

DOCUMENTO DE LA ALIANZA HISPANOHABLANTE POR LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA "CONECTA PERINATAL"

PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Cuanta mayor sea la dificultad parental, mayor debe de ser el empeño protector de las instituciones responsables de su cuidado

Pascual Palau Subiela
Coordinador



Conecta Perinatal
ALIANZA HISPANOHABLANTE POR LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Edición y Publicación

Asociación para la Salud Mental Infantil desde la Gestación ASMI WAIMH-España.

Calle Gorgos, 17-14. 46021-Valencia

Tel: 630137817

E-mail: administracion@asmieditorial.com

www.asmieditorial.com

Diseño, Maquetación y Cubierta

Pablo Palau Garcerá - AGENCIA KEBO (keboagency.com)

ASMI EDITORIAL

©Asociación para la Salud Mental Infantil desde la Gestación ASMI WAIMH-España

ISBN: 978-84-126089-8-4

Doi: <https://doi.org/10.52961/BADE4869>

Como citar: Palau Subiela, P. (Coord.). (2024). Propuesta de cambio de paradigma en el modelo cuidador de la salud mental perinatal y de la familia. CONECTA

PERINATAL- ASMI Editorial. <https://doi.org/10.52961/BADE4869>

Depósito legal:

Copyright de la obra: ASMI Waimh-España

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70/ 93 272 04 45)

PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA



Conecta Perinatal

ALIANZA HISPANOHABLANTE POR LA
SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

DOCUMENTO DE LA ALIANZA HISPANOHABLANTE POR LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA "CONECTA PERINATAL"

PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA¹

Cuanta mayor sea la dificultad parental, mayor debe de ser el empeño protector de las instituciones responsables de su cuidado²

RESUMEN

Este documento orienta sobre los recursos sociales, sanitarios, económicos, educativos y legales que se requieren para procurar evitar la separación madre-padre-bebé/hijo/hija, evitar la ruptura de su crianza, y preservar el derecho superior del bebé, niño o niña, para poder seguir siendo criado/a, cuidado/a y educado/a en el seno de su entorno familiar de origen cuando sufre serias dificultades.

Cuestiona, con el rigor de los conocimientos actualmente disponibles, y formula con carácter de urgencia propuestas de acción basadas en evidencias para la protección de la salud mental de la familia desde el tiempo prenatal hasta, al menos, los 3 años de vida, que comprometan y responsabilicen a los organismos competentes en su implementación efectiva para evitar, a toda costa, actuaciones iatrogénicas.

Plantea la necesidad de que el paradigma antiguo que parte de denunciar la supuesta inadecuación materna, y mediante el cual los servicios sociales evalúan si una madre o familia en dificultad es adecuada para criar y cuidar de su bebé y determinar si se le deja o se lo retira, sea sustituido por un nuevo paradigma en el modelo cuidador de la salud mental perinatal y de la familia.

Propone un nuevo paradigma cuidador, respetuoso y protector de las familias, en el que los servicios sociales, en un trabajo interdisciplinar verdaderamente coordinado con los profesionales especializados en salud mental, pongan a su disposición los recursos sociosanitarios y económicos necesarios. Se trataría de tomar decisiones muy importantes con el fin y el valioso criterio de cuidar de todos ellos sin separarlos. Decisiones adaptadas a la situación y las necesidades particulares de cada madre, cada padre y cada bebé, bien sea en su propio hogar o bien acogéndolos en entornos cuidadores especializados u otros recursos destinados a tal fin.

¹ Documento elaborado y coordinado por Pascual Palau Subiela PhD, presidente de "CONECTA PERINATAL" (<https://conectaperinatal.com>), miembro de la GAMMH (<https://www.gammh.org/>), y presidente de ASMI WAIMH-España (<http://www.asmi.es>), filial en España de la WAIMH (<https://waimh.org>) y miembro de la AEPEA (<https://www.aepea.org>). Su agradecimiento a Ángela de la Hoz, Purificación Sierra y Demetrio Casado por sus revisiones y valiosas sugerencias.

Esta monografía incluye una selección de fragmentos de artículos de referencia que fueron publicados en el número uno de la revista española de Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil "naciendo", órgano de referencia de ASMI WAIMH-España (<https://asmieditorial.com/product/numero-1-revista-naciendo-de-psicologia-y-psicopatologia-perinatal-e-infantil-revista-completa/>), además de artículos aportados por asociaciones de familias afectadas por la retirada de la guarda y custodia y/o tutela de sus bebés, niños y niñas, y de profesionales comprometidos en la defensa de sus derechos.

² Nota sobre el CV abreviado de Pascual Palau Subiela, así como su dirección de correspondencia, al final del documento.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Este cambio de paradigma confronta a los estados y a sus instituciones a la pregunta de si han alcanzado el suficiente nivel de competencia institucional protectora de la familia, tan necesaria para poder cuidar de manera especializada y eficiente a las madres, a los padres, a los bebés y a sus familias extensas necesitadas de protección y ayuda, por encontrarse en situaciones adversas y de precariedad de distinta naturaleza.

Plantea la necesidad de que los estados y sus administraciones se evalúen a sí mismos/as para indagar si han alcanzado el necesario nivel de competencias relacionadas con el saber y con el poder cuidar de las familias que viven en situaciones de precariedad.

Palabras clave: cambio de paradigma, modelo cuidador, cuidados en salud mental perinatal, psiperinatalidad, naciendo, apego, vinculo, desamparo, retiradas de tutela, separación forzosa, trabajo social, psicopatología perinatal, iatrogenia, prevención, intervención familiar.



ÍNDICE

RESUMEN

1 Introducción

- 1.1 ¿Qué motivó el nacimiento de CONECTA PERINATAL?
- 1.2 Relación de las 49 entidades que actualmente forman parte de CONECTA PERINATAL

2 Desde la psicología clínica y la psicopatología perinatal ¿cómo podemos ayudar a una madre o a una familia en dificultad?

-Pascual Palau Subiela

- 2.1 Veamos un caso
- 2.2 Ahora y en otras épocas

3 Consideraciones de la alianza por la salud mental perinatal y de la familia conecta perinatal

- 3.1 Las separaciones del bebé por enfermedad mental de padres y/o madre
- 3.2 En síntesis
- 3.3 Algunas perspectivas que considerar
- 3.4 Algunas consideraciones sobre las separaciones del bebé de sus padres/madre en situación de exclusión o de riesgo de exclusión social
- 3.5 Cuando se decide separar

4 Extractos de documentos de referencia

- 4.1 Efectos en la madre de la separación forzada de su bebé por orden judicial en el contexto de enfermedad mental
- Nahir Bonifacino & Carla Pérez-Martínez
- 4.2 Neurobiofisiología del vínculo y proceso mental en el recién nacido
- José Luis Pedreira Massa
- 4.3 Separación materna temprana y sus implicaciones en la infancia y adolescencia
- Raquel Huéscar Párraga
- 4.4 Clínica puerperal: blues del parto, depresión postparto y psicosis puerperal. Definición, sintomatología, factores de riesgo y vivencia emocional
- Manuela López Serra
- 4.5 Prevención de la psicopatología perinatal durante la gestación
- Katina Kovacheva
- 4.6 Asistencia y apoyo en red a la familia por parte del estado, desde los servicios y programas para el ejercicio positivo de la parentalidad
- Margarita Hernández Murillo
- 4.7 Medios normativos concernientes a la salud mental perinatal
- María Jesús Sanz & Demetrio Casado
- 4.8 Informe sobre la revisión de planes y estrategias de salud mental de las comunidades autónomas en relación con la salud mental perinatal
- Miguel Ángel Castejón & María Jesús Sanz



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

- 4.9 Procesos de atención social a familias y menores en situaciones desamparo y/o tutela
- *Francisco Jesús Coll Espinosa*
- 4.10 Unidades educativo-terapéuticas intensivas: proteger el apego y el vínculo madre-bebé ante el desamparo en la perinatalidad
- *Asier Aseguinolaza Chopitea*
- 4.11 Los costes de los problemas mentales perinatales no atendidos se traducen en consecuencias para los niños y gastos económicos para el Estado
- *Margarita Hernández Murillo & Asier Aseguinolaza Chopitea*
- 4.12 Las unidades madre-bebé / padres-bebé en Europa y las redes psiperinatales
- *Pascual Palau Subiela*
- 4.13 De las Frühe Hilfen a las unidades madre-bebé. El modelo alemán para el apoyo durante los primeros años de vida
- *Javier Andrés Moral*
- 4.14 Consideraciones y propuestas de la Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia CONECTA PERINATAL para el cuidado de la salud mental Perinatal y de la Familia en España
- *Conecta Perinatal*

5 La salud mental perinatal, infantil y parental ¿no debe de cuidarse con esmero y de manera especializada en las separaciones forzosas?

- *Pascual Palau Subiela*
- 5.1 Observaciones sobre la inutilidad de los informes psiquiátricos y psicológicos en procesos de custodia. ¿maltrato institucional a familias?
- *María Elena Crespo Arce, Fernando Pérez Del Río, Iñaki Markez Alonso, & Ralf Pascual Marijuan*
- 5.2 ¿Robo de niños en democracia? eçEnsayo sobre la indefensión de las familias en relación a las declaraciones de desamparo
- *Fernando Pérez Del Río*
- 5.3 El Sistema de protección de la infancia y la adolescencia necesita una reforma profunda y urgente
- *Francisco Cardenas*
- 5.4 Quebrantamiento de derechos fundamentales y Declaración de Desamparo, en el actual sistema de protección de menores español
- *María Elena Crespo*

6 Analizando las indicaciones de retirada de los tres bebés mencionadas en este documento y basándonos en la información y conocimientos actualmente disponibles

- *Pascual Palau Subiela*

7 Recursos imprescindibles para un cambio de paradigma en el cuidado de la salud mental perinatal y de las familias en dificultad

- *Pascual Palau Subiela*



01 INTRODUCCIÓN

1.1. ¿Qué motivó el nacimiento de CONECTA PERINATAL?

“En el mes de abril de 2020, la Asociación para la Salud Mental Infantil desde la Gestación (ASMI WAIMH-España³, filial española de la World Association for Infant Mental Health WAIMH) declarada de Utilidad Pública en el año 2019, recibió la petición de ayuda de una madre y de un padre a quienes los servicios sociales locales habían retirado la guarda de su bebé a las pocas horas de nacer sin haberles preavisado.

La madre padecía un trastorno límite de la personalidad, por el que recibía tratamiento médico. Según nos contó, al quedarse encinta, su médico le retiró o modificó la medicación para no perjudicar al feto. Desde ese momento empeoró claramente su salud mental. Ella acudió a una asociación de apoyo a mujeres en dificultad y esa asociación comunicó a los servicios sociales locales que ella padecía un trastorno mental. A las pocas horas del parto, pensando que el estado mental de la madre podía poner en riesgo la salud de su bebé, los servicios sociales locales les comunicaron, a ella y al padre, que les retiraban la guarda de su bebé, el cual, a partir de ese momento, iba a ser criado por una familia de acogida.

Suponemos que una decisión tan dramática observada en este caso sólo pudo adoptarse porque la institución pública que debía velar por la salud del bebé y de toda su familia carecía de los recursos o del conocimiento necesario que aporta la evidencia científica y la experiencia sociosanitaria avanzada, al señalar la importancia de evitar separar a un bebé de su madre y su padre para evitar los daños psíquicos y emocionales que se derivan, en él y en ellos, a corto y a largo plazo. La misma evidencia señala cuales deben ser los recursos sociosanitarios coordinados que deben ponerse a disposición de las madres y padres que padecen alguna enfermedad mental o alteración emocional importante, para que puedan seguir criando a su bebé sin separarles de él y, de este modo, poder velar por el bien y el derecho superior que debe asistir a un bebé al nacer: seguir siendo amado y cuidado por su madre, su padre y toda su familia, mientras las instituciones públicas velan por la salud y el cuidado de todos ellos.

Desgraciadamente, la falta de coordinación entre los servicios de salud mental y los servicios sociales, observada en este caso, así como la ausencia de importantes recursos interdisciplinarios especializados en salud mental perinatal, desembocan con demasiada frecuencia, en España y en otros países, en la separación de los bebés de sus madres, de manera claramente injustificada, por no poner a disposición de los usuarios los recursos sociosanitar-

³ <http://asmi.es/>



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

ios adaptados a sus necesidades, que la experiencia sociosanitaria bien informada y formada con los conocimientos y la evidencia científica actuales debe procurar.

ASMI WAIMH-España se sintió consternada por la decisión y el procedimiento que los servicios sociales locales habían activado sin ninguna comunicación o coordinación previa con los servicios sanitarios, con el resultado de una retirada dramática del bebé de su madre y de su padre, y decidió crear una comisión científica interdisciplinar e interinstitucional, con el objetivo de promover y facilitar los necesarios cambios legislativos y asistenciales sanitarios y sociales, que permitan dispensar la atención sociosanitaria que estas madres, bebés y padres necesitan.

Las diferentes acciones que ASMI WAIMH-España ha ido desarrollando desde entonces, con la participación de otras instituciones científicas y sociales españolas, europeas e internacionales a las que ASMI WAIMH-España solicitó su ayuda, persiguen estimular, entre otros objetivos, la creación de redes sociosanitarias perinatales interdisciplinares públicas, la creación de planes nacionales perinatales, de programas sociosanitarios especializados, la formación en salud mental perinatal de los equipos interdisciplinares y, entre otras acciones, la creación de unidades madre-padre-bebé que aseguren la prevención y el apoyo a las madres en dificultad, a los padres y a sus bebés desde el momento de la gestación y el nacimiento hasta al menos los 3 años, así como una mejor adaptación y aplicación de las actuales leyes nacionales y regionales relacionadas con los cuidados de la salud mental perinatal de la madre, del padre y de su bebé.

La prevención, desde antes de la concepción y a lo largo de toda la gestación, así como el seguimiento de la salud materna, paterna y del bebé en el postparto, en los meses y años siguientes, debe abarcar a la totalidad de la población de un país y no sólo a las madres y padres con trastorno mental o situaciones de especial sufrimiento emocional. Es la población general, pues, la beneficiaria de los recursos psiperinatales que un estado debe poner a su disposición, de manera adaptada a sus necesidades, habiten en una ciudad o en una población alejada de centros sanitarios especializados. Unidades móviles psiperinatales adecuadamente preparadas deben desplazarse a todos los pueblos que tienen necesidad de ellas.

Según la información de que disponemos, en España no existen planes específicos de salud mental perinatal y solo algunas actuaciones parciales relacionadas con la misma; tampoco existen redes perinatales públicas interdisciplinares, mientras solo se dispone de una Unidad madre-bebé de hospitalización de día en el Hospital Clínic de Barcelona.

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

Según las fuentes consultadas^{4,5}, Francia dispone de 20 unidades madre-bebé a tiempo completo y de otras 27 unidades madre-bebé de hospitalización de día. Bélgica, Luxemburgo y Países Bajos disponen de 9 unidades a tiempo completo. Bélgica, Luxemburgo, Suiza y Países Bajos disponen de 5 unidades de hospitalización de día (<http://www.marce-francophone.fr/unites-mere-enfant-umb.html>). Otro país europeo como es Alemania dispone en torno a 70 unidades madre-bebé.

Para promover la creación de la Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia "CONECTA PERINATAL", ASMI WAIMH-España (<http://asmi.es>) solicitó, entre otros, el apoyo de la Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent AEPEA (<https://www.aepea.org/>) y de la World Association for Infant Mental Health WAIMH (<https://waimh.org>), instituciones internacionales y europeas a las que pertenece como miembro, y desarrolló una intensa colaboración con la Alianza Mundial para la Salud Mental Materna (<https://globalalliancematernalmentalhealth.org>) a la que CONECTA PERINATAL pertenece como miembro desde el mes de agosto de 2020. El trabajo de colaboración para la creación de CONECTA PERINATAL se llevó a cabo en estrecha unión con la Alianza Francófona por la salud mental perinatal (<https://alliance-psyperinat.org>), la Ma-

4 Palau Subiela, P. (2021). Las unidades madre-bebé / padres-bebé en Europa y las redes psiperinatales. *Naciendo*, 1, 177-191. <https://doi.org/10.52961/01.JIDG5896>

5 <https://alliance-psyperinat.org/wp-content/uploads/2020/03/Soigner-Ensemble-en-Psyperinat%CC%81rinalite%CC%81-nume%CC%81rique-Re%CC%81pertoire.pdf>



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

ternal Mental Health Alliance: (<https://maternalmentalhealthalliance.org>) y la Alianza Canadiense (<https://www.santementaleperinataleqc.com>).

Con el fin de concienciar a las autoridades sanitarias y todas aquellas cuyo mandato es el cuidado y bienestar de bebés, niños/as, madres, padres y familias, de nuestro país y de otros países que, como el nuestro, se encuentran muy atrasados en el cuidado de la salud mental perinatal de madres, bebés y padres, se creó una comisión interinstitucional para la promoción de una asistencia sanitaria y social coordinada y de excelencia, cuidadora de la salud mental perinatal de madres, padres y bebés, con la participación de instituciones comprometidas en la salud mental perinatal e infantil que aceptaron la invitación de ASMI WAIMH España de adherirse a ella, como es la Fundación Manantial y el Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO).

Esta comisión, integrada por especialistas de ASMI y de las citadas instituciones, se entregó a la tarea de redactar documentos científicos y técnicos que analizaran y describieran diferentes cuestiones relacionadas con las consecuencias perniciosas padecidas por las madres, los padres y sus bebés sometidos a una separación forzosa, así como algunos modelos asistenciales alternativos existentes en España⁶ para evitar dichos perjuicios, algunos sistemas y planes perinatales de países europeos de nuestro entorno, y situaciones de países hispanoamericanos relacionadas con la salud mental perinatal.

El resultado de este esfuerzo interinstitucional y colectivo de un numeroso grupo de personas comprometidas se ha plasmado, hasta el momento, en la creación de la revista *naciendo*⁷ y en la creación de la Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia "CONECTA PERINATAL"⁸.

No podíamos quedarnos de brazos cruzados ante la dramática petición de ayuda de la madre y el padre que, sin preaviso, fueron separados de su bebé a las pocas horas de nacer por los servicios sociales, sin la necesaria coordinación con los servicios de salud mental, y ante la evidencia de unas condiciones sanitarias precarias aún existentes en España, en comparación con muchos de nuestros países europeos vecinos, claramente negativas para la salud de las madres, padres, bebés y familias.

ASMI WAIMH-España les prometió apoyo dentro de los cauces propios de una institución científico-social declarada de utilidad pública. Y son ellos, y todas las demás familias que han padecido o pudieran padecer situaciones similares, quienes se encuentran en el pensamiento de las instituciones y personas que se han unido para conseguir que la atención a la salud mental perinatal se cuide con los recursos necesarios y con la ética y la atención humanizada imprescindibles.

Dejamos asentada la idea de que lo sucedido en este caso no puede ser generalizado⁹; que existe una necesidad de investigar de manera detallada lo que sucede en España en estas situaciones; así como de valorar con mucha atención los posibles fallos de la normativa sobre la protección jurídica del menor y sobre la protección de las madres y padres con enfermedad mental o grave alteración emocional que desean cuidar de sus bebés.

Reconocemos y agradecemos mucho la valiosa labor de los servicios sociales que, a diario y en todo nuestro país, ayudan a la población más desfavorecida y en riesgo de exclusión social¹⁰.

"En España, en el 2015 y según el Observatorio de la Infancia se retiraron 42.628 custodias, y en el 2020 había 49.171 niños tutelados.

6 <https://asmieditorial.com/product/consideraciones-y-propuestas-de-conecta-perinatal-por-la-salud-mental-perinatal-y-de-la-familia/>

7 <https://asmieditorial.com/product/numero-1-revista-naciendo-de-psicologia-y-psiopatologia-perinatal-e-infantil-revista-completa/>

8 <https://conectaperinatal.com/>

9 En el año 2021, momento en el que se redactó el primer documento de CONECTA PERINATAL del que se extrae este apartado, aún no se disponía de los datos sobre la gran cantidad de retiradas que se efectúan cada año. A tenor de estos datos, podemos afirmar que la actuación inadmisibles de los servicios sociales con esta familia, también se lleva a cabo, con frecuencia, con otros casos y en otras regiones de España.

10 Palau Subiela, P. (2021). Las necesarias alianzas para cuidar la psiperinatalidad. *Naciendo*, 1, 1-9. <https://doi.org/10.52961/01.ISBG8896>



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Según el Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, vemos que en el año 2021 el número de atendidos por el sistema de protección a la infancia se ha incrementado, pasando de 49.171 en 2020 a 56.902 en 2021¹¹”.

Ante situaciones de crianza en las que se detectan evidentes dificultades en madres y padres, relacionadas con el ejercicio de su función parental, debido a su salud mental y/o física, a sus recursos socioeconómicos y/o a su bajo nivel de integración social se plantean importantes cuestionamientos. Las instituciones sanitarias, sociales y educativas, y los profesionales dedicados a garantizar la protección del bien superior del menor:

¿Están hoy en día suficientemente preparadas para asegurar el sostenimiento emocional, psicoeducativo, psicoterapéutico y económico de las familias en dificultad?

¿Están poniendo a su disposición suficientes recursos sanitarios-sociales-económicos-educativos que aseguren la protección de estas familias con dificultades?

¿Están procurando evitar a toda costa las separaciones de los bebés de sus familias, considerando que su familia, junto a su salud, es uno de los bienes vitales universales más valiosos que debe de protegerse en la vida del bebé/niño/niña?

¿Están cuidando su salud mental?

Se precisan los necesarios recursos que procuren evitar la separación madre-padre-bebé/hijo/hija, la ruptura de su crianza y que preserven el derecho superior del menor a seguir siendo criado, cuidado y educado en el seno de su entorno familiar de origen; con el importante propósito de evitar la experiencia vital traumática de desarraigo familiar y emocional, y el desgarrador dolor emocional que sufren su madre y su padre al impedirles seguir criando, cuidando y disfrutando de sus hijos e hijas. Y para evitar la frecuente tendencia a la repetición intergeneracional madres-padres-hijas/os, o transgeneracional, de las experiencias traumáticas relacionadas con el desamparo-desarraigo¹²⁻¹³.

Es imprescindible seguir cuestionándonos con el rigor de los conocimientos actualmente disponibles y formular con carácter de urgencia propuestas de acción para la protección de la salud mental de la familia desde el tiempo prenatal hasta, al menos, los 3 años del niño y de la niña, basadas en evidencias que nos comprometan y responsabilicen en su implementación efectiva y evitar, a toda costa, actuaciones iatrogénicas.

