGAL, A., VELAYOS, L., ÁLVAREZ, M., EIMIL, B., PÉREZ, L., JIMÉNEZ, M., JORDÁN, C., DIÉGUEZ, M., “Programas de Psicología Clínica y Salud Mental Perinatal en hospitales de la Comunidad de Madrid: Descripción y recomendaciones de Buenas prácticas”, *Papeles del Psicólogo*, 2024, vol. 45, nº 1.

⁴³¹ FARRÉ JM., “Rompiendo el silencio: la salud mental perinatal”, *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría*, 2016, nº 118, pp. 7-9.

un 20% de las mujeres en seguimiento pre y postnatal padecen un problema de salud mental subsidiario de necesitar atención), sin un diseño de agendas adecuado para atender a esta población con la asiduidad que requerirían.

En el periodo postparto, tampoco hay protocolos generalizados para el seguimiento de las mujeres, a pesar de la elevada prevalencia de trastornos mentales en esta etapa. Es habitual que, desde las consultas de Atención Primaria de pediatría, se realice un seguimiento del niño sano, pero éste no se acompaña de un seguimiento equivalente de la mujer puérpera. En algunos centros de Atención Primaria, sí se ofrece seguimiento por parte de enfermería especializada (matronas), con formación de grupos y talleres de lactancia, lugares desde donde la identificación de malestares emocionales de las mujeres, o dificultades vinculares, podría realizarse, si bien la dificultad vuelve a residir en la derivación de las mujeres subsidiarias de recibir atención en SMP a recursos específicos. Además, la división, a menudo artificiosa, entre los problemas sociales y los problemas de salud mental, genera dificultades en la atención de un gran número de pacientes, con situaciones socioeconómicas precarias y malestares afectivos concomitantes, que quedan en terreno gris entre Servicios Sociales y los Sistemas de Salud.

Por otro lado, la formación de profesionales y la actividad docente en SMP también se encuentra muy limitada. Si bien en los últimos años se ha producido un incremento considerable de la oferta de estudios universitarios de postgrado en salud mental perinatal, la realidad es que la escasez de recursos asistenciales impide adquirir las competencias prácticas en observación, identificación e intervención sobre problemas en la díada madre-bebé. Asimismo, la mayoría de los profesionales sanitarios que se especializan por la vía de la residencia de medicina (médico interno residente, MIR), psicología (psicólogo interno residente, PIR) y enfermería (enfermero interno residente, EIR), no encuentran, dentro de sus programas formativos oficiales, la posibilidad de rotar por dispositivos de SMP. Los residentes de muchas de las especialidades con asistencia directa en esta etapa (como es pediatría, u obstetricia y ginecología), ni siquiera rotan por dispositivos generales de salud mental, arrastrando un gran desconocimiento sobre la identificación y el manejo de problemas psíquicos.

Respecto a la investigación en SMP, éste se trata de un campo fructífero que ha ofrecido, y sigue ofreciendo, resultados sorprendentes respecto a las repercusiones a largo plazo para la salud mental y física, e incluso para la adaptación social, de los primeros vínculos y las experiencias adversas en la primera infancia. Desde los estudios sobre el apego llevados a cabo por John Bowlby a mediados del siglo XX hasta el momento actual, la evidencia científica respecto a la importancia crucial de las primeras etapas de la vida y la relación madre-bebé no ha dejado de crecer de manera exponencial. Las estrategias sanitarias en materia de obstetricia y cuidados neonatales se han

modificado en los últimos años, atendiendo a la evidencia de los beneficios en salud de evitar las separaciones postparto madre-bebé, de favorecer los partos respetados y los buenos tratos sanitarios. Sin embargo, todavía faltan datos respecto a las actuaciones en SMP, la eficacia y la seguridad de las intervenciones, así como la calidad de las mismas. La investigación en materia de SMP no sólo debería centrarse en la atención realizada por los servicios de ginecología y obstetricia, sino que debería involucrar a los diferentes dispositivos y recursos, sanitarios y no sanitarios, que atienden a mujeres con deseos gestacionales, a mujeres gestantes o a mujeres que se encuentran inmersas en la primera crianza.

En definitiva, la realidad es que, a pesar de la elevada prevalencia de los TMP, y las importantes repercusiones que han demostrado tener a corto y a largo plazo para la salud de las madres, el desarrollo de sus bebés y el bienestar de las familias, nuestro sistema de salud sigue presentando graves carencias en atención a la salud mental perinatal, desatendiendo de forma generalizada esta necesidad y vulnerando, con ello, los derechos de las mujeres y de la infancia en materia de salud.