A continuación, exponemos algunos cuestionamientos que pensamos relevantes. Nos preguntamos acerca de cuál es la valoración o interpretación de los distintos profesionales ante las dificultades observables en el seno de una familia respecto a diversas manifestaciones como las relacionadas con el sufrimiento emocional compartido¹⁴ y sus efectos entre las madres y padres y sus bebés; al estilo de interacción madre-padre-bebé afectado por la transmisión transgeneracional de núcleos traumáticos; a los trastornos funcionales de la alimentación, del sueño o de la interacción ligados a la co-desregulación sensorioemocional; a la alteración de la sensibilidad y/o conducta materna y paterna afectada por la depresión perinatal, la ansiedad, la psicosis puerperal o la angustia directamente ligada a la penuria o a la pobreza económica; etc.

Estados de sufrimiento de los padres en los que no debe confundirse la alteración de la sensibilidad emocional o de la sincronía relacional ligadas al sufrimiento que los desborda, con una disminución o falta de su amor parental. A pesar del sufrimiento experimentado y del desbordamiento de la angustia, frecuentemente paralizante de sus iniciativas y de sus ilusiones, su amor de madre y de padre sigue intacto.

11 Pérez Del Río, F. (2023). ¿El robo de niños en democracia? Ensayo sobre la indefensión de las familias en relación a las declaraciones de desamparo. Estudios y Monografías. Universidad de Burgos.

12 CONECTA PERINATAL. (2022). Mejorar el cuidado de la salud mental perinatal. Fundamentos, propuestas y peticiones. NACIENDO, (2), 103-153. <https://doi.org/10.52961/02.TRZX3056>

13 <https://asmieditorial.com/product/mejorar-el-cuidado-de-la-salud-mental-perinatal-fundamentos-propuestas-y-peticiones/>

14 Palau Subiela, P. (2023). Sufrimiento emocional perinatal compartido: estrés en el bebé: Efectos de los mecanismos de adaptación y defensa primarios. Vulnerabilidad psicosomática y psicopatológica. ASMI Editorial.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Resulta obvio que no se puede seguir culpabilizando, desvalorizando, desacreditando, cuando no criminalizando de manera sistemática a las madres que, a pesar de su buena intención o voluntad, y a pesar de su amor maternofilial, tienen grandes dificultades para desarrollar una conducta más eficaz u organizada en el desarrollo de su función materna.

Las instituciones gubernamentales son responsables del buen cuidado de las familias más desfavorecidas y de las madres con mayores dificultades y deben de proveerles de los recursos que necesiten en función de sus necesidades particulares.

Cuanto mayor sean las dificultades detectadas, mayor debe ser el empeño de las instituciones por sostener, arropar, proteger, reanimar, reacreditar y respetar a las madres sufrientes en su función de maternaje para que puedan sentirse más seguras y confíen en la sensibilidad cuidadora natural que las une al mundo interior de su hijo o hija.

¿Cuáles son las propuestas que se generan para proteger a la familia ante la necesaria detección de las dificultades?

¿Cuáles son los criterios especializados que se usan para determinar si la mejor opción para atender al bien superior del hijo/a es el apoyo y refuerzo de la parentalidad en dificultad o la separación y pérdida de la tutela?

¿Quiénes son los responsables de la detección de las dificultades de las familias, de su valoración y de generar dichas propuestas?

¿Se cuenta con equipos formados en salud y psicopatología perinatal e infantil para sostener la crianza en dificultad sin tener que separar?

¿Cuáles son los criterios profesionales que se tienen en cuenta para decidir la retirada de la tutela? ¿En qué se fundamentan dichos criterios?

¿Se dispone de equipos interdisciplinarios formados en psicopatología perinatal e infantil y preparados para desplazarse a los domicilios de las familias en dificultad para asegurar desde allí su sostenimiento de manera continuada?

¿Cuáles son los recursos socio – sanitarios - educativos y económicos que existen hoy en día para ponerlos a disposición de las madres y familias en dificultad¹⁵?

¿Existen los suficientes entornos cuidadores hospitalarios y sociales preparados para acoger a las madres y a sus bebés, junto a los padres o parejas, con el fin de garantizar su cuidado conjunto y asegurar que sea el núcleo familiar originario quien cuide de su bebé/hijo/hija?

1.2. Relación de las 49 entidades que forman parte actualmente de CONECTA PERINATAL¹⁶

Asociación Argentina de Psicología Perinatal ASAPP (Argentina); Asociación Civil Materna, Salud Mental Perinatal (Argentina); Asociación Española de Psicología Perinatal AEPP (España); Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología AEPCP (España); Asociación Española de Neuropsiquiatría - Profesionales de la salud mental AEN-PSM (España); Asociación para la defensa del menor APRODEME (España); Associació de Prematurs de Catalunya "Som Prematurs" (España); Asociación Dominicana de Psicología Perinatal ADPP (República Dominicana); Asociación para la Salud Mental Infantil desde la Gestación, ASMI WAIMH-España (España); Asociación APSA (España); Associació de Comares de la Comunitat Valenciana (España); Asociación Latinoamericana de Seguimiento Pediátrico y Neonatal (Latinoamérica y Caribe); Asociación Nacional de Educación Prenatal. ANEP (España); Asociación Mexicana de Salud Mental Perinatal (México); Asociación de Padres de Niños Prematuros APREM (España);

15 CONECTA PERINATAL. (2022). Censo integral de recursos, programas y estrategias públicas de atención a la salud mental perinatal en España e Hispanoamérica. CONECTA PERINATAL. (2022). Mejorar el cuidado de la salud mental perinatal. Fundamentos, propuestas y peticiones. NACIENDO, (2), 103-153. <https://doi.org/10.52961/02.TRZX3056>

16 Con fecha del mes de octubre de 2024



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna APILAM (España); Asociación Red Manos Unidas (Argentina); Centro de Investigación y Asistencia al Desarrollo CIAD (Argentina); Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología de España (España); Confederación Internacional de Matronas ICM (Internacional); Confederación Salud Mental España (España); Colegio Oficial de la Psicología de Castilla y León (España); Colegio Oficial de Psicología de la Comunidad Valenciana (España); Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires Distrito X (Argentina); EDAI Clinical Services | Training | Research (España); Escuelas Infantiles Municipales de Pamplona (España); Facultad de Psicología Universidad Nacional del Mar de Plata (Argentina); Federación Salud Mental Comunitat Valenciana (España); Fundación Manantial - Casa Verde (España); Fundación Multifamilias (Argentina); Fundación Salud Infantil de Elche (España); Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia FUNLARGUIA (Argentina); Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti (Argentina); Hospital Policial de Montevideo (Uruguay); Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica IEPPM (España); Institución Universitaria Colegios de Colombia-UNICOC (Colombia); Instituto Universitario de la Familia de la Universidad Pontificia de Comillas (España); Instituto Uruguayo de Lactancia Materna (Uruguay); Obra Social De Empleados Públicos OSEP (Argentina); Red Internacional de Etnografía con Niñas, Niños y Jóvenes RIENN (Internacional); Red Uruguay de Salud Mental Perinatal (Uruguay); Seminario de Intervención y Políticas Sociales, SIPOSO (España); Sección de Psicosomática de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO (España); Servicio Salud Mental del Hospital Materno Infantil "Héctor Quintana" (Jujuy, Argentina); Sociedad Complejidad & Sufrimiento (Chile); Sociedad Argentina de Investigación en Observación de Bebés SAIOBB (Argentina); Sociedad Argentina de Primera Infancia SAPI (Argentina); Sociedad de Estudios Psicosomáticos Iberoamericana SEPIA (España); Universidad Nacional de San Luis (Argentina).



02 DESDE LA PSICOLOGIA CLÍNICA Y LA PSICOPATOLOGIA PERINATAL ¿CÓMO PODEMOS AYUDAR A UNA MADRE O A UNA FAMILIA EN DIFICULTAD?

- Pascual Palau Subiela

Teniendo bien en cuenta que cada caso requiere de un análisis plurifactorial e interdisciplinar singular, veamos un caso que llevó a un equipo cuidador a considerar la opción de una posible separación madre-bebé y el modo de evitarlo mediante el conocimiento especializado.

En un proyecto de análisis e intervención ante una madre en dificultad implicada en la crianza de su bebé debe considerarse una realidad compleja. A modo de ejemplo intentaré describir la naturaleza o etiología de las dificultades que pueden encontrarse en el seno de un equipo interdisciplinar, ya muy sensibilizado y comprometido con el cuidado de las madres y de sus bebés, en el contexto de una Unidad de Madres perteneciente a un centro penitenciario.

2.1. Veamos un caso

La madre de la pequeña Cristina¹⁷ de 9 meses, que ha nacido en la Unidad, presenta dificultades en el contexto de la crianza de su bebé. Dificultades que, según el modelo particular del profesional que observa y analiza la situación, pueden generar una interpretación, una valoración y una estrategia o propuesta de intervención diferente.

La alarma, que llevó a centrar de manera intensa la atención en esta madre y en su bebé, a quienes veníamos cuidando desde antes del nacimiento, se activó cuando el equipo llegó a comunicar, muy convencido, que se encontraba considerando la opción de reunirse para reflexionar y decidir, de manera colegiada, si esta madre era la mejor opción para seguir criando a su bebé o si su bebé pudiera encontrarse mejor cuidada por otra figura o por otro contexto cuidador.

Desde que nació su bebé, como sucede en otros casos y dentro del programa que ASMI WAIMH-España desarrolla para cuidar de la salud mental perinatal de las madres y de sus bebés, y de las funcionarias y funcionarios de la Unidad de Madres del centro penitenciario, entendimos que era necesario apoyarla en el desarrollo de su función materna dado que se observaba cierta carencia de habilidades con los cuidados de su bebé, con la organización de su propio hábitat o con su autocuidado.

El déficit referido señalaba la probable repetición de una experiencia propia de crianza deficitaria, vivida tempranamente con las figuras que se ocuparon de ella cuando era bebé/niña pequeña. Si la bebé o niña pequeña que fue la madre no se nutrió de unos modelos cuidadores suficientemente adecuados, resulta muy probable que esta

¹⁷ Nombre ficticio



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

madre no dispusiera de unos modelos de crianza interiorizados suficientemente adecuados, disponibles y reactivables en el momento de acceder a su propia maternidad.

Sin embargo, este déficit ahora podría resultar parcialmente compensado al permitirle criar a su hija arropándola y cuidándola desde el modelo cuidador prodigado por la Unidad de madres si esta Unidad pudiera desarrollar una "función materna" cuidadora y reparadora. El "maleficio" ligado a la tendencia a transferir y repetir entre generaciones el déficit padecido y el trauma emocional asociado al mismo, podría quedar "conjurado" y quedar apartado de la tendencia a la repetición epigenética transgeneracional.

En ese contexto, las cuidadoras que observaban y acompañaban a la madre consideraron que faltaban conductas suficientemente asertivas y contingentes con ciertas necesidades de su bebé, como eran los cambios de pañales y los baños diarios. Conscientes de que el apoyo psicoeducativo era necesario, el equipo se entregó de manera muy importante hasta que en cierto momento saltó la alarma. Meses después de estar apoyando a esta madre, el equipo comenzó a poner en duda su competencia para seguir haciéndose cargo de la crianza de su bebé; aunque desde esa duda también quedaba cuestionada la eficacia de su propia intervención.

Además de las reiteradas observaciones relacionadas con una organización deficiente de su espacio vital y de otras cuestiones de logística de las que ya se habían quejado anteriormente, se comenzó a poner el acento, de manera insistente, en su tendencia evitativa a la hora de darle de comer. Además, se señalaba que tendía a percibir enferma a su hija. Frecuentemente la veía mal, como si algún proceso o enfermedad la estuviera afectando, aunque, según se decía, desde el punto de vista pediátrico pudiera objetivarse que no era así y que la niña se encontraba bien.

Se insistía en que se le veía poco organizada y atenta a las necesidades de la niña. Hasta tal punto me alarmé escuchando "el coro" de los relatos de quienes participaban en su cuidado, que llegué a pensar en la posibilidad de que dichas conductas pudieran ser significativas de rechazo, de falta de apego, de falta de sintonía afectiva, de falta de sincronía relacional o de insuficiente sensibilidad materna. Una buena parte del equipo repetía de manera insistente: "la alimentación es malísima, el sueño es descontrolado y la higiene también. Tiene dificultades para ayudar a su hija. No la ducha. No la cambia, es una gran dejadez con los cuidados de su bebé. Quiere delegar en su madre que es mayor. Va repitiendo que su hija está enferma y se alimenta fatal. Su propio abandono lo repite en la niña".

Dada la gravedad de la consideración por la que el equipo se proponía reunirse para debatir sobre la conveniencia o no de aconsejar la retirada de la crianza de su bebé, decidimos reunirnos varias veces con la madre acompañada por su bebé. En varias de estas sesiones estuvo presente la neuropediatra¹⁸ del equipo de ASMI WAIMH-España, con quien el que escribe ha tratado numerosos casos afectados por trastornos alimentarios severos.

En la sesión en la que, a propuesta nuestra, la madre le ofreció un yogurt con cuchara, se pudo observar una clara reacción muy angustiada de rechazo del acto de ser alimentada con la cuchara. Rechazo del acto de ser alimentada, aunque no rechazo del alimento que ella introducía de manera espontánea en su boca cuando la madre le dejaba coger la cuchara cargada de alimento. En esa situación la niña se acercaba la cuchara a la boca o se llevaba a la boca con sus dedos el contenido de la cuchara. La experiencia de saborear la comida le resultaba placentera. Era la observación de la escena de un brazo y una mano acercando a su boca una cuchara lo que la hacía entrar en pánico.

Según nos fue explicando la madre, este rechazo comenzó a presentarse cuando tenía unos 6 meses en el contexto de la guardería y quedó, siguiendo las explicaciones de la madre, claramente relacionado con cierta práctica de alimentación coactiva que, sin pretenderlo, había generado un estado de estrés postraumático en la bebé. Alguna figura muy preocupada por la alimentación de la pequeña y contrariando la opinión de la madre, la forzaba a tomar alimento mientras la sujetaba en su cuerpo.

La madre, ante su angustia e impotencia para revertir el rechazo alimentario de su pequeña, pensó que su propia madre podría rescatarla si se hiciera cargo de ella. Llegó a proponer que fuera su propia madre, ya mayor, quien se ocupara de su hija.

¹⁸ Dra. Mercedes Benac



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Aclarada la etiología del trastorno alimentario¹⁹, como anorexia de origen traumático ligada a la coacción alimentaria, en una pequeña que padecía varias intolerancias alimentarias de las que su madre era muy consciente y cuidadosa, se pudo orientar a todo al equipo de la Unidad hacia una adecuada interpretación psicopatológica del trastorno. A partir de ese momento se propuso una conducta de alimentación totalmente exenta de sujeción corporal y de coacción alimentaria por parte de quienes debían de darle de comer. Debíamos conseguir que el estrés postraumático fuera disminuyendo poco a poco.

¿Qué pudimos observar en relación con la sensibilidad materna de esta madre y con su capacidad de interpretar adecuadamente la situación fisiológica y emocional de su niña?

Que se trataba de una madre con una alta sensibilidad emocional y afectiva, capaz de interpretar de un modo muy adecuado las señales y necesidades de su hija. Madre que, en el momento del estado de alarma generado en el equipo por el rechazo alimentario de su bebé, había perdido la confianza en sí misma y se encontraba ya muy desacreditada por un entorno que dudaba seriamente de sus aptitudes de maternaje. La desconfianza en sí misma había calado muy hondo y se encontraba inmersa en la angustia, en la inseguridad y en la desconfianza en sí misma.

Sólo podía pensar, como les sucede a muchas madres que crían y se encuentran en apuros, que su propia madre u otra figura de confianza en quien pudiera delegar, podrían rescatar a su pequeña y cuidarla mejor que ella.

Desde la resignificación clínica de lo sucedido resultaba urgente reasegurarla, reacreditarla, reparar su imagen fuertemente dañada ante un equipo que ahora debía de cambiar el modo de verla, modificar su representación negativa de ella y cambiarla por una representación positiva con el fin de ayudar a restaurar en ella una representación de madre amorosa, adecuada y competente.

Era necesario explicar al equipo que su tendencia a evitar darle de comer y preferir que la alimentara otra figura era una conducta típica de una madre muy angustiada que, como otras muchas madres en la misma situación, prefería delegar para que la angustia compartida con su bebé no se reactivara entre las dos y aumentara el rechazo de la bebé. Las cuidadoras observaban que con ella la bebé lloraba más a la hora de la comida y que ella misma intentaba delegar su alimentación. Hubo que explicarles que esas reacciones entre la bebé y su madre, en circunstancias de gran angustia compartida, de estrés postraumático compartido, era lo que sucedía normalmente y no podía considerarse un signo de desapego o de falta de amor maternofilial.

Una vez conocida la etiología del trastorno alimentario y resignificada la interacción madre-bebé en torno a la alimentación, se pudo restaurar una representación de madre adecuada para seguir haciéndose cargo de la crianza de su bebé.

Las observaciones relacionadas con las dificultades de organización o con la limpieza perdieron fuerza como argumento para promover una posible retirada de la crianza.

Había quedado claro que era una madre suficientemente competente que entendía muy bien a la bebé y que, en adelante, era ella quien debía guiar a las personas que tuvieran que hacerse cargo de su hija en el contexto alimentario o en otros asuntos relacionados con el cuidado y con la comprensión de los signos y conductas que podía manifestar. Había quedado claro que la "capitana del barco" de la crianza y cuidados de su hija era ella.

También quedó aclarada la naturaleza de cierta tendencia a percibir enferma a su pequeña que generaba rechazo en el equipo. Se trataba de un proceso de naturaleza protectora de desplazamiento de sus propias ansiedades hipocondríacas sobre la pequeña que la llevaban a sobrepreocuparse en algunos momentos por el estado de salud de su hija, como les sucede a otras madres preocupadas inmersas en un tiempo de crianza. Sin embargo, ese proceso cargado de sobrepreocupación no le impedía estar muy acertada en otros momentos en los que analizaba con acierto los efectos de ciertos alimentos que generaban intolerancia. Proceso que podía considerarse como un

19 Palau Subiela, P. (2023). Sufrimiento emocional perinatal compartido: estrés en el bebé: Efectos de los mecanismos de adaptación y defensa primarios. Vulnerabilidad psicosomática y psicopatológica (pp. 12-13). ASMI-WAIMH España. <https://asmieditorial.com/product/sufrimiento-emocional-perinatal-compartido-estres-en-el-bebe/>



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

inofensivo síndrome de hipocondría materna por procuración o por poderes, claramente diferenciable del temible Trastorno Facticio, o Síndrome de Munchausen, por poderes.

Hacia unos meses que los servicios sociales externos a la Unidad le habían anunciado que al salir de la prisión le retirarían también a esta bebé, como ya lo hicieron con los anteriores hijos que tuvo. Lamentablemente, el innecesario sufrimiento que se le causó anunciándole anticipadamente la retirada de su pequeña provocó un estado de fuerte angustia de separación y pérdida que podría haber comprometido su ilusión por seguir cuidando de su hija, aunque no fue así. Se repuso del efecto angustioso y fuertemente depresógeno que le causó la violencia del anuncio recibido y siguió, sostenida por el arropamiento del equipo cuidador, criando a su hija con amor y dedicación.

La madre de Cristina sufrió la retirada de sus anteriores hijos por haber sido considerada inadecuada para hacerse cargo de su crianza. Tanto ella como su pequeña Cristina estaban predestinadas a quedar separadas por los servicios sociales de su localidad por considerarla una madre incompetente para asumir la crianza. Al igual que le sucede a ella, madres que crían adecuadamente a sus bebés en las condiciones de apoyo y cuidado que les ofrece la Unidad penitenciaria de madres, también han sufrido la pérdida por retirada de sus anteriores bebés por haberlas considerado inadecuadas.

Las condiciones de apoyo a la crianza de la Unidad de Madres evidencian que, en muchos casos, la decisión de los servicios sociales de retirar los bebés a las madres por considerarlas incompetentes para criarlos no sólo resulta evidentemente errónea sino también dramáticamente iatrogénica.

Adecuadamente sostenidas en un entorno cuidador, las madres a las que anteriormente se les retiró la tutela de sus bebés, resultan ser muy adecuadas y competentes para criar y disfrutar de un tiempo de crianza que, a todas luces, resulta extraordinariamente reparador y sanador para sus vidas.

La gestación y el nacimiento de un bebé genera en la mujer el despertar de una sensibilidad emocional única de ese tiempo vital que puede permitirle, estando bien sostenida por un entorno cuidador adecuado, experimentar de una manera muy reparadora y terapéutica la experiencia de crianza y apego con su bebé, ser al que llegará a amar y a desear cuidar más que a sí misma. Un intenso y profundo deseo de cuidar de su bebé que renovará también, con una enorme fuerza vital, el deseo de cuidar de sí misma para poder cuidar mejor de su bebé.

El amor sentido por su bebé genera en ellas, muchas veces por primera vez, el desarrollo de una función materna cuidadora que las incluirá a ellas mismas en sus cuidados.

El tiempo de la gestación y de la crianza expone también a la mujer y a su pareja a un aumento de su fragilidad emocional y requiere que tanto su entorno cercano como las instituciones y responsables sanitario-sociales de su entorno les protejan poniendo a su disposición, de manera coordinada y efectiva, recursos materiales, profesionales, emocionales y económicos ajustados a las necesidades particulares de cada madre, de cada padre, o de cada pareja, para permitirles desarrollar la crianza de su bebé de manera saludable y sostenida.

El paradigma antiguo que parte de denunciar la supuesta inadecuación materna, mediante el cual los servicios sociales evalúan si una madre o familia en dificultad es adecuada para criar y cuidar de su bebé, para determinar si se le deja o se lo retiran, requiere ser sustituido por otro paradigma. **Un nuevo paradigma** cuidador, respetuoso y protector de las familias, en el que los servicios sociales, en un trabajo interdisciplinar y coordinado con los profesionales especializados en salud mental y formados en psicología clínica y psiquiatría perinatal e infantil²⁰, se encarguen de evaluar las necesidades de las madres, padres, niños y niñas, para poner a su disposición los recursos socio-sanitarios y económicos necesarios existentes, bien sea en su propio hogar o bien acogiéndolos en entornos cuidadores especializados, adaptados a las necesidades particulares de cada madre, cada padre y cada bebé, para cuidar de todos ellos sin separarlos.

Este cambio de paradigma confronta a los estados y sus instituciones a la pregunta de si han alcanzado el suficiente nivel de competencia institucional protectora de la familia, tan necesaria para poder cuidar de manera espe-

²⁰ La especialidad de psiquiatría perinatal no existe aún en España, pero sí existe en otros países como Francia. La especialidad de psicología perinatal no existe aún en España, pero sí existe en otros países como Argentina.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

cializada y eficiente a las madres, a los padres, a los bebés y a sus familias extensas necesitadas de protección y ayuda, por encontrarse en situaciones de precariedad de distinta naturaleza.

Los estados y las instituciones deben de evaluarse a sí mismos para indagar si han alcanzado el nivel de competencia necesaria para saber y poder cuidar de las familias en situaciones de precariedad. En lo que a España se refiere, a tenor de los primeros resultados del censo de recursos en salud mental perinatal obtenido por ASMI WAIMH-España²¹ y del elevadísimo número de retiradas de tutelas que se producen cada año, señaladas en la introducción de este documento, resulta obvio que NO.

2.2. Ahora y en otras épocas

Como ha venido sucediendo a lo largo de la historia, en la actualidad aún existen preconcepciones o prejuicios sociales y profesionales sobre madres supuestamente inadecuadas, incompetentes, o "malas madres" que no merecerían desarrollar su función materna de crianza porque pondrían en "peligro" el desarrollo saludable de sus hijos.

Preconcepciones que recuerdan fuertemente lugares y épocas en las que se las separaba de sus hijos porque se les atribuía ser la causa de su psicopatología:

En el siglo XX con la concepción de "madres-padres nevera"²² se separó a las madres de algunos niños afectados de autismo porque se les suponía ser parte de la causa de la enfermedad que debía tratarse separándolos de su madre y padre, e internándolos en una institución. En aquel momento la institución se atribuía tener el poder de cuidar mucho mejor que las madres a los niños afectados por autismo. Los efectos resultaron desastrosos tanto para las madres y padres como para los niños/as afectados por la separación. El autismo no mejoró con la separación, pero la experiencia traumática generada por la separación - desamparo dejó sus huellas en todos.

O hállese de aquellos bebés nacidos de madres que padecían una enfermedad mental que, de manera sistemática, eran separados de sus madres para evitar que éstas pudieran "dañarles" y para que los bebés estuvieran protegidos y disfrutaran de los cuidados de unas instituciones que, supuestamente, ejercían la función materna en muchas mejores condiciones emocionales y prodigando mejores cuidados que la propia madre.

Esta concepción permaneció a lo largo de la historia hasta que, a mediados del siglo veinte, varios hospitales británicos decidieron no separar a los bebés de las madres enfermas con esquizofrenia o psicosis puerperal. Comprobaron que los beneficios eran mucho mayores, tanto para las madres, mientras estaban siendo cuidadas y arropadas para que pudieran desarrollar su función materna, como para los bebés, los cuales no sufrían la experiencia de separación de sus madres. El mayor beneficio para las madres también se demostró en su mejor evolución mientras se les permitía seguir ejerciendo su función materna²³.

Esta última concepción recuerda mucho a las madres de la Unidad penitenciaria para madres y sus bebés, porque en ellas se observa una reanimación de sus capacidades cuidadoras y protectoras que alcanzan al bebé y a ellas mismas cuando se sienten fuertemente sostenidas y vinculadas afectivamente al bebé. Situación que permite el renacer o nacimiento de nuevos recursos para el ejercicio de la función materna.

Pero también podemos referirnos a aquellas separaciones relacionadas con trastornos alimentarios graves en bebés que, hasta hace poco y aún en este momento en muchos lugares, se practican al atribuirle a la madre estar en el origen del trastorno. Separaciones iatrogénicas que, según consta en la literatura médica²⁴, han costado la

21 Resultados preliminares del censo: https://conectaperinatal.com/pdf/2025/INFORME_MAPA_DE_RECursos_PSG_SEPTIEMBRE_2024.pdf. Cuestionario completo del censo en: Mejorar el cuidado de la salud mental perinatal. Fundamentos, propuestas y peticiones. NACIENDO, (2), 103-153. <https://doi.org/10.52961/02.TRZX3056>; y en https://conectaperinatal.com/pdf/2025/Formulario_Censo_Integral_de_Recursos.pdf

22 [https://es.wikipedia.org/wiki/Trastornos_del_espectro_autista#:~:text=Entre%20los%20a%C3%B1os%2050%20y.\(refrigerator%20mother%2Dfather\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Trastornos_del_espectro_autista#:~:text=Entre%20los%20a%C3%B1os%2050%20y.(refrigerator%20mother%2Dfather)).

23 Palau Subiela, P. (2021). Las unidades madre-bebé / padres-bebé en Europa y las redes psiperinatales. Naciendo, 1, 177-191. <https://doi.org/10.52961/01.JIDG5896>

24 Kreisler León (1984). La desorganización psicósomática en el niño. Ed. Herder. ISBN: 978-84-254-1436-7



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

vida a bebés. Separaciones fundamentadas en la observación de un intenso rechazo alimentario con las madres, cuando se trata de un fenómeno del todo natural al instalarse la angustia de alimentar o ser alimentado entre la díada madre-bebé. Hoy en día resulta impensable separar a madres y bebés atrapados en esa situación. Los equipos deben estar preparados para cuidar del bebé, de su madre, de su padre y de su familia que padecen una experiencia fuertemente angustiada que afecta a todos ellos, sin separarles.

O señalar también la práctica de sólo permitir estar con el hijo hospitalizado en las horas de visita previstas para los padres "para no entorpecer su mejor recuperación a cargo de los profesionales" de la institución. Y aún mucho más cuando el niño o niña se encuentra ingresado en la UCI.

En distintas épocas y en distintas situaciones de alteración de la salud de la madre o del bebé, se ha pensado que la madre debía ser apartada de la crianza del bebé/niño por no estar preparada para cuidarlo o por estar, supuestamente, en el origen de su alteración. Situaciones muy diversas en las que se ha pensado que la mejor opción era que las instituciones la sustituyeran en su función cuidadora.

En distintos contextos y épocas se ha desarrollado y conservado una preconcepción negativa que ha llevado a la calificación de madres inadecuadas, causantes o responsables de la enfermedad de sus hijos. Ellas eran, y aún corren el peligro de ser consideradas así, "un peligro" para sus hijos que "merecerían una madre mejor" que la suya propia: "una madre institución".

En ése mismo movimiento se ha construido la noción de que las instituciones podían desarrollar la función de maternaje de manera mucho más beneficiosa que la madre y "con muchos mayores beneficios para el bebé". Las instituciones se han atribuido, con gran ligereza en su análisis de la realidad sobre las consecuencias nefastas para la salud que generan las separaciones, el "poder ser mejores madres" que las biológicas sin investigar sobre las consecuencias a corto, medio y largo plazo de manera rigurosa e interdisciplinar.

Hoy en día sigue existiendo con mucha fuerza y convicción la concepción de que las instituciones deben de sustituir a aquellas madres que los equipos sociales o psicosociales locales consideran inadecuadas o incapacitadas, sin exigirse a sí mismas el estar en condiciones de procurarles los necesarios recursos profesionales integrados en redes interdisciplinarias de proximidad especializadas en psicopatología perinatal e infantil y preparados para sostenerlas, y sin dotar a las familias de los recursos económicos necesarios para sostener la crianza de sus bebés, hijos o hijas.

03 CONSIDERACIONES DE LA ALIANZA POR LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA "CONECTA PERINATAL"²⁵⁻²⁶

LA SEPARACIÓN FORZADA DEL BEBÉ DE SUS PADRES

La separación forzada del bebé de sus padres con la pérdida o suspensión de la custodia, cuando éstos padecen alguna enfermedad mental o se encuentran en una situación de riesgo social, son cuestiones de gran complejidad que generan repercusiones psicológicas profundas en todos sus protagonistas y ponen en riesgo su salud mental.

3.1. Las separaciones del bebé por enfermedad mental de padres y/o madres

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

Además, el hecho de perder la custodia de los hijos o las hijas conlleva un efecto negativo en la psicopatología de la mayoría de las mujeres estudiadas que tenían un trastorno mental. A partir de esta situación, estas madres estuvieron internadas para su recuperación más tiempo y mostraron un mayor sufrimiento que se perpetuó con el paso de los años. Se observa que, en estas mujeres, al duelo por la pérdida del hijo o hija se agrega un duelo no elaborado por la pérdida de su rol y de sus derechos como madre.

25 CONECTA PERINATAL. (2022). Mejorar el cuidado de la salud mental perinatal. Fundamentos, propuestas y peticiones. *Naciendo*, 2, 103-153. <https://doi.org/10.52961/02.TRZX3056>

26 CONECTA PERINATAL. (2021). Consideraciones y propuestas de la Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia "CONECTA PERINATAL" para el cuidado de la salud mental Perinatal y de la Familia en España. *Naciendo*, 1, 216-224. <https://www.cairn-mundo.info/revista--2021-1-page-216.htm>.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

El tratamiento de la madre con enfermedad mental severa mediante la hospitalización conjunta en unidades madre-bebé, cuando ella puede experimentar dificultades en la crianza de su bebé y existe riesgo de separación, o de manera ambulatoria en unidades especializadas en salud mental perinatal, incluyendo al padre en los cuidados, ha demostrado su capacidad de proteger el vínculo materno-filial para favorecer el desarrollo de un apego seguro, de aumentar la percepción de competencia en la madre, sostenida y protegida por un entorno seguro, y de favorecer la recuperación de su salud^{27-28,29,30}.

De acuerdo con los trabajos consultados se concluye que la separación de la madre e hijo, o madre, padre e hijo, en el contexto de enfermedad mental materna, genera un daño emocional irreparable en la madre, en el padre, en la vida familiar y en el propio niño, evitable en la inmensa mayoría de los casos cuando las instituciones disponen de los recursos para atender adecuadamente. Recursos disponibles en países que han venido desarrollando políticas sociales y sanitarias adaptadas a las necesidades, bien conocidas hoy en día, de madres y padres con enfermedad mental o sufrimiento emocional³¹⁻³².

Así mismo, las investigaciones muestran que las separaciones tempranas de las madres y sus bebés en la primera infancia producen efectos a largo plazo en los niños y adolescentes, en sus capacidades de autorregulación emocional (afectando a la función del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal), en su paradigma de vinculación adulta, capacidades cognitivas, sociales y emocionales³³⁻³⁴.

Igualmente se encuentra relación entre la falta de disponibilidad materna en los primeros años y un patrón de apego desorganizado, lo que se relaciona con mayor vulnerabilidad a la psicopatología infantil y adulta.

Las conductas de apego y el proceso de vinculación componen un paradigma de marco referencial para la comprensión de las dinámicas que acontecen en la primera infancia y que tienen una repercusión a medio y largo plazo, por lo que contribuyen a la comprensión de los procesos mentales y de la intervención psicoterapéutica.

Siendo unos conceptos que emergieron de la observación clínica, se han encontrado sustratos neurofisiológicos que avalan, con suficiencia metodológica, las conclusiones de la teoría del apego y fundamentan la denominación de «nuevo paradigma» para la interacción madre-bebé. Destaca la importante función de la oxitocina para establecer el apego humano, apareciendo la acción de otras sustancias como las feromonas y los corticoides. Así mismo, se ha constatado que las interacciones tempranas moldean los circuitos neuronales mediante un complejo entramado de mecanismos neuropsicológicos que se ponen en juego tanto en el niño como en la madre. Ofrecer un sostén adecuado para establecer, mejorar y reparar el vínculo en la diada, desde un marco de intervención temprana interdisciplinaria, resulta imprescindible.

Se constata también que se hacen necesarios más estudios longitudinales frente a los retrospectivos, para evaluar los efectos a largo plazo de las separaciones.

27 Palau Subiela, P. (2021). Las unidades madre-bebé / padres-bebé en Europa y las redes psiperinatales. *Naciendo*, 1, 177-191. <https://doi.org/10.52961/01.JIDG5896>

28 De las Frühe Hilfen a las unidades madre-bebé. El modelo alemán para el apoyo durante los primeros años de vida. Moral, J. (2021). De las Frühe Hilfen a las unidades madre-bebé. El modelo alemán para el apoyo durante los primeros años de vida. *Naciendo*, 1, 193-198. <https://doi.org/10.52961/01.MYGX3373>

29 Hernández Murillo, M. (2021). Asistencia y apoyo en red a la familia por parte del estado, desde los servicios y programas para el ejercicio positivo de la parentalidad. *Naciendo*, 1, 83-92. <https://doi.org/10.52961/01.AZDR5451>

30 Del Amo, R., Castejón, M., Holguín, G., Peinado, R., Rodríguez, C., Sessé, E. & Vallespín, T. (2021). Construyendo la infancia: Casa Verde, un proyecto de prevención, apoyo y seguimiento para hijos de personas con trastorno mental o inestabilidad emocional. *Naciendo*, 1, 155-165. <https://doi.org/10.52961/01.MHWG5104>

31 Huéscar Párraga, R. (2021). Separación materna temprana y sus implicaciones en la infancia y adolescencia. *Naciendo*, 1, 39-46. <https://doi.org/10.52961/01.WUNX8714>

32 Kovacheva, K. (2021). Prevención de la psicopatología perinatal durante la gestación. *Naciendo*, 1, 69-81. <https://doi.org/10.52961/01.KQIU5549>

33 Pedreira Massa, J. (2021). Neurobiofisiología del vínculo y proceso mental en el recién nacido. *Naciendo*, 1, 27-38. <https://doi.org/10.52961/01.XSFS3036>

34 Bonifacino, N. & Pérez-Martínez, C. (2021). Efectos en la madre de la separación forzada de su bebé por orden judicial en el contexto de enfermedad mental. *Naciendo*, 1, 19-26. <https://doi.org/10.52961/01.OFVA1865>



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

A falta de registros y estadísticas en algunos países, sirvan de referencia los que proporcionó el Reino Unido en el plan de los 1001 días críticos: los bebés son muy vulnerables al abuso y la negligencia. En Inglaterra los niños y las niñas que han sufrido abuso o negligencia tienen siete veces más probabilidades de morir. Se estima que alrededor del 26% de los bebés (198.000) en el Reino Unido viven en situaciones familiares complejas de mayor riesgo donde hay problemas como el abuso de sustancias, enfermedades mentales o violencia doméstica. El 36% de las revisiones de casos graves involucran a un bebé menor de un año.

Por tanto, es necesario contemplar el problema de la salud mental perinatal desde la doble óptica de las necesidades tanto del niño/a como de su familia, considerando como un “todo” su gran interdependencia en este periodo vital.

3.2. En síntesis

La pérdida o suspensión de la custodia por una enfermedad mental resulta evitable en la inmensa mayoría de los casos, como lo demuestran las prácticas de los distintos países citados en el presente documento, siempre y cuando las administraciones públicas pongan a disposición de las madres, padres y bebés los suficientes recursos especializados en salud mental perinatal y una coordinación eficaz entre servicios sanitarios, sociales y educativos^{35-36-37-38_39}.

Las administraciones deben velar por preservar la unidad familiar ofreciéndole a la familia aquellos recursos que le faciliten la estabilidad necesaria para que ésta pueda seguir cuidando a sus menores. Para seguir cuidando de la familia, las instituciones responsables deben permanecer atentas al desarrollo de la enfermedad, de la situación familiar y de las nuevas necesidades que puedan ir manifestándose⁴⁰⁻⁴¹.

3.3. Algunas perspectivas que considerar

La Ley insiste en que siempre ha de prevalecer el interés superior de los menores. Sin embargo, la inercia que puede desarrollarse en aplicación de este postulado puede relativizar las necesidades que tienen una madre y un padre de recibir una atención adecuada y/o no considerar suficientemente la importancia de proteger a la familia con todos los recursos disponibles para que el bebé pueda, de manera claramente prioritaria, seguir creciendo en su seno.

En la enfermedad mental, “el peso” de ejercer la maternidad o la paternidad puede convertirse en algo insostenible sin los necesarios apoyos familiares, sociales y sanitarios.

Las conductas parentales que, desde una mirada superficial, podrían catalogarse como desafectivas o irresponsables, derivadas de la afectación de la enfermedad mental, no deben entenderse como actitudes de desapego o de irresponsabilidad parental, sino como los efectos de una enfermedad que produce un debilitamiento de los recursos emocionales y psíquicos disponibles, que pueden ser sostenidos y reforzados con la ayuda comunitaria adecuada. Siendo que su intención y su afectividad están orientadas a poder desarrollar su función parental de

35 Palau Subiela, P. (2021). Las necesarias alianzas para cuidar la psiperinatalidad. *Naciendo*, 1, 1-9. <https://doi.org/10.52961/01.ISBG8896>

36 Palau Subiela, P. (2021). Alianzas por la salud mental perinatal. *Naciendo*, 1, 11-18. <https://doi.org/10.52961/01.IPWM2315>

37 López Serra, M. (2021). Clínica puerperal: blues del parto, depresión postparto y psicosis puerperal. Definición, sintomatología, factores de riesgo y vivencia emocional. *Naciendo*, 1, 47-54. <https://doi.org/10.52961/01.RIJY8404>

38 del Río Ripoll, S. (2021). Cesárea, lactancia materna y depresión postparto: entre lo biológico y lo emocional. *Naciendo*, 1, 55-67. <https://doi.org/10.52961/01.BLJD8273>

39 López Serra, M. (2021). Clínica puerperal: blues del parto, depresión postparto y psicosis puerperal. Definición, sintomatología, factores de riesgo y vivencia emocional. *Naciendo*, 1, 47-54. <https://doi.org/10.52961/01.RIJY8404>

40 Sanz, M. & Casado, D. (2021). Medios normativos concernientes a la salud mental perinatal. *Naciendo*, 1, 101-109. <https://doi.org/10.52961/01.HLGX7424>

41 Castejón, M. & Sanz, M. (2021). Informe sobre la revisión de planes y estrategias de salud mental de las comunidades autónomas en relación con la salud mental perinatal. *Naciendo*, 1, 111-120. <https://doi.org/10.52961/01.VSAW1768>



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

manera adecuada, es por lo que la pérdida de los hijos es vivida de modo tan traumático por las madres y los padres que agranda su vivencia de desubicación psíquica e incrementa su enfermedad mental.

En la mayoría de los casos, proteger la débil salud mental de los padres y madres tiene que ver con disponer o crear alianzas estables y estrechas con personas familiares de confianza, de modo que puedan ser referentes ante situaciones de ansiedad.

Las madres y los padres afectados por la enfermedad mental tienen que poder sostener dos anclajes vitales para la salud mental: conservar su débil reconocimiento subjetivo y dar sostén a la singularidad e individualidad de los hijos. Debido a que en ocasiones no pueden sostener ambas dimensiones es por lo que resulta vital que se les ayude a seguir sintiéndose padres y madres suficientemente buenos y competentes mediante una auténtica y eficaz coordinación entre Servicios Sociales, Sanidad y Educación.

En los casos en los que la decisión sociosanitaria sea la de una retirada del bebé o menor, esta deberá prepararse con todos los cuidados necesarios para disminuir en todo lo posible el estrés y el sufrimiento generado en todas las partes afectadas y, previamente, disponer de un programa de sostén comunitario y de atención psicológica tanto para la madre como para el padre, así como para los familiares de referencia.

3.4. Algunas consideraciones sobre las separaciones del bebé de sus padres/madre en situación de exclusión o de riesgo de exclusión social

Dejando bien asentada la idea de que todos los cuidados y ayudas sociosanitarias, que hasta ahora hemos venido considerando necesarias al reflexionar sobre la situación de madres y padres afectados por una enfermedad mental, también deben aplicarse en las situaciones de exclusión social, queremos considerar algunas necesidades más específicas propias de las situaciones en las que estas madres y padres sufren situaciones de exclusión social.

En las situaciones de exclusión social, se encuentra frecuentemente una vivencia de confusión afectiva en la que la experiencia de lo afectivo puede resultar ambivalente y contradictoria, con una ausencia o lejanía de apegos seguros que lleva a que el modo de reconocimiento se genere desde la inseguridad psíquica y el sentimiento de la No pertenencia a los grupos sociales normativos.

En ocasiones, en la exclusión social, la experiencia de la maternidad o paternidad puede ser vivida como un “modo” de integración social, como un “título” que permite sentirse reconocidos socialmente. Por ello, la retirada de los menores no ayuda en casi ningún caso a su recuperación, sino más bien puede llevar a la repetición y a nuevos embarazos.

Siendo que en excesivas ocasiones la retirada se produce de forma violenta y traumática tanto para los padres como para el bebé o el menor, resulta imprescindible elaborar protocolos adecuados para que las retiradas, cuando tengan que producirse, sean en todos los casos consensuadas y colaborativas ofreciendo a la familia el tiempo suficiente y unos procedimientos que velen siempre por facilitarles una adecuada elaboración de la experiencia. Salvo en muy pocos casos, siempre debe de respetarse ese tiempo transicional.

En términos generales, se deben sopesar adecuadamente los tiempos que necesita cada familia, considerando el tiempo que resulte soportable para los menores permanecer en la estructura familiar.

Consideramos que la retirada de los menores es la última opción, pero no siempre la peor, ni para los menores ni para los padres y/o madres.

3.5.- Cuando se decide separar

Se considera necesario que en los casos en los que se decide que un bebé debe ser separado de su madre y de su padre, exista una verdadera y efectiva coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios de salud



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

mental perinatal e infantil para tomar dicha decisión y asegurar las mejores condiciones para la salud mental de todos ellos.

Es necesario que las administraciones elaboren protocolos o programas conjuntos y verdaderamente coordinados para disminuir al máximo el sufrimiento de la madre, del padre y de su bebé, expuestos a una separación forzosa⁴²⁻⁴³.

Se considera necesario, en todos los casos, preavisar con la adecuada antelación a la madre y al padre, así como facilitarles la información suficiente relativa a las figuras o centro de acogida de su bebé, niño o niña, para que puedan separarse de la manera menos violenta posible y con el fin de protegerles del estrés postraumático que puede derivarse de dicha acción.

Los servicios de salud mental deberán velar por que las condiciones de separación generen el menor sufrimiento posible tanto en los padres como en el niño o niña, preparando a éste/a de manera especializada y personalizada con la participación de sus padres, siempre que resulte posible, considerando al bebé y al niño o niña como un sujeto consciente y sensible expuesto al sufrimiento por separación forzosa, necesitado de un proceso de adaptación progresiva ajustado a las necesidades individuales.

Así mismo, y siempre que resulte posible, se cuidarán las condiciones de comunicación de los padres con su hijo o hija a lo largo del tiempo de separación, con el fin de evitar los graves perjuicios que pueden afectar a la salud de todos ellos, derivados de algunas formas de separación negligentes, poco consideradas con las necesidades de comunicación de un niño o niña pequeño/a con sus figuras primarias de apego.

La sensibilidad emocional de los padres y madres de acogida deberá ser cuidada también de manera exquisita puesto que ellos y ellas, adecuadamente preparados/as para el acogimiento, también pueden sufrir las consecuencias de las separaciones de aquellos bebés, niños o niñas que estuvieron cuidando como familia de acogida. Cuando éstas se producen de manera brusca o sin asegurar las mejores condiciones de cuidado para el bebé, niño o niña con el que la familia de acogida desarrolló un vínculo afectivo de apego. También deberá de prepararse al bebé, niño o niña, para la separación de las figuras parentales que lo/a acogieron para hacerse cargo temporalmente de su crianza.”

42 Bonifacino, N. & Pérez-Martínez, C. (2021). Efectos en la madre de la separación forzada de su bebé por orden judicial en el contexto de enfermedad mental. *Naciendo*, 1, 19-26. <https://doi.org/10.52961/01.OFVA1865>

43 Huéscar Párraga, R. (2021). Separación materna temprana y sus implicaciones en la infancia y adolescencia. *Naciendo*, 1, 39-46. <https://doi.org/10.52961/01.WUNX8714>



04 EXTRACTOS DE DOCUMENTOS DE REFERENCIA

4.1. "Efectos en la madre de la separación forzada de su bebé por orden judicial en el contexto de enfermedad mental" Bonifacino, N. & Pérez-Martínez, C. (2021)

– Extracto del artículo –

1 - Introducción

"La separación forzada de sus padres por orden judicial es una situación de gran complejidad que genera repercusiones psicológicas profundas en todos sus protagonistas.

Las normas internacionales concernientes a la protección de menores destacan invariablemente la prioridad del apoyo a la familia, sea en forma económica o de atención domiciliaria y psicológica, como un instrumento prioritario para preservar la integridad del menor dentro de su marco de pertenencia familiar, considerando en último lugar y exclusivamente ante circunstancias probadas de extrema gravedad, la necesidad de adoptar medidas que lleven a su desarraigo de su ámbito familiar (Salanova 1995).

El derecho del menor a no ser separado de sus padres no es únicamente un tema de orden jurídico, sino que, investigaciones realizadas desde la sociología y la psicología muestran que el mejor entorno para un desarrollo armonioso del niño es en su propia familia y al cuidado de sus propios padres, tal como lo manifiesta la Convención de los derechos del niño (UNICEF Comité Español 2006).

De acuerdo con la bibliografía consultada, el ordenamiento jurídico español identifica como causas de separación del menor de sus padres, el padecimiento del niño de graves carencias afectivas por parte de ambos padres, malos tratos psíquicos o físicos, abuso sexual, explotación económica, abandono y otras circunstancias que atenten contra su integridad y derechos (Salanova 1995). En este contexto, la situación de padres con trastorno mental es contemplada jurídicamente dentro de una línea de «desamparo involuntario», al considerarse que esta condición expone por sí misma al menor a un riesgo. Desde esta perspectiva, según lo planteado por Salanova (1995), aunque no exista negligencia consciente o voluntaria de los padres, esta situación puede llevar a la separación del niño de su entorno familiar.

Sin embargo, atendiendo a estas circunstancias, el comité de los derechos del niño de UNICEF es claro y contundente en su planteamiento de respeto de la supremacía de las funciones parentales (UNICEF México et al. 2014)



y realiza, en consecuencia, un llamado a los estados para la implementación de medidas dirigidas a reducir privaciones, trastornos y distorsiones de los padres que puedan generar un daño al menor.

Sobre la base de la idea directriz de no separar a los niños de sus padres, a menos que esto sea en el interés superior del menor, UNICEF propone la creación de programas de atención dirigidos a la madre y al padre para que puedan sentirse ayudados y respaldados para asumir responsablemente el cuidado de sus hijos (UNICEF México et al. 2014), considerando que el amparo a la familia es una vía fundamental por la cual el estado articula la protección a la infancia.

Dentro de esta línea, se insta a los estados a mejorar particularmente la atención perinatal a madres y lactantes, con el objetivo de promover las capacidades maternas de cuidado y el vínculo con el recién nacido, desarrollando una política social preventiva de situaciones familiares patológicas. Por otra parte, en caso de sobrevenir situaciones que lleven a la separación del menor de su familia, se propone la implementación de recursos dirigidos a la erradicación de los factores que llevaron a aconsejar el distanciamiento, para propiciar así el retorno del niño con sus padres (Salanova 1995).

La separación no voluntaria del niño en relación a su madre o sus padres ha llevado a analizar en profundidad los efectos que esta situación genera en la salud mental y el desarrollo neuropsicológico infantil (Vanderwert et al. 2010). Sin embargo, el estudio de los efectos que esta separación tiene en la madre y en el padre no parece haber recibido hasta el momento suficiente atención (Ramos et al. 2016).

Nos proponemos, entonces, indagar sobre esta temática, para lo cual recurriremos a datos epidemiológicos sobre la parentalidad en personas con trastornos mentales y a estudios cualitativos que describen experiencias de madres ante la circunstancia extrema de separación forzada de su bebé por orden judicial”.

Para seguir leyendo:

Bonifacino, N. & Pérez-Martínez, C. (2021). Efectos en la madre de la separación forzada de su bebé por orden judicial en el contexto de enfermedad mental. *Naciendo*, 1, 19-26. <https://doi.org/10.52961/01.OFVA1865>

4.2. “Neurobiofisiología del vínculo y proceso mental en el recién nacido” Pedreira Massa, J. (2021)

– Extracto del artículo –

3 – El proceso de vinculación y su funcionamiento neuropsicofisiológico

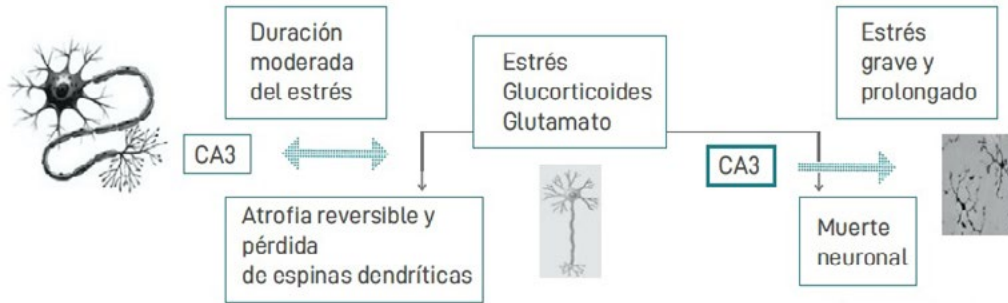
Sabemos que la OXT⁴⁴ está reducida en el plasma de los niños con el diagnóstico de autismo, y que la OXT intra-venosa mejora la comprensión del habla y reduce las conductas repetitivas (ECA). En la esquizofrenia existen menores niveles de OXT en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y los niveles OXT correlacionan con volumen del hipocampo anterior (Modahl et al. 1998; Hollander et al. 2007). En los cuadros de depresión existen menores niveles plasmáticos OXT y además la OXT libera 5-HT (serotonina), por lo que cabría hipotetizar un posible potencial antidepressivo, aún por demostrar.

⁴⁴ OXT: Oxitocina.



Figura 4

Experiencias tempranas y predisposición a la psicopatología



Ante situaciones de estrés en las interacciones tempranas:

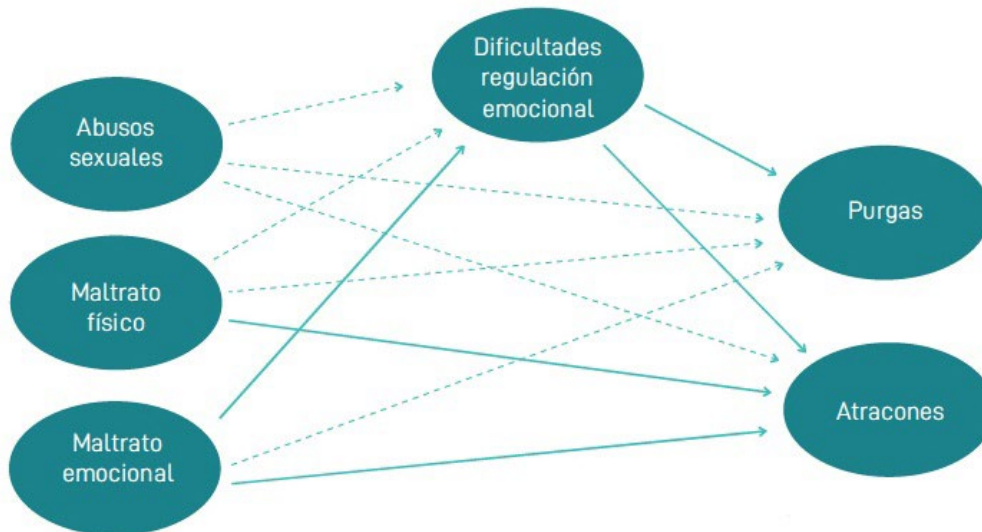
1. La secreción de glucocorticoides en separaciones prolongadas tiene efectos adversos sobre el hipocampo
2. El estrés repetido origina atrofia de las neuronas del hipocampo
3. Lo que inicialmente parece represión, es amnesia real por afectación del sistema medial del lóbulo temporal

Fuente: Kandel (2005)

Personas con antecedentes de abuso o abandono en la infancia poseen menores niveles plasmáticos de OXT, sobre todo en mujeres, y esta disminución se asocia con la gravedad y la duración del abuso en la infancia (Frasch et al. 1995). Esta es una posible base neurofisiológica para que existan importantes deficiencias en la cognición social de los niños maltratados, con todo lo que implica la dificultad de leer los gestos faciales a la hora de interpretar la emoción del otro y la posibilidad de que retornen las conductas de maltrato (Fish et al. 1993; Freed et al. 2007; WHO 1991; Perry 2008; Pollak et al. 2000). También se puede relacionar con las dificultades que tiene la infancia maltratada a la hora de obtener una correcta regulación emocional (Fig. 5), y la facilidad para que aparezcan trastornos del comportamiento alimentario -sobre todo del tipo purgas y atracones-, pero que no son psicopatológicamente una bulimia nerviosa (Burns et al. 2012).

Figura 5

Regresión logística investigación en población:



Fuente : Burns et al. (2010, p.32-39)

PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Otro caso de singular relevancia es la infancia institucionalizada, puesto en evidencia por el incremento de las adopciones internacionales acontecidas en España. Sheridan et al. (2012) han estudiado el desarrollo del sistema nervioso central (SNC) en niños institucionalizados, para lo que les han comparado con niños que estaban en acogimiento familiar y con niños cuya crianza es la habitual. El estudio mostró una disminución de la materia gris y blanca en el cerebro de niños internados en instituciones; sin embargo, también sugirió que los efectos pueden ser parcialmente reversibles con intervenciones positivas, como por ejemplo la acogida en hogares de adopción. La infancia que había vivido en instituciones mostraba un menor volumen de materia gris en la corteza del cerebro, que los niños no institucionalizados pero que habían vivido en hogares de acogida. El tamaño de la materia blanca cortical no fue diferente en los niños alojados en hogares de acogida al ser comparados con la infancia no institucionalizada, pero sí fue significativamente menor en los niños que no fueron elegidos para ir a los hogares de acogida. Es decir, que el medio ambiente influye enormemente en el desarrollo del cerebro durante la infancia; la violencia, la pobreza y la falta de afecto no inciden sólo en el carácter del niño, también lo hacen en el desarrollo neuro-biológico de la infancia y se demuestra que, en el caso de la materia blanca, los efectos pueden ser reversibles con condiciones favorables. El resultado de estas alteraciones: aparece deterioro cognitivo en la infancia institucionalizada, también suelen presentar déficits sociales, problemas con el lenguaje, déficit de atención, e incluso envejecimiento celular prematuro. Todo este complejo clínico y neurobiológico, se relaciona con los estímulos afectivos del bebé, las conductas de apego y la estructuración del proceso de vinculación; los síntomas se refieren a esta alteración estructural y constitutiva del sujeto a lo largo del desarrollo infantil y se expresa como un proceso denominado Disfunción cognitiva acumulativa (DCA) desde la perspectiva neuropsicológica, por lo que no son cuadros TDAH -tal y como se diagnostican con frecuencia inusitada-, y el tratamiento con MFDT o ATX, no tiene ningún sentido clínico desde la perspectiva de las pruebas y evidencias científicas.

La infancia con aislamiento social y desatención emocional grave, da lugar a una disfunción cognitiva y social importante en edades posteriores, ya que el aislamiento social durante los primeros años (incluso meses) de vida impide la maduración de las células de la materia blanca del cerebro, evitando que se produzca la cantidad necesaria de mielina; además, el tiempo de privación social es un factor importante para la disfunción, ya que se ha identificado una vía molecular implicada en la etiología, la neuroregulina1 (NRG1), una proteína esencial en el desarrollo del SNC cuya síntesis se encuentra afectada, disminuyendo significativamente en la infancia privada socialmente (Makidonan et al. 2012). Los resultados de estos estudios recientes indican que la institucionalización precoz origina una dificultad para las conductas de apego, con una acción directa sobre la maduración y funcionamiento del SNC, y para las respuestas de la interacción social; y que estas dificultades son tanto mayores, cuanto más dilatado es el periodo de institucionalización y más precozmente se ha establecido. La consecuencia consiste en que el niño crece con una gran vulnerabilidad (Pedreira et al. 2001; San Román et al. 2002; Ferreros et al. 2011; Pedreira et al. 2017; Boyce 1992; Pedreira 1997)

Este proceso vincular hace que nos fijemos en la importancia de los modelos parentales en el establecimiento de la conducta de los hijos. Sabemos que las figuras paternas influyen en las conductas de externalización de los hijos con un 69% de explicación de la varianza, mientras que el modelo materno explica las conductas de internalización en un 71% de la varianza, en cohortes evaluadas desde el nacimiento hasta la entrada en la guardería. En ambos casos es fundamental la coherencia en las relaciones parentales y en las que manifiestan hacia los hijos, sobre quienes actúan de forma positiva las expresiones de cariño y relaciones positivas entre ambas figuras parentales, lo que favorece un modelo de parentalidad positivo; siendo de efecto negativo la vivencia de ansiedad en el ejercicio de la parentalidad. Esto es lo que nos hace significar que la parentalidad positiva debe tener las «tres c»: coherencia, consistencia y continuidad (Pedreira 1997; Pedreira 2011).

Es importante señalar que las relaciones en el seno del funcionamiento familiar nos aportan una serie de rasgos fundamentales para conocer y analizar correctamente el funcionamiento vincular (Pedreira 2011, tabla 2). Si la cooperación intrafamiliar y el contacto físico (existencia de cariño, caricias, besos) son adecuados, entonces la irritabilidad del bebé es escasa, con lo que hay muchas posibilidades de que el vínculo sea seguro (Pedreira et al. 2017). En el plano opuesto se sitúa el vínculo evitativo, en el que el contacto afectivo apenas se expresa y la cooperación familiar resulta ser escasa, entonces el nivel de irritabilidad del bebé es muy importante, por lo que



apetece menos la interacción positiva y se tiende a estimular menos a este tipo de bebés, con lo que la interacción es irregular y con poca consistencia (Pedreira 2011; Pedreira et al. 2017; Damasio 2005; Ainsworth et al. 1970)”.

Para seguir leyendo:

Pedreira Massa, J. (2021). Neurobiofisiología del vínculo y proceso mental en el recién nacido. *Naciendo*, 1, 27-38. <https://doi.org/10.52961/01.XSFS3036>

4.3. “Separación materna temprana y sus implicaciones en la infancia y adolescencia” Huéscar Párraga, R. (2021)

– Extracto del artículo –

1 - Introducción

“La demanda de ayuda en salud mental infanto-juvenil desafortunadamente es un dato preocupante. Según la OMS los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades en las personas de edades comprendidas entre 10 y 19 años. La mitad de los trastornos mentales comienzan a los 14 años o antes, pero en la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan, siendo la depresión una de las principales causas de enfermedad entre adolescentes a nivel mundial y el suicidio la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años (Organización Mundial de la Salud 2019).

Los trastornos mentales de los adolescentes, si no son abordados de forma conveniente, tienen consecuencias que se extienden hasta la edad adulta, pudiendo afectar tanto a la salud física como a la mental y limitando las oportunidades de llevar una vida adulta satisfactoria (OMS 2019).

El sufrimiento psíquico en bebés, niños y adolescentes (desestimado en muchas ocasiones por el mundo adulto) ocupa un lugar importante y ha de ser tenido en consideración (Janín 2019).

Es difícil relacionar los trastornos en niños con un único factor causal, influyen multitud de agentes. Desde la genética, las posibilidades de reparación de los vínculos, factores del ecosistema familiar o la propia capacidad de resiliencia del individuo. No obstante, pretendemos revisar la literatura en relación con la posible influencia de las separaciones tempranas traumáticas de la díada madre- bebé y la aparición de problemas de salud mental en niños en la etapa de latencia o adolescencia.

Según la OMS, en su Plan para la salud mental (2013-2020): «la exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible, bien establecido, de los trastornos mentales» (OMS 2013).

El ser humano necesita de un «otro» para poder desarrollarse. La relación del bebé con la madre le permite adquirir seguridad, se produce un interjuego de miradas, gestos, caricias; desajustes y ajustes, que van conformando esa seguridad en sí mismo, en sus relaciones, en su futuro. Hacen sentir que el mundo es un lugar fiable, aunque no perfecto.

Si las personas que rodean al niño no están o no se encuentran emocionalmente disponibles, el bebé conformará un entorno sensorial empobrecido que puede hacerle más vulnerable en sus capacidades presentes y futuras, en su habilidad para calmarse, en su comportamiento y en sus relaciones posteriores.

La separación se convertirá en un factor traumático para el niño, dependiendo de sus propias cualidades y su resiliencia, y de un contexto con la capacidad reparadora necesaria (Uriarte 2005). Los últimos descubrimientos desde la epigenética también nos explican que la relación no es lineal y que determinadas condiciones se desarrollan en función de la actuación o no de determinados elementos del contexto”.

Para seguir leyendo:

Huéscar Párraga, R. (2021). Separación materna temprana y sus implicaciones en la infancia y adolescencia. *Naciendo*, 1, 39-46. <https://doi.org/10.52961/01.WUNX8714>



4.4. “Clínica puerperal: blues del parto, depresión post-parto y psicosis puerperal. Definición, sintomatología, factores de riesgo y vivencia emocional” López Serra, M. (2021)

– Extracto del artículo –

1 - Introducción

“Sabemos que, en lo que se refiere al sufrimiento emocional materno: «hay evidencia de que el malestar emocional, la ansiedad, depresión y estrés maternal en el embarazo puede afectar al neurodesarrollo del feto, y eso afectaría a la sintonía inicial básica madre-bebé, al vínculo en el que se apoya la salud global del bebé, que es así influido doblemente, pues también repercute en aumentar la dificultad de la madre en su sensibilidad, sintonía y ajuste a esa evolución de vínculo temprano. El desarrollo a largo plazo se compromete» (Béjar 2018, p.159).

El puerperio supone para la mujer una etapa de gran vulnerabilidad debido a los cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales, lo que predispone a la aparición de trastornos psíquicos (Alba et al. 2017; Faisal-Cury et al. 2008).

«Existe un conjunto de sentimientos que suelen darse en relación al primer hijo: dudas, temores, inseguridades, vergüenza, que hacen sentir a la madre poco capaz y desacertada. Estos sentimientos desembocan en una imagen negativa de la madre que la llevan a cerrarse en el silencio y a esconder su malestar. Este estado de ánimo complica que la madre se decida a consultar» (Torras de Beà 2015, p.11). Más del 50-75% de mujeres con depresión postparto no son diagnosticadas (Figueiredo 2012, Fava 2012, Marcus 2009, Jones et al. 2014).

Citando a algunos autores referentes en maternidad con orientación psicoanalítica encontramos que Stern (1999, p.61) define las primeras semanas postparto como «una metamorfosis plena de sentimientos de un pasado reciente que casi siempre implica una mezcla de vivencias depresivas y sensaciones alegres».

Posteriormente, escribió que dar a luz a una nueva identidad puede ser tan exigente como dar a luz a un bebé y que, por tanto, convertirse en madre es un cambio físico y psicológico de los más significativos que una mujer experimentará jamás (Stern 1995, 1999).

Winnicott (1991) describía que no existe un bebé sin su madre y, a la vez, que no existe ninguna madre capaz de cumplir con todas las necesidades de un bebé en sus primeras etapas, si no hay un padre o un tercero que haga la función de sostén. Es desde esta perspectiva que acuñó el concepto de «madre suficientemente buena». Es decir, una madre presente y disponible para el niño que atiende sus demandas, contiene su angustia y demuestra su amor pero que también cometerá errores.

Un interesante concepto que nos ayuda a comprender el esfuerzo mental que la mujer realiza durante el embarazo es el de transparencia psíquica, acuñado por Bydlowski (2007), que describe el estado psíquico que se desarrolla gradualmente para alcanzar un grado de sensibilidad creciente durante el embarazo y, especialmente, al final. La autora explica que existe un resurgir de los recuerdos del pasado que afloran del inconsciente a la conciencia. Este estado de «transparencia» facilita a la mujer embarazada fantasear y recordar su propia niñez, para así atender mejor las necesidades de su futuro hijo. Si los recuerdos que afloran no son felices y vienen marcados por una infancia traumática, pueden conducir a la madre a estados depresivos importantes ya que puede aparecer la reagudización de duelos anteriores no resueltos.”

Para seguir leyendo:

López Serra, M. (2021). Clínica puerperal: blues del parto, depresión post-parto y psicosis puerperal. Definición, sintomatología, factores de riesgo y vivencia emocional. *Naciendo*, 1, 47-54. <https://doi.org/10.52961/01.RIJY8404>



4.5. "Prevención de la psicopatología perinatal durante la gestación" Kovacheva, K. (2021)

– Extracto del artículo –

1 - Introducción

"Las bases fundamentales de un individuo se estructuran en los primeros años de vida, antes incluso de nacer, cuando la salud del feto depende de la salud y el bienestar de la madre (Irwin et al. 2007), debido a que está expuesto directamente a lo que la madre experimenta, incluyendo las emociones vividas (Government of Western Australia 2009). El estado mental de la madre tiene importantísimas implicaciones en el desarrollo emocional, cognitivo y vincular del bebé (Rodríguez et al. 2015).

El embarazo se caracteriza por una serie de cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que van variando en función a la adaptación al cambio propio y el entorno. Hay un proceso de adaptación cognitiva en la que los padres generan representaciones sobre el futuro hijo y sobre sí mismos en su rol parental. Pero además de esta preparación psicológica, se da una adaptación instrumental y afectiva, creando el espacio físico y psicológico de la llegada del hijo (Government of Western Australia 2009). Estas experiencias deberían facilitar los sentimientos de vinculación y pertenencia, creando así las bases de una salud mental positiva (García-Villanova et al. 2013, Pichardo et al. 2013).

La gestación no supone un estado protector para la salud mental de la mujer, es más vulnerable al estrés y el puerperio es un período de especial incidencia de aparición de patología psíquica. Se tiende a pensar que es una etapa de felicidad y bienestar, y eso conlleva a que muchas psicopatologías sean subdiagnosticadas y por ende mal tratadas o no atendidas (Rodríguez et al. 2015). Sin embargo, las enfermedades mentales son las más frecuentes en esta fase, el 20% de las mujeres embarazadas presenta alguna sintomatología emocional o un trastorno psiquiátrico (Arranz et al. 2014). La no detección o un tratamiento inadecuado, puede conllevar a una evolución negativa del embarazo y el parto, en el desarrollo del bebé, el vínculo maternofilial y por lo tanto en la vida de pareja y familiar (Rodríguez et al. 2015), y en los casos más graves llegar a consecuencias como el suicidio o infanticidio (Medina-Serdán 2013). Por ello, debería ser imprescindible hacer un seguimiento adecuado en el periodo perinatal y dar una atención especial a las mujeres embarazadas con antecedentes personales o familiares con psicopatologías, con carencia de apoyo psicosocial o que estén viviendo acontecimientos estresantes. De esta manera se podría prevenir un impacto negativo en la familia y la relación de la pareja. Además, disminuiría la morbilidad materna y facilitaría el vínculo materno-filial (Olza et al. 2011)."

Para seguir leyendo:

Kovacheva, K. (2021). Prevención de la psicopatología perinatal durante la gestación. *Naciendo*, 1, 69-81. <https://doi.org/10.52961/01.KQIU5549>

4.6. "Asistencia y apoyo en red a la familia por parte del estado, desde los servicios y programas para el ejercicio positivo de la parentalidad" Hernández Murillo, M. (2021)

– Extracto del artículo –

1 - Introducción

"La recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros, sobre Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la Parentalidad, señala que los estados deben «crear las condiciones necesarias para el fomento del ejercicio de la parentalidad, garantizando que todas las personas que deben educar y criar niños tengan acceso a los recursos y servicios necesarios según las necesidades de padres y madres» (Rodrigo et al. 2010a).

Sabemos que existe una fuerte similitud en los retos a los que han de enfrentarse hoy en día los países, teniendo en cuenta que la investigación en «parentalidad» es muy activa y que existen numerosas visiones sobre cuál es el



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

comportamiento parental apropiado. La parentalidad es una tarea sometida a cambios históricos y sociales, donde se ha producido una enorme diversificación en el modo de llevar a cabo la tarea debido a la gran variedad de familias que conviven en nuestra sociedad. Asimismo, en la actualidad se encuentran en plena redefinición en los roles de género en la familia y por otro lado los padres ya no son los únicos agentes que educan (Martín-Quintana et al. 2009).

La influencia que tiene el contexto cultural e histórico en el desarrollo humano ha sido analizada desde diversas disciplinas, tales como la sociología, antropología, psicología y la neuropsicología. Ya en 1979, Bronfenbrenner reconoció la relevancia de aplicar los principios ecológicos al estudio del desarrollo humano. Para este autor, el desarrollo individual tiene lugar en el contexto de las relaciones familiares, y no dependería solo de factores ontogenéticos, sino de la interacción con el entorno familiar inmediato y con otros importantes componentes del ambiente (citado en Vargas-Rubilar et al. 2014)

Las investigaciones recientes muestran una tendencia integradora, proponiendo que existe una interacción entre factores ambientales y factores genéticos, por lo tanto, el ser humano nace con un potencial determinado de aprendizaje y habilidades que el ambiente puede facilitar u obstaculizar (Delgado 2012), como se citó en Vargas-Rubilar et al. (2014). Por lo tanto, aunque existan muchos factores intrapersonales que intervienen en el desarrollo psicosocial, diversas habilidades se adquieren fundamentalmente de la interacción con los cuidadores y con el medio que los circunda (Vargas-Rubilar et al. 2014)

2 – Desarrollo

«No hay causa que merezca más alta prioridad que la protección y el desarrollo del niño, de quien dependen la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones y, de la civilización humana» (Plan de Acción de la Cumbre Mundial a favor de la infancia, 30 de septiembre de 1990).

El Plan de Acción de la Cumbre Mundial en favor de la infancia (1990), considera explícitamente al niño como sujeto de derechos y establece normas a los estados sobre los derechos que deben reconocer a todos los ciudadanos menores de 18 años, entre esto contiene muchos derechos civiles, sociales, económicos y culturales relativos a la educación y de otra índole. Algunas de las obligaciones son competencia de los estados, y otras de los padres y/o tutores legales del niño.

El preámbulo de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño (CNUDN) declara que una de las condiciones más importantes para que el niño crezca es el medio familiar y un clima de amor, felicidad y comprensión (UNICEF, Comité Español 2006). La familia tiene un papel vital en esto por lo que debe de disfrutar de la asistencia necesaria para asumir sus responsabilidades en el seno de la comunidad. En su art. 18.2 dice que «los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños».

Las directrices del Convenio Marco de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) destinadas a propiciar las políticas de apoyo a la parentalidad positiva, plantean la necesidad de soporte a la parentalidad positiva, desde un enfoque psicoeducativo y comunitario, y se proporcionan orientaciones sobre como favorecer las corporaciones locales el desarrollo de servicios y programas para este fin (Rodrigo et al. 2010a)

Por otro lado, Pečnik (2012) señala que la CNUDN presenta disposiciones que tienen consecuencias directas sobre la parentalidad. Las responsabilidades parentales se nombran explícitamente en los artículos 5, 18 y 27. Entre esto se les atribuye a los padres la responsabilidad principal de la educación y del desarrollo del niño y los animan a considerar, como preocupación fundamental, los mejores intereses del niño. De igual modo, los estados deben reconocer las responsabilidades parentales y adoptar diferentes medidas positivas para ayudar a los padres a asumir sus responsabilidades como educadores.



Las naciones son responsables de garantizar y promover los derechos del niño en la familia, para ayudar a los padres a actuar de la mejor forma en interés del niño, ofreciéndole las condiciones de vida adecuadas para su desarrollo y velando por el resto de los derechos de éste. La CNUDN dice que el objetivo general de la parentalidad debe ser garantizar y promover los derechos del niño y, para esto el Estado debe entregar todo el apoyo y las condiciones para que así sea (Pečnik 2012)

Acompañar la acción parental mediante los servicios de cada país es preciso, puesto que existe una necesidad de apoyar no solo en lo que respecta a lo cuantitativo, sino también en lo cualitativo de la parentalidad y, con ese fin, se ha establecido un conjunto de servicios y programas referidos al contenido de las tareas parentales, aunque en algunos países que aún están en transición, la elaboración de políticas dirigidas a apoyar a los padres en su papel de cuidadores/educadores de los niños es un fenómeno reciente determinado por un conjunto de factores sociales, económicos y políticos generalmente interdependientes (Consejo de Europa 2005, citado en Sandbaek 2012).

El documento del Consejo sobre la parentalidad y apoyo a los padres (Consejo de Europa 2001, citado en Sandbaek 2012), indica que los programas de apoyo a las familias se dividen en dos categorías principales: la primera, servicios dirigidos a familias en que los padres tienen problemas materiales, de relación o psicológicos, o problemas ligados a la dependencia de la droga; y la segunda, dirigidos a familias en que los niños tienen dificultades. Los medios disponibles para apoyar a los padres de niños de 0 a 11 años se enumeran en la siguiente tabla:"

Para seguir leyendo:

Hernández Murillo, M. (2021). Asistencia y apoyo en red a la familia por parte del estado, desde los servicios y programas para el ejercicio positivo de la parentalidad. *Naciendo*, 1, 83-92. <https://doi.org/10.52961/01.AZDR5451>

4.7. "Medios normativos concernientes a la salud mental perinatal" Sanz, M. & Casado, D. (2021)

– Extracto del artículo –

1 – Introducción

"La atención a la salud mental perinatal de las madres, padres y bebés es una función que precisa de fundamentaciones disponibles en diferentes campos del conocimiento. Uno de estos campos es el que pretendemos abordar en este trabajo, a saber, las normas jurídicas y técnicas incidentes en la salud y otras facetas del bienestar, en especial las relacionadas con la salud mental perinatal.

En el presente texto reseñaremos documentos sobre derechos humanos, derechos de los niños, salud y salud mental que puedan servir de fundamento a las actividades necesarias para conseguir los objetivos planteados; examinaremos normas jurídicas, pero también otros documentos con elementos normativos emitidos por instituciones internacionales y nacionales. La revisión tendrá en cuenta aquellas aportaciones relevantes para la salud mental perinatal. Consideramos de interés el conocimiento de la normativa para poder basarse en la misma a la hora de proponer actuaciones a las administraciones públicas.

2 – Naciones Unidas

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1), de Naciones Unidas, aprobada en 1948, establece el derecho a «la salud y el bienestar» de todas las personas (art. 25.1), así como que «la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales» (art. 25.2).

La Resolución 64/142 de Naciones Unidas, de 18 de diciembre de 2009, que establece Directrices sobre modalidades alternativas de cuidado de los niños (2), preconiza el modelo familiar de cuidados en estos términos: «Al ser la familia el núcleo fundamental de la sociedad y el medio natural para el crecimiento, el bienestar y la protección de los niños, los esfuerzos deberían ir encaminados ante todo a lograr que el niño permanezca o vuelva a estar



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

bajo la guarda de sus padres o, cuando proceda, de otros familiares cercanos. El Estado debería velar porque las familias tengan acceso a formas de apoyo en su función cuidadora...» (punto 3). Dedicar a su vez el apartado IV.A a la promoción del cuidado parental, con el apoyo que sea necesario por parte de los Estados, para que no sea necesaria la separación de los niños de sus padres.

La Convención de los Derechos del Niño (CDN) (3), adoptada por Naciones Unidas en 1989 y ratificada por el Estado español en 1990, en su art. 24 establece que «Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud...» y en el mismo artículo, párrafo 2 d), asigna a los Estados Partes la obligación de «Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres».

En su preámbulo, la CDN valora el importante papel de la familia en la crianza. Veamos dos disposiciones relevantes para el objeto de este texto:

«...el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión».

Confirmando el carácter de grupo fundamental de la sociedad que la familia tiene para el crecimiento y bienestar de sus miembros, en especial de los niños, aboga por que aquella reciba la protección y asistencia necesarias para poder desempeñar sus funciones.

Y determina la responsabilidad de los padres en estos términos: «Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y del desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño» (art. 18.1).

El Comité de los Derechos del Niño, de Naciones Unidas, ha aprobado varias Observaciones con el fin de explicar algunos aspectos de la CDN. Reseñamos a continuación dos que guardan relación con el tema que nos ocupa.

La Observación General N° 7 (2005) - Realización de los derechos del niño en la primera infancia (4), presta gran atención al desarrollo y bienestar del niño y al apoyo que puedan precisar los padres. Destacamos, en primer lugar, el punto 10 - Derecho a la vida, supervivencia y desarrollo: «Se insta a los Estados Partes a que adopten todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal para madres y lactantes, reducir la mortalidad infantil y en la niñez, y crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de su vida». En el punto 18 - Respetar las funciones parentales, se recuerda el artículo 9 de la CDN: «Los Estados Partes deberán respetar la supremacía de padres y madres. Ello implica la obligación de no separar los niños de sus padres, a menos que ello vaya en el interés superior del niño». Y añade que, «Los niños pequeños son especialmente vulnerables a las consecuencias adversas de las separaciones debido a su dependencia física y vinculación emocional con sus padres o tutores». Como situaciones que pueden repercutir negativamente en el niño menciona, entre otras, «la atención parental en situaciones de gran presión material o psicológica o de salud mental menoscabada». Y para abordar estos problemas, «El Comité apremia a los Estados Partes a adoptar todas las medidas necesarias para garantizar que los padres puedan asumir la responsabilidad primordial de sus hijos; ayudar a los padres a cumplir con sus responsabilidades, en particular reduciendo privaciones, trastornos y distorsiones que son dañinas para la atención que se presta al niño».

La Observación General N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24) (5), en su punto 53 dice:

«La atención que reciben las mujeres antes, durante y después del embarazo tiene repercusiones profundas en la salud y el desarrollo de sus hijos. El cumplimiento de la obligación de garantizar el acceso universal a un conjunto completo de intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva deberá basarse en el concepto de atención ininterrumpida que empieza en el período anterior al embarazo, prosigue durante el embarazo y el parto y se extiende hasta el período posterior al parto. La atención oportuna y de calidad durante estos períodos sucesivos

ofrece importantes oportunidades de prevenir la transmisión intergeneracional de la mala salud y tiene grandes repercusiones en la salud del niño durante toda su trayectoria vital»”.

Para seguir leyendo:

Sanz, M. & Casado, D. (2021). Medios normativos concernientes a la salud mental perinatal. *Naciendo*, 1, 101-109. <https://doi.org/10.52961/01.HLGX7424>

4.8.- “Informe sobre la revisión de planes y estrategias de salud mental de las comunidades autónomas en relación con la salud mental perinatal” Castejón, M. & Sanz, M. (2021).

– Extracto del artículo –

1 – Origen y objetivo del informe

“Desde el pasado mes de mayo en que ASMI WAIHM (filial española de la World Association for Infant Mental Health y miembro de la Global Alliance for Maternal Mental Health) decidió trabajar para la creación de la «Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia», varios profesionales venimos trabajando en el conocimiento de la situación de la atención a la salud mental perinatal dentro y fuera de nuestro país.

Por la información que se conocía y que se va confirmando a través de los trabajos realizados, parece no existir normativa u otros documentos operativos que incluyan la atención a la salud mental perinatal como objetivo para el que ofertar una respuesta planificada.

En una de las reuniones mantenidas para el seguimiento de los trabajos de constitución de la red, Pascual Palau, presidente de ASMI, encargó a los autores de este informe la tarea de realizar una búsqueda en normas y planes de las comunidades autónomas (CCAA) y ciudades autónomas a través de la localización de una serie de palabras clave, que él nos indicó, relacionadas con la salud mental perinatal.

Este estudio supone un primer acercamiento a la realidad de la atención a la salud mental perinatal en las CCAA competentes en la prestación de los servicios de salud. Y, en el caso de confirmarse la ausencia mayoritaria de estas palabras clave en los documentos de salud mental de las CCAA, resultaría reveladora de una atención insuficiente a la salud mental perinatal.”

(.....)

3 – Conclusiones y recomendaciones

Según la revisión realizada, no parece que ninguna de las comunidades autónomas disponga de un sistema específico para la atención a la salud mental perinatal, entendiéndose por tal un conjunto organizado de objetivos, actuaciones y recursos coordinados.

Sí hemos encontrado que en los planes y estrategias de salud mental de seis CCAA aparece algún objetivo o medida de alta relación con la salud mental perinatal: Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña y el Plan de Salud Mental de la Ciudad de Barcelona, y la Comunidad de Madrid. Muchas de ellas parecen asociadas, en su desarrollo, a la atención primaria y con frecuencia a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, en la atención y seguimiento del embarazo, parto y puerperio.

En tres CCAA más hemos valorado que alguno de sus objetivos o medidas puede tener una relación parcial o menos fuerte con la salud mental perinatal: Andalucía, Región de Murcia y La Rioja.

Finalmente, ocho de las CCAA y las dos ciudades autónomas (en realidad Ceuta y Melilla no disponen de planes o estrategias de salud mental) no reflejan en sus planes objetivos y acciones que hagan referencia clara a la salud mental perinatal.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

No hemos encontrado ningún recurso específico de atención especializada para las madres y padres con trastorno mental que lo pudieran necesitar en esta etapa perinatal. Señalamos como curiosidad, que no se ha recogido en los planes de Cataluña el único recurso especializado del que tenemos noticia, la «Unidad madre-bebé y Hospital de Día», en la Unidad de Salud Mental Perinatal del Hospital Clínic de Barcelona (<https://www.clinicbarcelona.org/noticias/el-clinic-pone-en-marcha-un-hospital-de-dia-para-madres-con-trastornos-mentales-que-acaban-de-tener-un-hijo>).

Aunque en algunos planes (por ejemplo, el de Canarias) se dedican varias líneas estratégicas a la coordinación, no aparece esta en relación con los problemas de separación madre-bebé, cuando se propone por los servicios competentes en algunos casos en que la madre presenta algún trastorno mental.

Como quiera que la clasificación se ha basado en los enunciados, siempre sucintos, de los objetivos y acciones de los planes y estrategias, no es posible conocer en profundidad la realidad de su aplicación, su desarrollo o un nivel mayor de detalle. Este aspecto es una limitación del trabajo realizado. Algunas acciones pueden estar infravaloradas y, al contrario. En cualquier caso, puede ser un primer paso para el conocimiento de los recursos. Pensamos que también indican si en determinada comunidad autónoma se tiene en cuenta, aunque sea de manera limitada, la salud mental perinatal. Por tanto, todos estos extremos habría que comprobarlos y examinarlos en profundidad en otra fase en la que se investiguen los posibles recursos existentes.

Por ello este informe solo puede entenderse como un primer acercamiento al estado de la atención a la salud mental perinatal en España y, por tanto, se propone una tercera fase del estudio que permita conocer al detalle en qué grado de desarrollo se encuentran las acciones localizadas y se efectúe una búsqueda exhaustiva de dispositivos asistenciales en cada una de las comunidades y ciudades autónomas.

Dado que no se examinaron documentos no pertenecientes al ámbito sanitario, sería interesante revisar si en los documentos de las CCAA que planifican la atención a la infancia, la adolescencia y a la familia, aparecen algunas de las palabras clave buscadas. Podría ser que en esos planes también se atiendan aspectos de la salud mental perinatal que no tienen relación estricta con lo sanitario y sí con las condiciones materiales de vida y/o con el estrés psicosocial de muchos bebés y de sus familias.

Si tenemos en cuenta que muchos de los documentos revisados terminan su vigencia en este o en el próximo año, sería recomendable enviar a las consejerías de sanidad, información y documentación especializada sobre la salud mental perinatal, a fin de facilitar que en las próximas versiones de los planes y estrategias de salud mental se contemple la implantación de este tipo de atención con los recursos y dispositivos necesarios, dentro de las carteras de servicios de las comunidades y ciudades autónomas del Estado.

Finalmente, y como consecuencia lógica de este primer acercamiento a la salud mental perinatal en el estado español, proponemos la realización de un seguimiento específico de cada uno de los planes y estrategias de las CCAA cuyos objetivos o acciones han sido valorados en “verde” en este informe, para comprobar si esas administraciones han desarrollado las acciones y/o recomendaciones a las que se habían comprometido en sus documentos oficiales.”

Para seguir leyendo:

Castejón, M. & Sanz, M. (2021). Informe sobre la revisión de planes y estrategias de salud mental de las comunidades autónomas en relación con la salud mental perinatal. *Naciendo*, 1, 111-120. <https://doi.org/10.52961/01.VSAW1768>



4.9. "Procesos de atención social a familias y menores en situaciones de desamparo y/o tutela" Coll Espinosa, F. (2021)

– Extracto del artículo –

1 – Introducción

"El objetivo de este artículo es visibilizar los procesos sociales ante las situaciones de intervención social para la retirada de los menores del ámbito familiar.

La población que, en general, se atiende y/o demanda atención en Servicios Sociales es muy variada y compleja.

Se podría decir que la institución de Servicios Sociales, como bien explicaba Foucault (2011, 2014), tiene varias dimensiones:

- Dar un lugar de atención a las personas con mayor vulnerabilidad y con dificultades de desarrollo social.
- Nombrar y definir las necesidades sentidas por las personas en dificultad.
- Nombrar y definir los derechos individuales y colectivos.
- Intentar proteger los derechos individuales y colectivos.
- Alinear las vivencias y sensaciones en virtud de su adecuación al llamado «bien social».

Así, como la historia siempre la cuentan los vencedores, la institución de Servicios Sociales se crea desde el «otro lugar», siendo mirada y re-creada por la mayoría social.

Para comprender mejor a la población afecta a Servicios Sociales, tendremos que acercarnos a la «cultura» (en el sentido de encontrar ubicación en el mundo) social de este sector de población.

Qué define a esta población. El sujeto, la subjetividad adviene como tal porque hay «Otro» que no solo hace de sostén, sino que nombra, que señala como alguien distinto pero perteneciente.

Según describe Enesco (c2005), es importante recordar que, durante siglos, ha habido un interés por «educar» al niño (sobre todo por razones prácticas), no por su desarrollo, y que es en el S. XVII cuando aparecen algunos pensadores que se preocupan por adaptar la educación al niño. Sin embargo, hasta el S. XX la infancia no es plena y explícitamente reconocida como periodo con sus propias características y necesidades, el niño como persona, con derecho a la identidad personal, a la dignidad y la libertad. La Declaración de los Derechos del Niño es proclamada por la Asamblea General en su resolución 1386-XIV, de 20 de noviembre de 1959. Sin embargo, este texto no es de cumplimiento obligatorio para los Estados hasta 1989, cuando la Convención sobre los Derechos del Niño es adoptada por la Asamblea General de la ONU y abierta a la firma y ratificación por parte de los Estados (Naciones Unidas, Resolución 44/25 de 20 de noviembre de 1989).

Una de las figuras más importantes del S. XVIII es Jean-Jacques Rousseau (1712-1778). Su obra *Émile ou de l'éducation* (Rousseau 1762) contiene una serie de principios básicos sobre cómo educar a los niños. Entre sus ideas más influyentes y conocidas está la de que el niño es bueno por naturaleza. Nace así al menos, y es la sociedad la que puede llegar a pervertir las buenas inclinaciones del niño. Frente a la perspectiva medieval del niño como homúnculo, Rousseau sostiene que es un ser con características propias, que sigue un desarrollo físico, intelectual, moral..., y resume estas ideas en la frase: «El pequeño del hombre no es simplemente un hombre pequeño».

Los Servicios Sociales de Atención Primaria representan el punto central sobre el que pivotan, tanto en la detección como en la intervención, el resto de los servicios que integran el sistema de atención y protección a la infancia y la adolescencia.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Dentro del marco legislativo, a nivel internacional y europeo encontramos la Declaración de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1959 (Resolución 1386-XIV), la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989 (ratificada en España por el Instrumento de 30 de noviembre de 1990, BOE nº 313, de 31 de diciembre de 1990) y la Resolución A3-0172/1992, de 8 de julio, del Parlamento Europeo sobre la Carta Europea de los Derechos del Niño; todas ellas referencias legislativas que proclaman los derechos de la infancia y adolescencia instando a ciudadanos, organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a reconocer esos derechos y promover su observancia.

A nivel estatal, la Constitución Española de 27 de diciembre de 1978 (BOE nº 311, de 29 de diciembre) protege los derechos de los niños, niñas y adolescentes a través del reconocimiento de los derechos aplicables a toda persona, tal como queda establecido en el Título I «De los derechos y deberes fundamentales», Capítulo Segundo «Derechos y libertades». Pero, es más, en el Capítulo Tercero «De los principios rectores de la política social y económica» del Título I, nuestra Carta Magna protege los derechos de la infancia y adolescencia de una manera específica, a través de lo establecido en el artículo 39.

2 – Principios de actuación en materia de atención y protección a la infancia y adolescencia

En la actualidad nos regimos por la modificación que en 2015 se realizó en España sobre la legislación en materia de infancia. Así, se aprobaron el 28 de julio de 2015 los «Principios de actuación en materia de atención y protección a la infancia y adolescencia» (Ley 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia), sobre la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero sobre Protección Jurídica del Menor.

Entre estos principios merecen destacarse los siguientes:

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

PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

- Actuaciones en situación de riesgo:
 - La valoración de la situación de riesgo conllevará la elaboración y puesta en marcha de un proyecto de intervención social y educativo familiar que deberá recoger los objetivos, actuaciones, recursos y previsión de plazos, promoviendo los factores de protección del menor y manteniendo a este en su medio familiar. Se procurará la participación de los progenitores, tutores, guardadores o acogedores en la elaboración del proyecto. En cualquier caso, será oída y tenida en cuenta la opinión de estos en el intento de consensuar el proyecto, que deberá ser firmado por las partes, para lo que se les comunicará de manera comprensible y en formato accesible.
- Actuaciones en situación de desamparo:
 - El riesgo para la vida, salud e integridad física del menor. ...
 - El riesgo para la salud mental del menor.
 - También se entiende que existe desamparo cuando se produzcan perjuicios graves al recién nacido causados por maltrato prenatal.
 - El incumplimiento o el imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de guarda.
- Derechos de los menores acogidos:
 - Recibir el apoyo educativo y psicoterapéutico por parte de la entidad pública, para superar los trastornos psicossociales de origen, medida esta aplicable tanto en acogimiento residencial, como en acogimiento familiar.”

Para seguir leyendo:

Coll Espinosa, F. (2021). Procesos de atención social a familias y menores en situaciones desamparo y/o tutela. *Naciendo*, 1, 121-139. <https://doi.org/10.52961/01.WKTG2294>

4.10. “Unidades educativo-terapéuticas intensivas: proteger el apego y el vínculo madre-bebé ante el desamparo en la perinatalidad” Aseginolaza Chopitea, A. (2021)

– Extracto del artículo –

1 – Introducción

“Este documento expone las reflexiones generadas por la necesidad observada en casos de desamparo de recién nacidos/as, en base a la experiencia clínica trabajando con menores y familias dentro del ámbito de la desprotección en la provincia de Gipuzkoa, donde se pretende poner en relieve la importancia de tener en cuenta las necesidades perinatales de madres y bebés y el vínculo que se genera en la diada. Se pretende realizar una descripción del funcionamiento de los servicios sociales forales y municipales centrada en la detección y abordaje de la desprotección grave y desamparo en la infancia, pero focalizado en madres gestantes de riesgo y perinatalidad.

Para ello, sería necesario revisar y analizar los indicadores de negligencia y maltrato para esa etapa temprana del instrumento BALORA. Instrumento que avala la decisión de retirar la guarda y custodia de un bebé, y sobre el que se trabaja en el campo de la desprotección y regula las competencias forales y municipales.

2 – Conceptos relativos a la perinatalidad vinculados a la desprotección a tener en cuenta

Se define como maltrato prenatal al comportamiento de la madre/padre de tipo intencionado o negligente que se produce durante la gestación y provoca que el recién nacido/a padezca enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales graves.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

El maltrato prenatal tendrá siempre la calificación de gravedad muy elevada.

La existencia de maltrato prenatal se determinará una vez que el bebé haya nacido, debiendo existir una valoración médica que asocie el comportamiento parental durante la gestación y las enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales graves del bebé.

Debe diferenciarse el maltrato prenatal del riesgo prenatal. Mientras que el primero constituye una situación de desprotección y su presencia debe determinarse una vez que el bebé ha nacido, el riesgo prenatal se aplica al periodo de gestación. En el riesgo prenatal, los Servicios de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia deberán actuar de forma preventiva y, en cualquier caso, procederán a realizar una evaluación completa de la situación del bebé una vez haya nacido. El artículo 17.9 de la LO 1/1996 (en la redacción dada por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia) presta una atención especial al «riesgo prenatal», entendiéndose a la «falta de cuidado físico de la mujer gestante o el consumo abusivo de sustancias con potencial adictivo, así como cualquier otra acción propia de la mujer o de terceros tolerada por ésta, que perjudique el normal desarrollo o pueda provocar enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales al recién nacido».

Se valorará con gravedad muy elevada aquella situación en la que hay un bebé nacido con síndrome alcohólico-fetal, de abstinencia, daños neurológicos o resultado positivos a la presencia de drogas como consecuencia del consumo abusivo de drogas y/o alcohol de la madre durante el embarazo. La misma valoración se hará ante un bebé nacido con enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales graves que suponen una amenaza para su vida, implican incapacidad o deterioro permanente de carácter grave, o le colocan en riesgo de sufrir tal incapacidad o deterioro. Debe haber una valoración médica que relacione dichas enfermedades o anomalías con el comportamiento de la madre o padre durante la gestación.

La intervención en situaciones de riesgo prenatal reviste una gran importancia no sólo para evitar un posterior maltrato prenatal, si no también otras posibles situaciones de desprotección a las que los niños/as de corta edad son particularmente vulnerables a causa de su dependencia absoluta, su incapacidad para comunicarse a través del lenguaje o adoptar medidas de autoprotección, su «invisibilidad» social, y su menor contacto con personas ajenas al núcleo familiar. Estas circunstancias, unidas a la fragilidad física, afectiva y cerebral que caracterizan a la temprana infancia, maximizan el potencial efecto negativo de las situaciones de desprotección en el desarrollo físico y psíquico infantil.

El riesgo prenatal incluiría situaciones de parejas o mujeres gestantes que incumplen de forma reiterada y notoria las medidas higiénico-sanitarias prescritas por el personal médico para un adecuado desarrollo del embarazo (p.ej., consumo de sustancias, controles médicos, descanso, alimentación, medicación), no existiendo causas externas de fuerza mayor que lo justifiquen, o aquella gestante que consume drogas, alcohol u otras sustancias adictivas de forma abusiva, o parejas que han realizado conscientemente acciones de riesgo para la continuidad del embarazo, o gestantes que están implicadas en relaciones de pareja en las que sufren violencia física, y por último otras acciones similares propias de la mujer o de terceros tolerada por ésta, que perjudiquen el normal desarrollo o puedan provocar enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales al recién nacido.

Un tercer concepto a tener en cuenta sería la vulnerabilidad a la desprotección, haciendo relación a cuando hay antecedentes de problemas familiares o una situación de crisis, déficits o problemas en la familia que se prevé pueden afectar negativamente o limitar de forma significativa la capacidad de las figuras parentales para proporcionar un cuidado y atención adecuados al niño/a o adolescente y provocar la aparición en un futuro próximo de situaciones de desprotección. Se incluyen, por ejemplo, alto nivel de estrés, consumo no incapacitante de drogas o alcohol de los padres, madres o personas que ejercen la tutela o guarda del niño/a o adolescente, maternidad y paternidad adolescente, aislamiento social, problemas físicos, mentales o psicológicos importantes – aunque no incapacitantes- en las figuras parentales, o antecedentes de desprotección moderada hacia otros niños/as o adolescentes.

La vulnerabilidad a la desprotección detectada en el período prenatal incluiría situaciones como son: Rechazo o sentimientos negativos intensos hacia el embarazo y el futuro bebé, historia previa de desprotección hacia otros



hijos/as, historia de desprotección en la propia infancia o adolescencia, edad inferior a 20 años, limitaciones cognitivas o inmadurez, y ausencia o escasez de fuentes de apoyo, dificultades económicas o materiales significativas, exclusión o riesgo de exclusión social, presencia de trastornos psicopatológicos, síntomas de malestar psicológico (particularmente sintomatología depresiva), o problemas importantes para controlar la agresividad, inestabilidad o conflicto importante en la relación de pareja, y elevado nivel de estrés asociado al ejercicio del rol parental (por ejemplo, paternidad/maternidad en solitario, elevado número de hijos/as, otros hijos/as con enfermedades o discapacidades físicas, mentales o sensoriales).

3 – Herramienta de valoración y justificación de un desamparo”

Para seguir leyendo:

Aseguinolaza Chopitea, A. (2021). Unidades educativo-terapéuticas intensivas: proteger el apego y el vínculo madre-bebé ante el desamparo en la perinatalidad. *Naciendo*, 1, 141-147. <https://doi.org/10.52961/01.HRYY4787>

4.11. “Los costes de los problemas mentales perinatales no atendidos se traducen en consecuencias para los niños y gastos económicos para el Estado” Hernández Murillo, M. & Aseguinolaza Chopitea, A. (2021)

– Extracto del artículo –

1 – Introducción

“Los trastornos mentales perinatales son un importante problema de salud pública que deben visibilizarse y tratarse, siendo una vulneración a los derechos de las madres y sus bebés el no recibir atención; puesto que cuando no son diagnosticadas o tratadas en toda su complejidad, incluyen un sufrimiento que podría ser previsible y evitable, para la madre y para el niño(a) en desarrollo. Sabemos que la enfermedad mental perinatal puede causar un sufrimiento intenso, debilitante y generador de importante vulnerabilidad, especialmente en la madre y el recién nacido (Bauer et al. 2014).

La no atención o atención inadecuada en los trastornos de salud mental perinatal, a las madres y a los recién nacidos, genera daño en las familias en su totalidad, definen Bauer et al. (2014), ya que afecta a las relaciones que se establecen con los hijos, las parejas y el resto de familiares, teniendo un importante impacto en los niños principalmente, puesto que, si no se cuida la relación materno-filial, las consecuencias pueden afectar al desarrollo cognitivo, emocional, afectivo y social en el niño en crecimiento. Estos trastornos perinatales pueden poner en riesgo de suicidio o de lesiones graves a la madre y el recién nacido, lo que traería elevados costes económicos para una sociedad, puesto que genera un efecto de pérdida económica creado por la desatención global e interdisciplinar, ligado a los costes sanitarios, sociales, educativos, jurídicos y al impacto en términos de déficit de desarrollo de potencialidades de la infancia (Bauer et al. 2014).

Estos mismos autores encuentran que los trastornos perinatales a menudo pasan desapercibidos y no se diagnostican ni se tratan, pero cuando se detectan y es necesario el ingreso hospitalario de la madre, esto trae consigo necesariamente la separación del recién nacido y la madre. Esa separación causa irremediamente un daño en el vínculo maternofilial, poniendo en riesgo la lactancia materna y retrasando la recuperación de la madre, entre otras muchas consecuencias, lo que hace que muchas madres desistan en pedir ayuda, por temor a ser separadas de sus hijos. Sin embargo, en Reino Unido han desarrollado un sistema de asistencia a las madres con trastornos mentales perinatales, con la creación de las Unidades Madre-Bebé, que permiten ofrecer la atención médica y terapéutica necesaria, favoreciendo que permanezcan juntos las madres y sus hijos/as y reduciendo así algunos gastos a corto y largo plazo para el estado.

Bauer et al. (2014) dicen que, para crear estas unidades, se tuvo en cuenta el impacto de la enfermedad mental perinatal en las mujeres afectadas, y también el riesgo de efectos adversos en sus hijos e hijas y los costes que la no intervención adecuada generaba para el estado.



2 – Desarrollo

Según introduce Alain Grégoire en el prólogo de Bauer et al (2014, p.3), entre el 10 y 20% de las mujeres desarrollan una enfermedad de salud mental durante el embarazo o dentro del primer año después del nacimiento del bebé. Estas enfermedades se pueden desarrollar en la etapa prenatal y/o postnatal, a menudo se manifiestan repentinamente, pueden variar de leve a extremadamente grave y afectan tanto a la madre como al recién nacido.

En Reino Unido las mujeres reciben atención exclusiva para tratar estos trastornos de salud mental durante o después del embarazo. Además, han desarrollado servicios especializados para el tratamiento y contención de las enfermedades de salud mental perinatal aunque, aún más importante, es que han generado un servicio de atención y contención a la madre junto a su hijo(a), sin la separación de estos, prevaleciendo la permanencia del vínculo.

Alain Grégoire finaliza su prólogo exponiendo que la Campaña de Negocios para todos, de la Maternal Mental Health Alliance (www.everyonesbusiness.org.uk), promueve que todas las mujeres del Reino Unido deben recibir la atención especializada en salud mental que ellas y sus familias necesitan durante el embarazo y postparto, para así reducir los costes humanos y económicos que tiene para el sistema sanitario y para la sociedad.

El informe realizado por Bauer et al (2014, p.4), sobre la atención e intervención en los problemas de salud mental perinatal durante el embarazo y tras el primer año de vida, hace hincapié en el impacto económico y social que generan, puesto que con el tiempo pueden convertirse en grandes costes para el estado, en diversas áreas como salud, la educación y la justicia.

Estos autores indican que los problemas de salud mental perinatal a menudo comienzan durante el periodo prenatal y que las consecuencias van más allá de la depresión, por lo que el estudio de los costes económicos debe incluir la ansiedad, el estrés post traumático y la psicosis, entre otros.

3 – Resultados respecto a los costes de los diversos trastornos de salud mental perinatal

3.1 – Resultados generales

Según concluyen Bauer et al (2014, p.4), tomando en cuenta el conjunto de la depresión, la ansiedad y la psicosis perinatal, a largo plazo tienen un coste aproximado de 8.9 millones € al año en el Reino Unido. Esto es equivalente a un poco más de 11.000 € por nacimiento. Las tres cuartas partes (72%) de este coste se relaciona con los impactos adversos en el niño.

Además, señalan que el coste promedio que supone para la sociedad un caso de depresión perinatal se sitúa alrededor de 81.800 €. De estos, 25.400 € se relacionan con la madre y 56.400 € con el impacto que genera en los niños el hecho de que su madre no reciba un tratamiento adecuado.

Por otro lado, cuando la ansiedad perinatal se considera de forma separada de la depresión, cuesta 38.600 € por caso, de los cuales 23.200 € están destinados a atender a la madre y 15.400 € están destinados para la protección del niño.

Y finalmente estiman que la psicosis perinatal cuesta alrededor de 58.500 € por caso, pero esto es una subestimación sustancial debido a la falta de evidencia sobre el impacto que produce en los niños. En relación a la madre el coste es de 51.900 €, alrededor del doble del coste equivalente a la depresión y a la ansiedad.

Los costes totales que representan para la institución sanitaria, la depresión perinatal, la ansiedad y la psicosis, se resumen en las tablas 1 y 2.



Tabla 1

Costes totales por caso, en € (de los cuales al sector público le cuesta, en €)

	Costes totales madre	Costes totales hijo	Costes totales madre + hijo
Depresión perinatal	24.865 (1.877)	57.223 (8862)	82.088 (10.739)
Ansiedad perinatal	23.124 (4.804)	15.577 (5958)	38.701 (10.762)
Psicosis perinatal	50.639 (27.026)	5.692 (392)	56.331 (27.418)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe de Bauer et al. (2014, p.20)

Tabla 2

Costes totales promedio por alumbramiento, en € (de los cuales al sector público le cuesta, en €)

	Costes totales madre	Costes totales hijo	Costes totales madre + hijo
Depresión perinatal	1.852 (138)	5.717 (1.169)	7.569 (1.307)
Ansiedad perinatal	1.127 (236)	2.163 (763)	3.290 (999)
Psicosis perinatal	103 (53)	11 (1)	4)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe de Bauer et al. (2014, p.20)

Para seguir leyendo:

Hernández Murillo, M. & Aseguinolaza Chopitea, A. (2021). Los costes de los problemas mentales perinatales no atendidos se traducen en consecuencias para los niños y gastos económicos para el estado. *Naciendo*, 1, 149-154. <https://doi.org/10.52961/01.ZLQN6161>

4.12. “Las unidades madre-bebé / padres-bebé en Europa y las redes psiperinatales” Palau Subiela, P. (2021)

– Extracto del artículo –

1 – Introducción

“La complejidad propia de la problemática de los niños con madres o padres que presentan trastornos mentales, requiere intervenciones planificadas en función de una serie de factores: la red de recursos psiperinatales de atención disponibles en una zona geográfica, su organización, la existencia de programas de prevención ajustados a cada caso y, cuando resulten necesarias, intervenciones psicoperinatales especializadas interdisciplinarias, hospitalarias o no, para cuidar de manera conjunta de la salud de las madres y padres y de los bebés para, entre otros objetivos, proteger el desarrollo de la experiencia de apego seguro entre ambos y evitar, siempre que se pueda, el sufrimiento derivado de su separación.

Las intervenciones preventivas que pueden llevarse a cabo a lo largo del periodo de gestación, en las situaciones en las que se detectan factores de riesgo de descompensación emocional en la madre o en el padre, requieren, entre otros recursos, de una participación de la institución sanitaria mediante dispositivos especializados en salud mental perinatal, con el fin de proteger la salud mental de la madre, del feto y del bebé, tanto en la gestación, como en el parto y postparto (Fava et al. 2013).

Los dispositivos organizados para la prevención permitirán seguir cuidando de la salud mental de la madre y del bebé en el postparto, proponiendo cuando resulte necesaria, una intervención hospitalaria o ambulatoria conjun-



ta madre-bebé o padres-bebé, además de proveer de ayuda a domicilio cuando ésta resulte necesaria antes y/o después de la salida del hospital.

2 – Unidades madre-bebé en psiquiatría

El reconocimiento de las necesidades relacionales del bebé y de los efectos nefastos de la separación precoz madre-bebé condujo, hace años, por parte de los servicios de psiquiatría de diferentes países europeos como Inglaterra, Francia y Suiza, entre otros, a desarrollar procedimientos de cuidados hospitalarios que permitieran que las madres necesitadas de cuidados psiquiátricos no fueran separadas de sus bebés.

Las primeras unidades a tiempo completo se abrieron en gran Bretaña en 1948 y después en Francia en 1979. Estas unidades, que hoy en día se cuentan por decenas, aseguran las hospitalizaciones conjuntas madre-bebé o padres-bebé a tiempo completo o en hospital de día en función de la gravedad de los trastornos.

En 2002, la Asociación Marcé (<http://www.marce-francophone.fr/>) desarrollaba 17 unidades de hospitalización a tiempo completo en Francia y tres en Bélgica. En Ginebra, en 2003, el Hospital universitario inauguraba varias camas de hospitalización conjunta en una Unidad de psiquiatría de adultos. En Francia fueron los psiquiatras infanto-juveniles los que estuvieron detrás de la iniciativa de crear las unidades madre-bebé. Además de otros países, este tipo de cuidados se desarrolla en Francia, Bélgica, Suiza, en Países Bajos, Nueva Zelanda, Australia, Alemania y Luxemburgo.

En nuestro país, salvo omisión involuntaria y sin citar otros recursos disponibles que serán objeto de recuento y análisis en próximos artículos, después de una larga experiencia de atención ambulatoria formativa y asistencial con un programa de Psiquiatría y Psicología Perinatal iniciado en el año 1998, es en el año 2018 cuando el Hospital Clínic de Barcelona crea una Unidad de salud mental perinatal con un Hospital de día Madre-Bebé.

El origen de las unidades madres-bebé o padre-madre-bebé.

En 1948, en gran Bretaña, fueron hospitalizadas en el Cassel Hospital, junto a sus bebés, madres que presentaban patologías mentales moderadas de tipo ansioso y depresivo. En 1956, Douglas (citado por Dayan et al. 1999), en el contexto de un trabajo en psiquiatría de enlace con un servicio de obstetricia, acoge en el West Middlesex Hospital a las madres que presentan una esquizofrenia aguda (psicosis puerperal), atestiguando la evolución particularmente favorable de sus pacientes cuando se produce bajo esta forma de intervención que requiere no separarlas de sus bebés.

En el seno de la primera unidad madre-bebé, creada en 1959 en el Banstead Hospital, en 1961 Baker et al. (citado por Dayan et al., 1999) compara la evolución de 20 mujeres diagnosticadas de esquizofrenia aguda hospitalizadas con sus bebés, con otras mujeres con una misma patología hospitalizadas sin sus bebés. En el primer grupo se produjo un acortamiento significativo de la duración media de la hospitalización, así como una menor cantidad de recaídas a lo largo de los 6 meses siguientes, contrariamente a lo que sucedió en las madres del segundo grupo que se encontraban hospitalizadas sin su bebé (Baker et al 1961).

Todas las madres que se beneficiaron de la hospitalización conjunta pudieron conservar la guardia de sus hijos/as, contrariamente a las del segundo grupo. En 1986 en Inglaterra existían 294 plazas de hospitalización madre-niño repartidas entre 149 hospitales psiquiátricos y siete unidades madres-bebé con más de 8 plazas cada una. En el año 1996 en Francia ya existían 15 unidades madre-bebé de hospitalización completa.

También en Francia, desde los años 1970, los diferentes profesionales en perinatalidad desarrollaron colaboraciones con el fin de comprender mejor el desarrollo del niño/a y la construcción de los lazos familiares con el fin de organizar una prevención precoz. En 1986, el grupo Perinatalité, de la Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement (AFREE) (<http://www.afree.asso.fr>) se comprometió con una política de formaciones interdisciplinares apoyándose en el testimonio de padres y profesionales. El Ministerio de Sanidad francés sostiene desde entonces una acción nacional para la formación de formadores para una aproximación médico-psicológica de la perinatalidad (Nanzer 2009).

PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Los programas de formación se iniciaron en el plano europeo y promovieron el trabajo en red. Entre 2005-2007, el Plan perinatalité marcó un cambio significativo al colocar como preocupación mayor, la seguridad emocional de las mujeres gestantes.

En 1993, la OMS llamaba la atención sobre la importancia de los trastornos psíquicos gravido-puerperales y la imperiosa necesidad de desarrollar investigaciones en ese campo para proponer medidas preventivas con el fin de proteger a las madres y a sus bebés (Informe sobre los aspectos psicosociales de la salud de las mujeres, Dennerstein et al.1993).

La Guía clínica NICE [CG192] sobre el cuidado de la salud mental perinatal de las madres y de los bebés, publicada el 17 de diciembre de 2014 y actualizada el 11 de febrero de 2020, afirma que las mujeres que necesitan atención hospitalaria por un problema de salud mental dentro de los 12 meses posteriores al parto, deben ser admitidas normalmente en una unidad especializada de madres y bebés, o padre-madre-bebé, a menos que existan razones específicas para no hacerlo. Se deben establecer redes clínicas para los servicios de salud mental perinatal, administradas por una junta coordinadora de profesionales de la salud, comisionados, gerentes y usuarios y cuidadores de servicios. Los servicios especializados para pacientes hospitalizados perinatales deben proporcionar: instalaciones diseñadas específicamente para madres y bebés (generalmente con 6-12 camas); ser atendidos por personal especializado en salud mental perinatal; contar con personal para brindar atención adecuada a los bebés; tener un enlace efectivo con los servicios médicos y de salud mental generales; tener disponible la gama completa de servicios terapéuticos; y estar estrechamente integrado con los servicios de salud mental basados en la comunidad para garantizar la continuidad de la atención y la duración mínima de la estancia (NICE 2020).

Sensibilizada con la importancia de especializar a profesionales preparados para cuidar adecuadamente, desde la interdisciplinariedad, el sufrimiento psíquico perinatal en hospitales, clínicas y escuelas infantiles, en el año 2007, ASMI WAIMH España, en colaboración con la Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (AEPEA) (<https://www.aepea.org>), acordó con la Universidad de Valencia organizar los primeros estudios universitarios oficiales de especialización en psicología y psicopatología perinatal e infantil. A raíz de ese acuerdo, promovidos, organizados y coordinados por ASMI, en colaboración con la Universidad de Valencia, en el curso 2011-2012 se implantó el primer Máster Oficial en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil, y en el curso 2011-2012, el primer Programa de Doctorado en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil. Primeros estudios oficiales de postgrado, referentes en España y en Europa, en los que participaron como docentes unos 80 especialistas de primer nivel, procedentes de Europa y Latinoamérica, hasta el curso 2019-2020."

3 – Evolución de las prácticas en la historia de una red en psiperinatalidad desde los años 1970 a nuestros días"

Para seguir leyendo:

Palau Subiela, P. (2021). Las unidades madre-bebé / padres-bebé en Europa y las redes psiperinatales. *Naciendo*, 1, 177-191. <https://doi.org/10.52961/01.JIDG5896>

4.13. "De las Frühe Hilfen a las unidades madre-bebé. El modelo alemán para el apoyo durante los primeros años de vida" Moral, J. (2021)

– Extracto del artículo –

2 – Las Unidades Madre-Bebé en Alemania

2.1 – Introducción

"Para que se lleve a cabo una adecuada atención de los niños con madres con patología mental, son necesarias tanto las ayudas de prevención universales y selectivas que hemos comentado previamente, como las medidas de prevención indicadas (dirigidas a madres con patología mental). Entre las muchas variantes de esta, son las



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Unidades Madre-Bebé las formas de prevención más intensiva y multimodal para este tipo de población. Como Unidades Madre-Bebé se entiende el tratamiento a tiempo completo en plantas de psiquiatría de madres con algún tipo de trastorno mental en el puerperio, en compañía del recién nacido o del hijo, hasta una edad temprana (generalmente hasta 3 años).

Las ofertas terapéuticas, pedagógicas, personales o de espacio, así como el concepto y el número de camas difiere mucho entre hospitales o clínicas. La creación de este tipo de unidades tuvo lugar en Inglaterra a inicio de los años 50, en analogía a los Rooming-in de los servicios de ginecología y pediatría. La razón de su constitución fue la experiencia del empeoramiento de la enfermedad mental de las madres y los trastornos graves en la relación de las madres con sus hijos.

En Alemania no fue hasta mediados de los años 70 cuando se constituyeron las primeras Unidades Madre-Bebé en las clínicas psiquiátricas. Esto tuvo lugar en unas pocas clínicas y el ingreso de las madres con bebés fueron casos aislados. Los factores que promovieron el aumento de números de camas y el desarrollo y la mejora de programas de tratamiento multimodales fueron, entre otros, los avances en la investigación en la teoría del apego y la creación de la sección alemana de la sociedad internacional Marcé, sociedad internacional para la salud mental perinatal.

2.2 – Estudios nacionales

Son dos los estudios realizados hasta la fecha en los que se evalúan las Unidades Madre-Bebé a nivel nacional en Alemania. Para este trabajo me centraré en el número de plazas a disposición y en sus estructuras. Para un estudio más profundo de su metodología y fines, me remito a los propios estudios que se encuentran en la bibliografía.

En el año 2007 el grupo de trabajo sobre la calidad del tratamiento Madre-Bebé de la sección alemana de la Sociedad Marcé, llevó a cabo el hasta entonces primer recuento nacional de la situación de las Unidades Madre-Bebé en Alemania (6). Objeto de estudio fueron todos los servicios psiquiátricos hospitalarios (hospitales universitarios, clínicas psiquiátricas o plantas de psiquiatría en hospitales generales). De un total de 470 instituciones respondieron 173, de las cuales 74 (68 hospitales y 6 hospitales de día) disponían de algún tipo de Unidad Madre-Bebé. De estas 68 clínicas había de media 3,6 camas a disposición, con un máximo de 12 camas y un mínimo de 1. De este modo, en el año de la muestra, había un total de 134 camas en unidades Madre-Bebé a nivel nacional. A esto se añadía las 23 de los hospitales de día, con un total de 157 camas para madres con algún tipo de trastorno de postparto con sus hijos. Partiendo de los datos de prevalencia de finales de los años 90, se calculó que en Alemania sería necesario un total de aprox. 750 plazas (tanto de hospital de día como de planta), con lo que un 21% de los casos estarían adecuadamente cubiertos.

El segundo estudio (7) tuvo lugar en el año 2012, a través de un equipo multicéntrico de diferentes estados federados alemanes, coordinados por la unidad de psiquiatría y psicoterapia del hospital de Magdeburgo. En éste se evaluaba la asistencia, así como la financiación de Unidades Madre-Bebé para el tratamiento de los trastornos mentales asociados al embarazo en toda Alemania. El muestreo se realizó apoyándose en el artículo anteriormente comentado. En este caso, participaron un total de 199 clínicas, de las cuales un 80% eran clínicas de psiquiatría adulta, 13% de psiquiatría infantil y un 7% no dieron información al respecto. A diferencia del anterior estudio, en éste se diferenció entre la oferta única de Rooming-In y la existencia de un específico tratamiento Madre-Bebé. De las 199 clínicas, 113 disponían de un Rooming-In, pero sólo 73 de un tratamiento específico Madre-Bebé. De las 134 plazas se pasó en este muestreo a 126, porque a pesar de que se constituyeron 10 nuevas clínicas, 20 cancelaron sus unidades Madre-Bebé. La mayoría de las clínicas disponían de 1 o 2 camas, el 34% de ellas trataban menos de 10 pacientes al año y 41% podían realizar un ingreso en menos de 14 días. En total sólo 14 clínicas disponían de Unidades Madre-Bebé con programas terapéuticos estructurados, supervisión especial, 3 o más camas y más de 10 pacientes al año. Estas 14 Unidades ofrecían un total de 71 camas, que tratarían 545 pacientes al año, con una media de 44 días. Esto implicaría que sólo un 10% de madres con un trastorno mental grave, con indicación de un ingreso hospitalario, podrían acceder a un tratamiento específico para su patología.

La causa principal de la falta de camas en ambos estudios es el deficiente marco de financiación para Unidades Mamá-Bebé, con altas exigencias estructurales, así como el déficit de formación específica del personal.



2.3 – Prevalencia Asociación Schatten & Licht y de la sección alemana de la Sociedad Marce

Además de los muestreos de estos estudios nacionales, hay dos asociaciones que cuentan con información actualizada de clínicas que disponen de Unidades Madre-Bebé.

La organización «Schatten & Licht» (Sombras y Luz) está dedicada a la ayuda a mujeres con algún tipo de trastorno postparto. En su página web ofrece una lista con todas las instituciones psiquiátricas a nivel nacional en las cuales ofertan plazas para tratamiento Madre-Bebé. Esta lista sirve de ayuda para las madres, al ofrecer un buscador organizado por códigos postales. Al ser una asociación reconocida nacionalmente, son las propias instituciones las que entran en contacto con ella, ofreciendo la información de sus servicios. Esta lista es actualizada anualmente (8). Según los datos de ésta, un total de 74 clínicas en Alemania disponen de algún tipo de Unidad de ingreso Madre-Bebé, ofreciendo un total de 183 plazas y 52 de hospital de día. La forma de tratamiento y estructura son muy diferentes, habiendo unidades únicamente dedicadas a la atención de madres e hijos, con un total de 6 y 8 camas. La mayoría de los casos son servicios de psiquiatría, que ponen a disposición una o dos camas para el tratamiento de la patología posparto y de la interacción madre-hijo. La mayoría de las unidades se han creado a partir del año 2000 y la edad media máxima de los niños es de 1 a 2 años (entre 6 meses y 6 años). Hay un total de 235 plazas.

Datos similares ofrece la sección alemana de la Sociedad Marcé para la salud perinatal (9). La lista fue actualizada en el año 2019 y, al igual que la anterior, especifica tanto el número de camas como las opciones terapéuticas y el modo de ingreso. Esta lista suma un total de 201 plazas de ingresos y 65 de hospital de día, sumando un total de 266 plazas. Estos datos son solo orientativos, basados en los números de plazas que indican las listas, habiendo casos en los que no son especificados o que son variables. Igualmente son similares y remarcan en comparación al primer estudio, menos específico, un aumento sensible del número de camas durante la última década.”

Para seguir leyendo:

Moral, J. (2021). De las Frühe Hilfen a las unidades madre-bebé. El modelo alemán para el apoyo durante los primeros años de vida. *Naciendo*, 1, 193-198. <https://doi.org/10.52961/01.MYGX3373>

4.14. “Consideraciones y propuestas de la Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia CONECTA PERINATAL para el cuidado de la salud mental Perinatal y de la Familia en España” CONECTA PERINATAL (2021)

– Extracto del artículo –

Justificación de las propuestas:

La salud mental perinatal es el núcleo central desde el que adquieren sentido y alrededor del cual, han de pivotar buena parte de las políticas de protección, promoción y prevención de salud mental de la población a lo largo de todo el ciclo vital. Contamos con estudios que señalan que la transición a la maternidad/parentalidad y la crianza, se benefician del apoyo y orientación de servicios y profesionales cualificados. Profesionales y servicios que se tornan imprescindibles cuando las y los progenitores padecen alteraciones mentales o su bienestar emocional está en riesgo. Por otra parte, una visión de la infancia incluso desde los primeros meses, como un periodo vital exento de riesgos y de alteraciones psicológicas y mentales, se aleja de la realidad científica. A su vez, la salud mental infantil se encuentra íntimamente relacionada con una maternidad/parentalidad psicosaludable y no hemos de olvidar que los bebés y los niños de hoy serán las madres y los padres del mañana.

Las cifras sobre el gasto en servicios y atención especializada en salud mental, durante la crianza y en la primera infancia, no dejan lugar a dudas de que invertir en salud mental perinatal, es una prioridad del más alto nivel y un derecho de los niños y sus padres. Invertir en políticas activas de promoción de la salud mental desde antes de la concepción hasta los primeros años de vida, con intervenciones universales, selectivas e indicadas, con sensibili-



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

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

Definición de la salud mental perinatal:

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

En su dimensión biopsicosocial la salud mental perinatal incluye a la madre, al bebé, al padre, así como a la familia, y requiere ser cuidada desde la época antenatal a la postnatal hasta, al menos, los 2 años del niño o niña nacido/a.

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

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

¿Qué es CONECTA PERINATAL?

CONECTA PERINATAL es una Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia que tiene por objetivo agrupar al mayor número de asociaciones nacionales e internacionales hispanohablantes de usuarios, sociedades científicas y asociaciones, federaciones y confederaciones públicas y privadas sin ánimo de lucro, para favorecer de manera continuada una auténtica priorización de las políticas públicas relacionadas con el periodo perinatal y, especialmente, de su dimensión psíquica.

Aspira a favorecer el desarrollo de una atención adaptada y sostenida a las familias con la sensibilización y unión de todos los profesionales cuidadores de ese periodo facilitando una unión interdisciplinar e interinstitucional.

También aumentar el conocimiento internacional, la conciencia y la acción en favor de la salud mental materna y su papel fundamental en el desarrollo infantil y dar a conocer los elevados costos humanos y económicos de una falta de atención perinatal especializada en salud mental cuando resulta necesaria y proponer soluciones basadas en la evidencia.

Vulnerabilidades, factores de riesgo y prevención en salud mental perinatal

1°. - Las situaciones perinatales generadoras de sufrimiento emocional y las enfermedades mentales perinatales son un importante problema de salud pública, aunque parece estar invisibilizado en muchos países, incluido el nuestro. La salud mental perinatal tiene repercusión directa en el seno de toda la familia, especialmente en la madre y el recién nacido. El buen cuidado de la salud mental de la madre desde la gestación protege tanto a la madre, al bebé y a la familia, de problemas de salud, de salud mental en madre y bebé y permite un óptimo desarrollo psicosocial de ambos. Sin embargo, la desatención de la salud mental perinatal trae consigo consecuencias nocivas para la salud parental, conductas o patrones que repercutirán negativamente en la madre, en el apego madre-hijo, como comportamientos hostiles, intrusivos o desconectados emocionalmente, entre otros, que tendrán consecuencias directas y potencialmente perjudiciales a corto y mediano plazo en los niños y en las niñas.

Según estudios, esto se traducirá en un gasto económico extremadamente alto de recursos sanitarios, sociales y judiciales en algunos casos, a corto, medio y largo plazo, donde el 28% de los costes adicionales en tratamientos de trastornos psíquicos perinatales requerirá ser destinado a la madre y el 72% a los hijos de estas madres durante todo su desarrollo. Huelga señalar que esto impactará no sólo en su salud mental a lo largo de la vida sino también en la crianza de sus propios hijos cuando lleguen a la edad adulta, convirtiéndose la falta de atención a la salud mental perinatal en un factor que perpetúa no sólo el padecimiento de una parte importante de la población sino la desigualdad de oportunidades y derechos.

PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Actualmente, la carencia de servicios psiperinatales⁴⁵ especializados trae consigo un déficit de recursos de prevención y de detección, tiempos más largos de recuperación para las mujeres y, en algunas ocasiones, una separación más larga entre las madres y sus hijos, lo que genera mayores dificultades de apego, mayor daño en la relación madre-bebé, mayor alteración en la conducta y desarrollo de los niños y mayores gastos para el Estado.

En diversos países europeos, pioneros en el cuidado de la salud mental perinatal, se ha venido constatando, a lo largo de las últimas décadas, los grandes beneficios que genera en el campo de la salud y de la economía de un país, disponer de planes nacionales de salud mental perinatal con programas, recursos y dotaciones económicas específicas destinadas a la prevención y la atención del sufrimiento perinatal.

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

Los datos obtenidos en los estudios realizados en el Reino Unido avalan de manera fehaciente los resultados satisfactorios en la salud mental de madres e hijos atendidos en la etapa perinatal de manera intensiva y especializada. La apuesta por la inversión económica inicial en la implantación de dichos recursos compensa de manera evidente y se recupera a medio y largo plazo no sólo en el terreno de la salud mental sino también en toda la estructura socioeconómica.

2°. - La gestación no supone un estado protector para la salud mental de la mujer. Esta es más vulnerable al estrés y el puerperio es un período con especial incidencia en la aparición de patología psíquica. La no detección de ésta, o un tratamiento inadecuado, pueden conllevar a una evolución negativa del embarazo y el parto, un impacto negativo en el desarrollo del bebé, del niño y la niña, distorsiones y alteraciones en el vínculo materno-filial y, por lo tanto, en la vida de pareja y familiar.

Para que la prevención y la detección precoz se lleven a cabo adecuadamente, resulta esencial ofrecer una atención integral y multidisciplinar en esta etapa, mediante la coordinación y colaboración entre los sectores de salud mental, salud pública y otros del ámbito social. La realidad actual es que existen muy pocos recursos preventivos y asistenciales en salud mental perinatal. El miedo al estigma por parte de la madre y el padre, el temor a actuaciones institucionales y en ocasiones, la falta de formación especializada de los profesionales hace que, generalmente, las pacientes no pidan ayuda y tratan de no manifestar sus problemas emocionales, por lo que sólo se diagnostica una minoría de casos

Por ello, es imprescindible que se lleven a cabo procedimientos de detección sistemática, así como protocolos de intervención en red de cuidados sanitario-sociales coordinados entre diferentes niveles de prevención y atención y por diferentes profesionales.

3°. - El puerperio supone para la mujer una etapa de gran vulnerabilidad debido a los cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales, lo que predispone a la aparición de trastornos psíquicos. En relación con el sufrimiento emocional materno, hay evidencia de que el malestar emocional, la ansiedad y la depresión pueden alterar el neurodesarrollo del embrión y del feto y afectar a la madre en su sensibilidad y sintonía con el bebé, pudiendo verse comprometido el engranaje inicial en el cual se apoya el vínculo temprano mamá-bebé.

La sensación de culpa de las madres, en un momento supuestamente tan feliz, y la rigidez de las clasificaciones de los manuales generales de diagnóstico, dificulta la correcta detección y diagnóstico de la clínica puerperal. Esto es especialmente grave, si atendemos a que actualmente, existe un infra diagnóstico (50-75%) en la depresión postparto.

La alta prevalencia de los trastornos mentales en el postparto pone de manifiesto la necesidad de que el tratamiento de la depresión y de la psicosis puerperal, entre otros padecimientos como son las pérdidas perinatales

⁴⁵ El término psiperinatalidad, fue acuñado por Michel Dugnat, psiquiatra perinatal, presidente de la Alianza Francófona por la Salud Mental Perinatal (<https://alliance-psyperinat.org/>)



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

pre y postparto, los partos traumáticos, las experiencias psicosociales que elevan el riesgo de vulnerabilidad emocional, etc., se constituya como un eje principal de la intervención en la asistencia sanitaria pública.

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

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

Si tras el parto no se inicia el contacto piel con piel de la madre con su bebé, en el periodo sensible de las dos primeras horas, se dificulta el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. Para que esto pueda realizarse, son necesarias sensibilización, formación y coordinación entre todos los profesionales que vayan a atender a la mujer en el parto.

Está demostrada la asociación de depresión postparto con el parto por cesárea y la interrupción de la lactancia materna, por lo que es vital trabajar en la línea de la detección y tratamiento precoz de psicopatología puerperal en los casos de cesárea, así como favorecer el contacto piel con piel inmediato para la instauración de una lactancia materna exitosa siempre que la madre así lo quiera.

5°. - Expuesto al sufrimiento parental perinatal, el bebé experimenta a menudo, como consecuencia directa de ello y desde los primeros días de su nacimiento, alteraciones de su conducta y de su salud que se manifiestan muy precozmente revelando la existencia de un sufrimiento emocional compartido en el contexto de la interacción madre-padre-bebé, que puede comprometer seriamente su desarrollo. La falta de especialización en psicopatología perinatal e infantil temprana y de formación en psicoterapia de la diada madre-bebé y de la triada padre-madre-bebé conlleva una falta de detección y asistencia psicoterapéutica muy temprana que debe prestarse ante los primeros signos de sufrimiento psíquico que pueden presentarse en el bebé desde sus primeros días de vida.

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

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

Además, el hecho de perder la custodia de los hijos conlleva un efecto negativo en la psicopatología de la mayoría de las mujeres estudiadas que tenían un trastorno mental. A partir de esta situación, estas madres estuvieron internadas para su recuperación más tiempo y mostraron un mayor sufrimiento que se perpetuó con el paso de los años.

Se observa que, en estas mujeres, al duelo por la pérdida del hijo se agrega un duelo no elaborado por la pérdida de su rol y sus derechos como madre. El tratamiento de la madre con enfermedad mental ha demostrado su utilidad en diferentes modalidades y países, donde se aborda la hospitalización conjunta en unidades madre-bebé cuando existe un riesgo en el cuidado del bebé.

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

7°. - Así mismo, las investigaciones muestran que las separaciones tempranas de las madres y sus bebés en la primera infancia producen efectos a largo plazo en los niños y adolescentes, en sus capacidades de autorregulación emocional (afectando a la función del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal), en su paradigma de vinculación adulta, capacidades cognitivas, sociales y emocionales. Igualmente se encuentra relación entre la falta de disponibilidad materna en los primeros años y un patrón de apego desorganizado, lo que se relaciona con mayor vulnerabilidad a la psicopatología infantil y adulta.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Las conductas de apego y el proceso de vinculación componen un paradigma de marco referencial para la comprensión de las dinámicas que acontecen en la primera infancia y que tienen una repercusión a medio y largo plazo, por lo que contribuye a la comprensión de los procesos mentales y de la intervención psicoterapéutica. Siendo unos conceptos que emergieron de la observación clínica, se han encontrado sustratos neurofisiológicos que avalan, con suficiencia metodológica, las conclusiones de la teoría del apego y fundamentan la denominación de «nuevo paradigma» para la interacción madre-bebé. Destaca la importante función de la oxitocina para establecer el apego humano, apareciendo la acción de otras sustancias como las feromonas y los corticoides. Así mismo, se han constatado que las interacciones tempranas moldean los circuitos neuronales mediante un complejo entramado de mecanismos neuropsicológicos que se ponen en juego tanto en el niño como en la madre.

Ofrecer un sostén adecuado para establecer, mejorar y reparar el vínculo en la diada, junto con la intervención temprana interdisciplinar, se hace imprescindible. Invertir en la promoción del bienestar familiar en las primeras etapas es una prevención eficaz para la psicopatología infantil posterior. Se constata también que se hacen necesarios más estudios longitudinales frente a los retrospectivos, para evaluar los efectos a largo plazo de las separaciones.

Legislaciones, realidades sociales y recursos sociosanitarios

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

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

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

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

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

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

10°. - En España, ninguna de sus comunidades y ciudades autónomas dispone de un sistema específico para la atención a la salud mental perinatal, entendiéndose por tal un conjunto completo y organizado de objetivos, actu-



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

aciones y recursos coordinados. Esta es la primera conclusión del estudio en el que se han revisado 22 planes y estrategias de salud mental de las comunidades autónomas.

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

11°. - Los Servicios Sociales de Atención Primaria representan el punto central sobre el que pivotan, tanto en la detección como en la intervención, el resto de los servicios que integran el sistema de atención y protección a la infancia y la adolescencia.

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

Entre estos principios merecen destacarse los siguientes:

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

12°. - De manera general, las actuales miradas sobre la perinatalidad, llevadas a cabo desde la psicopatología perinatal y desde la política de bienestar social y protección a la infancia, no siempre confluyen en relación con la toma de decisiones que conducen al decreto de una situación de desamparo.

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

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



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

Los avances de la psiperinatalidad en Europa y en España

13°. - La evidencia científica generada por los desarrollos sociosanitarios contemplados en los planes nacionales de salud mental perinatal y los beneficios que éstos han generado en la protección de la salud mental materna, paterna e infantil, en las últimas décadas, desde el periodo periconcepcional, en numerosos países europeos, señala comparativamente las graves carencias aun existentes en España en materia de recursos interdisciplinarios especializados en psiperinatalidad. También pone de relieve las graves consecuencias para la salud mental perinatal y de la familia que representan las acciones unilaterales y disociadas emprendidas por instituciones no integradas en redes sociosanitarias adaptadas a las necesidades de las gestantes, madres, padres, embriones, fetos, bebés, niños, niñas y familias y conforme a Planes Nacionales de salud mental perinatal actualmente inexistentes en nuestro país.

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

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

14°. - Según la información de que disponemos hoy, en España no existen planes específicos de salud mental perinatal y solo algunas actuaciones parciales relacionadas con la misma; tampoco existen redes perinatales públicas interdisciplinarias, mientras solo se dispone de una Unidad madre-bebé de hospitalización de día.

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

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

15°. - Los modelos que representan los avances llevados a cabo en muchos países europeos, tanto en materia sociosanitaria como legislativa y social, desarrollada en los planes de salud mental perinatal estatales o regionales, así como la existencia de una legislación estatal en materia de protección a la infancia y a la familia efectiva, y específica en el campo de la salud mental perinatal, que incluye a la madre, al padre, al bebé y a la familia, desde el periodo periconcepcional, representan la evidencia y la experiencia sobre la que impulsar una legislación más específica en España, así como unos planes psiperinatales que contemplen la dotación de recursos especializados y la formación especializada en salud mental perinatal de las necesarias redes interdisciplinarias, que incluyan tanto recursos públicos como privados accesibles a la población necesitada de sus cuidados.

PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

16°. - El campo de la psiperinatalidad, en el que resulta esencial ofrecer unos cuidados basados en la interdisciplinariedad mediante una fuerte organización en red de los servicios y recursos disponibles, adaptados a las necesidades de las madres, padres y bebés en cada región, ha evolucionado de manera considerable en muchos países europeos desde los años 70, siendo en Gran Bretaña dónde en el año 1948 fueron hospitalizadas en el Cassel Hospital, junto a sus bebés, madres que presentaban patologías mentales moderadas de tipo ansioso y depresivo, y dónde en el año 1956, en el contexto de un trabajo en psiquiatría de enlace con un servicio de obstetricia, se acogió en el West Middlesex Hospital a madres que presentaban una esquizofrenia aguda (psicosis puerperal), atestiguando entonces la evolución particularmente favorable de sus pacientes cuando se producía bajo esta forma de intervención que requería no separarlas de sus bebés.

17°. - El primer tiempo de los cuidados desarrollados por los países europeos pioneros en salud mental perinatal se centró en la salud mental de la madre, el segundo tiempo en la madre y el bebé y en el actual y tercer tiempo, en la familia en la que se encuentran incluidos la madre, el padre y el bebé, siendo aquella la que debe recibir los cuidados antes y después de la gestación para asegurar la mejor evolución posible de la salud mental perinatal.

Así pues, el nuevo paradigma de la atención a la salud mental perinatal incluye de manera decidida a la familia y subraya la importancia de cuidar a la futura madre y al futuro padre desde la época periconcepcional y en los primeros tiempos del feto y del bebé que fueron, puesto que la epigenética evidencia el riesgo de padecer y de transmitir los efectos de las experiencias generadoras de estrés o sufrimiento experimentado por la madre, por el padre y por el bebé, pudiendo llegar a comprometer, en algunos casos, la salud de varias generaciones.

18°. - Una atención sociosanitaria adecuada requiere, al menos, del estrecho seguimiento de la salud mental de la madre y del padre en la entrevista psiperinatal del cuarto mes, obligatoria en algunos países avanzados y de las entrevistas precoces del 2° y 5° mes tras el parto; de unos cuidados centrados en los primeros 1000 días del bebé, desde la época periconcepcional; así como de unas redes psiperinatales que coordinen los recursos sociosanitarios para cuidar a las madres y padres con enfermedad mental o sufrimiento emocional, procurando no separar a las madres de su bebé y, cuando no resulta posible mantenerles unidos, acompañándolas de manera cercana y muy cuidadosa en el doloroso proceso de la separación, sosteniéndolas, permitiéndoles conocer y visitar el lugar de acogida de su bebé y facilitarles su seguimiento cuando éste necesita ser cuidado por terceras personas. El dolor emocional de la madre y del padre requiere ser atendido siempre de manera adecuada y especializada.

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

19°. - Dentro de los diferentes modelos europeos, Alemania dispone de una potente red perinatal interdisciplinar, pública y nacional, concebida por el Centro Nacional para las Ayudas Tempranas (Nationales Zentrum Frühe Hilfen) y de aproximadamente 200 plazas en Unidades Madre-Padre-Bebé a tiempo completo (de las cuales 71 ofrecen un programa de psicoterapia específico para la diada madre-bebé) y más de 50 de hospitalización de día. El foco de la Nationales Zentrum Frühe Hilfen es la búsqueda de una mejora de la financiación y de la coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales, mejorando entre otras cosas el acceso a estos programas de intervención temprana a las familias con algún tipo de patología mental, incluyendo a las redes de salud en la cooperación con las Frühe Hilfen. Estos programas, al igual que los programas franceses y británicos, podrían orientarnos para mejorar la coordinación entre nuestro sistema de salud y servicios sociales, apoyándonos en estos modelos robustos que llevan atendiendo e investigando esta misma problemática desde ya hace muchos años.

En síntesis

1°.- Resulta de primera importancia la creación de redes sociosanitarias perinatales interdisciplinares públicas, la creación de planes nacionales en salud mental perinatal, programas sociosanitarios especializados en psiperinatalidad, la formación en salud mental perinatal de los equipos interdisciplinares y, entre otras acciones, la creación



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

de unidades madre-padre-bebé que aseguren la prevención y el apoyo a las madres en dificultad, a los padres y a sus bebés desde el momento de la gestación y el nacimiento hasta al menos los 3 años, así como una mejor adaptación y aplicación de las actuales leyes nacionales y regionales relacionadas con los cuidados de la salud mental perinatal de la madre, del padre y de su bebé.

La prevención, desde antes de la concepción y a lo largo de toda la gestación, así como el seguimiento de la salud materna, paterna y del bebé en el postparto, en los meses y años siguientes, debe abarcar a la totalidad de la población de un país y no sólo a las madres y padres con trastorno mental o situaciones de especial sufrimiento emocional.

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

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

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

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

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

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

Las alianzas que se van tejiendo en diferentes lugares del mundo, como son la Alianza Global por la salud mental materna, la Alianza Británica por la salud mental materna, la Alianza Francófona por la salud mental perinatal, la Alianza Canadiense y la Alianza Hispanohablante por la salud mental perinatal y de la familia CONECTA PERI-



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

NATAL, representan una gran esperanza para fomentar los necesarios cambios, que requieren de importantes esfuerzos científicos, sanitarios, sociales y económicos, basados en planes nacionales, que doten de los recursos económicos necesarios y de la sensibilización y formación de todos los actores implicados en el cuidado de la salud mental perinatal y de la familia.

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

Para seguir leyendo:

CONECTA PERINATAL (2021). Consideraciones y propuestas de la Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia CONECTA PERINATAL para el cuidado de la salud mental Perinatal y de la Familia en España. Naciendo, 1, 216-224. <https://www.cairn-mundo.info/revista--2021-1-page-216.htm>.



05 LA SALUD MENTAL PERINATAL, INFANTIL Y PARENTAL ¿NO DEBE DE CUIDARSE CON ESMERO Y DE MANERA ESPECIALIZADA EN LAS SEPARACIONES FORZOSAS?

¿Inutilidad de los informes psiquiátricos y psicológicos en procesos de custodia y maltrato institucional a familias? ¿Los psiquiatras y los psicólogos clínicos que intervienen aplican los conocimientos y las recomendaciones seguidas por los países avanzados en materia de salud mental perinatal para procurar evitar a toda costa la separación madre-bebé? ¿Estos especialistas disponen de una formación o especialización en salud mental perinatal e infantil? ¿En España no son necesarios los jueces para activar una retirada, como sí sucede en otros países? ¿Sólo es necesario un técnico de los servicios sociales para activar la retirada de un bebé?

Este apartado recoge las denuncias de familias afectadas y de profesionales de la salud de España sobre el desamparo que sufren los padres y las madres ante la actuación de la administración que, con frecuente y evidente falta de interés por tener en cuenta y proteger la salud mental de los padres y de los niños, actúa separándolos de sus familias sin valorar suficientemente los informes de los especialistas facultados para proteger su salud: los Psicólogos Clínicos y los Médicos Psiquiatras formados o especializados en salud mental infantil y perinatal. Generando, de este modo, un maltrato institucional a los bebés, a los niños y a las niñas, a su madre y a su padre, así como un alto riesgo de alteración grave de la salud mental de todos ellos con efectos a corto, medio y largo plazo. La denuncia de los profesionales y de las familias pone en evidencia que, en la mayoría de los casos, la administración no tiene en cuenta, con suficiente eficiencia, eficacia y rigor los conocimientos clínicos y científicos actualmente disponibles para la prevención del sufrimiento emocional y de la enfermedad mental asociada al mismo.

5.1. "Observaciones sobre la inutilidad de los informes psiquiátricos y psicológicos en procesos de custodia. ¿maltrato institucional a familias⁴⁶?" Crespo Arce, M. E, Pérez del Río, F., Markez Alonso, I., Pascual Marijuan, R. (2020).

– Extracto del artículo –

Introducción

Los Menores atendidos por el sistema de protección fueron 47.493 en el año 2017 y los acogimientos residenciales fueron de 17.527 menores en ese año, según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018).

46 Crespo Arce, M. E, Pérez del Río, F., Markez Alonso, I., Pascual Marijuan, R. (2020). Norte de salud mental, 2020, vol. XVII, nº 63: 100-106.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

El primer problema lo encontramos en la propia Declaración de Desamparo. La definición de desamparo la hallamos en el párrafo segundo del artículo 172.1 del Código Civil: "Se considera como situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando estos queden privados de la necesaria asistencia moral o material". Se materializa en una resolución administrativa emitida por un solo órgano de competencia autonómica, en virtud de la cual se retira a un hijo, de forma "cuasi abrupta", del entorno y crianza de su familia. El representante de la Administración, acompañado o no de Policía, irrumpe, por ejemplo, en el colegio, en un centro médico, en el hospital, en otros lugares públicos o, en el portal de casa, recoge físicamente a los menores y se los lleva consigo.

En segundo lugar, esta retirada, que ha sido inminente, se convierte, sin embargo, en un largo proceso a la hora de devolver al hogar a ese niño. Recuperar al hijo exige, en muchas ocasiones, recurrir judicialmente la decisión. Pero dada la lentitud que sufre la Justicia en nuestro país, este proceso se suele alargar durante años. Este procedimiento es declarado preferente en la Ley de Enjuiciamiento civil, sin embargo, los plazos son con frecuencia muy prolongados y, por consiguiente, es un tiempo en el que el niño ve interrumpida y cercenada gravemente la convivencia con sus padres biológicos.

En tercer lugar, y en el caso de que los padres recurran judicialmente con la intención de recuperar a su hijo, el sistema judicial exigirá a la familia demandante una prueba que demuestre que son "buenos padres" y que están "rehabilitados de nuevo" para educar a sus hijos, pruebas que, resultan de cuasi imposible demostración. En este sentido, como expondremos a continuación, consideramos que, paradójicamente, los padres están "desamparados" en el proceso de recuperación de sus hijos.

Proceso de diagnóstico y retirada

El artículo 18 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor (modificada por la Ley 26/2015, de 28 de julio), remite al artículo 172 del Código Civil. El artículo 172.1 del Código Civil, establece:

"La entidad pública a la que, en el respectivo territorio, esté encomendada la protección de los menores, cuando constate que un menor se encuentra en situación de desamparo, tiene por ministerio de la Ley la tutela del mismo y deberá adoptar las medidas de protección necesarias para su guarda, poniéndolo en conocimiento del Ministerio Fiscal, y notificando en legal forma a los padres, tutores o guardadores, en un plazo de cuarenta y ocho horas. Siempre que sea posible, en el momento de la notificación se les informará de forma presencial y de modo claro y comprensible de las causas que dieron lugar a la intervención de la Administración y de los posibles efectos de la decisión adoptada.

Se considera como situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando estos queden privados de la necesaria asistencia moral o material. La asunción de la tutela atribuida a la entidad pública lleva consigo la suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria".

Se sobrentiende que el interés del menor es "un bien supremo", de tal modo que cada decisión que se inspire en este principio debe realizarse con objetividad e imparcialidad exquisitas. Sin embargo, dicho de manera sucinta, hemos comprobado que en no pocas resoluciones administrativas que declaran el desamparo de un menor se utilizan argumentos poco claros, muy debatibles, y se repiten fórmulas estereotipadas, eso que coloquialmente llamamos un "corta y pega":

Falta de habilidades parentales en los progenitores, falta de conciencia de estas limitaciones para el cuidado del menor; ausencia de reconocimiento de sus dificultades; negligencia en higiene y alimentación; inestabilidad emocional de los progenitores; precariedad.

En fin, un texto que, en muchas ocasiones, carece de concreción, y dificulta, por tanto, la defensa frente al mismo. Precisa ser modificado.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

La pregunta que nos convoca es si las razones expuestas unas líneas arriba son hechos tan graves como para que se puede privar a un hijo de la convivencia con sus padres. Apuntamos al lector que, según el art. 18. 2 de la Ley 1/1996, de desamparo, sin embargo, la precariedad económica de la familia y las consecuencias que ello conlleva es, en muchas ocasiones, una circunstancia determinante para que la administración decida que un niño está en situación de desamparo.

Una vez declarados en desamparo, los niños van a casas de acogida y las Administraciones otorgan a estas organizaciones cuantiosas sumas de dinero al mes por cada menor. Nos preguntamos por qué no conceden esas mismas ayudas económicas y apoyos humanos a los padres si la cuestión reside en una situación de desempleo o precariedad, como, en muchas ocasiones, subyace en sus propios informes. De forma repetida observamos que se hace todo por el niño, pero sin la familia, como “si fuera un ente separado”.

Los servicios de protección al menor realizan un informe del comportamiento de los padres, una valoración psicosocial, educativa, que lleva a cabo un equipo de la Administración al que la ley reviste con poderes que podríamos calificar de “absolutos”. Por consiguiente, será formalmente dicho equipo, dirigido por un técnico, el que decida sobre la vida futura del niño.

No existe un juicio previo justo para proceder a la retirada del hijo. La resolución administrativa habilita para que el técnico de Servicios Sociales proceda a la retirada y solo posteriormente se inicia el procedimiento judicial si los progenitores interponen recursos frente a la declaración de desamparo.

En primer lugar, observamos que, en cualquier caso, se trata de una decisión que no suele estar respaldada por un análisis global, ya que por ejemplo se suele llevar a cabo sin la coordinación de la familia ni directa, de primer grado, ni extensa (abuelos, etc.).

Entendemos que asistimos a un clamoroso escenario de desigualdad entre los contendientes: la Administración y la familia encausada. El actor principal, en este caso la Administración, atesora prácticamente todo el poder frente a personas generalmente vulnerables, con pocos recursos y sin dialécticas eficaces de respuesta.”

Para seguir leyendo:

Crespo Arce, M. E, Pérez del Río, F., Markez Alonso, I., Pascual Marijuan, R. (2020). Norte de salud mental, 2020, vol. XVII, nº 63: 100-106.

5.2. “¿Robo de niños en democracia? ensayo sobre la indefensión de las familias en relación a las declaraciones de desamparo⁴⁷” Pérez Del Rio, F. (2023).

– Extracto del libro –

Capítulo 1

¿Se están robando niños en España?

Nueve de la mañana. Varios policías uniformados esperan a la puerta del colegio rodeados de los padres y madres de los alumnos. Una vez identificados los niños, los cuerpos de seguridad se hacen cargo de ellos sin mediar palabra alguna y se los llevan a un centro de acogida bajo el obligado secretismo de este proceso que acaba de comenzar y cuyo final es del todo imprevisible. Los niños, posiblemente sin ningún otro pensamiento que el shock emocional inicial, estarán asustados, hallarán más desolación que apoyo, Sentirán insegura su vida y muy probablemente contemplarán con suma perplejidad lo que les está ocurriendo. Cuando se encuentren de nuevo entre sus compañeros de clase, si es que este encuentro se llegara a producir, sentirán no poca vergüenza por la situación. Todo el colegio lo ha visto con sus propios ojos, y durante toda su vida recordarán a las Fuerzas y Cuer-

⁴⁷ Pérez Del Rio, F. (2023). ¿El robo de niños en democracia? Ensayo sobre la indefensión de las familias en relación a las declaraciones de desamparo. Estudios y Monografías. Universidad de Burgos.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

pos de Seguridad del Estado en la puerta de su colegio y revivirán como se lo llevaban sin apenas mediar palabra. Todo lo anterior ocurre frente a los padres y madres de sus amigos de toda la vida, muchos de los cuales incluso cerrarán los ojos para no sentir vergüenza ajena. Y si la suerte no viene en su ayuda, lo que sí es cierto es que jamás volverán a disfrutar de sus amigos de clase, ni volverán a ver a sus profesores. Como si su vida hubiera sufrido un reseteo instantáneo, como si sufrieran un trastorno amnésico de la memoria, comenzarán a vivir una vida prestada donde todo debe de empezar de cero negando todo su pasado. Durante el resto de su vida se irá poco a poco desdibujando el recuerdo de sus amigos de entonces. No volverán a ver nunca más a sus compañeros, que cada día serán más extraños y borrosos en su recuerdo, ni a sus profesores ni a sus vecinos. En realidad, no volverán a compartir nada más con nadie, y finalmente perderán su ingenuidad de la misma forma que perderán al entorno familiar emocional que, de la noche a la mañana, desaparecerán de sus vidas sin dejar rastro, posiblemente, no volverán a vivir con sus padres.

Y como quiera que sea, todos sus fortísimos círculos emocionales de apego y vínculos a los que tanta importancia otorga la psicología se desvanecerán sin explicación alguna. Aunque parezca extraño al lector ajeno a las leyes, en estos casos no hay juicio previo alguno, cuestión que intentaremos explicar en las siguientes páginas.

CASO María Teresa

Tras un parto normal, programado, nace el pequeño Alberto en un hospital público de Barcelona. Su mamá se había realizado un tratamiento de fertilidad, algo cada vez más frecuente en España. Los psiquiatras deciden el ingreso temporal provisional de Teresa en la unidad de psiquiatría por posible brote psicótico. La paciente, de profesión traductora jurado en los juzgados se rebela de forma educada ante esta inesperada determinación de los psicólogos clínicos y psiquiatras. Como cabe esperar, la madre se ve envuelta en una situación muy confusa e impotente y, bloqueada, reclama un cuarto de hora para hablar con 3 personas de su confianza y explicar la encerrona de la que inesperadamente se siente víctima. Se lo niegan.

-Que vaya a la planta y allí se tramitará todo. Ahora hay que cumplir el protocolo, arreglar los papeles e internarse en el departamento de psiquiatría. Tal es la respuesta de la autoridad de los clínicos. Al llegar María Teresa a la planta de psiquiatría le vendan los pechos. El niño es retirado por personal del hospital de los brazos de su madre y tras pasar unos días en neonatos es declarado en desamparo y acto seguido se lo entreguen a una familia de acogida. En esta ocasión no se confirma la enfermedad de aquel "brote Psicótico". María Teresa es dada de alta los 15 días. Sale del hospital en buen estado de salud, pero sin su recién nacido. Ese mismo día comenzó la lucha de María Teresa por recuperar a su hijo. A fecha de hoy han transcurrido más de 3 años desde ese día. Alberto, su hijo, ya ha pasado por dos familias de acogida. Su mamá le ve una hora al mes en un punto de encuentro.

Para ilustrar estos cambios, incluso después de ejercer 30 años profesional de la psicología me ha costado encontrar situaciones parecidas que puedan asemejarse a lo anteriormente expuesto. Salvando las distancias, me viene enseguida a la cabeza el testimonio de las personas que recibían una carta-amenaza de ETA y, como navíos perdidos, tenían que salir huyendo de la noche a la mañana, abocados al silencio y a dejar atrás de por vida todos sus vínculos. Para ellos, tendría algo de insensato intentar conectar con algún conocido, puesto que no podían confiar en nadie; se sobreentiende que la carta en la que se pedía un impuesto revolucionario para la banda terrorista ETA podía haber venido de cualquier persona cercana o incluso amigo. He aquí pues otro ejemplo de cómo en ocasiones uno se ve obligado a resetear su vida de la noche a la mañana."

(.....)

Para seguir leyendo:

Pérez Del Rio, F. (2023). ¿El robo de niños en democracia? Ensayo sobre la indefensión de las familias en relación a las declaraciones de desamparo. Estudios y Monografías. Universidad de Burgos.



5.3. "El Sistema de protección de la infancia y la adolescencia necesita una reforma profunda y urgente" Francisco Cardenas⁴⁸

"Cualquier familia puede tener, a lo largo de su vida, dificultades de muchos tipos: económicas, personales, etc. e incluso necesitar ayuda para salir adelante lo mejor posible. Y a menudo hay menores implicados que sufren las consecuencias de estos problemas. Es de esperar que en casos así la Administración ayude en el ejercicio de la función que tiene de garante de un estado social más justo.

Sin embargo, cuando se da una situación de este tipo y se recurre a la ayuda de los servicios responsables de menores, o ellos deciden irrumpir en tu vida, la reacción es justo la contraria. El primer paso es quitar, apartar al niño de esta familia. Y se justifica desde el punto de vista de la prevención de posibles daños de los que no existe ningún indicio fundamentado. Nuestro sistema de protección está muy cuestionado: el Parlamento de Cataluña, en sesión plenaria aprobó en 2017 una moción que instaba al Gobierno a cambiar el sistema⁴⁹. El informe⁵⁰ del Síndic de Greuges presentado en 2018 concluía que "*es necesaria una **reforma estructural** del sistema de protección*". Ninguna de estas iniciativas tuvo ningún recorrido posterior.

El sistema de protección a la infancia se configuró otorgando a la Administración ordinaria tal poder que, sin pasar por autoridad judicial alguna puede separarse a un menor de su familia, ingresarlo en un centro, cambiar de escuela, alejarlo de su entorno habitual, de forma preventiva y con indicios (que no pruebas fehacientes) y todo con una resolución administrativa de desamparo y el establecimiento de unas medidas de rotura de las relaciones familiares y de todo tipo del menor.

Por el contrario, para recuperar el hijo sí se necesita un juez. La ley establece que los padres que son notificados de una resolución administrativa con la que no están conformes tienen dos meses para impugnarla, sin que se suspenda el acto realizado, es decir, con los menores retirados. El recurso a esta decisión se hace frente a los mismos que la han emitido, ya que estamos en la vía administrativa. Ya se ve que las impugnaciones de la familia ante los técnicos de la Administración no tendrán ningún recorrido.

Hasta ahora NO ha intervenido ningún juez, ni abogado, ni fiscal... la relación ha sido únicamente con técnicos de la Administración (que con frecuencia no se identifican, no tienen la titulación requerida—esto último lo dicen algunas sentencias judiciales— entre otras muchas irregularidades). Es decir, el derecho de defensa efectivo brilla por su ausencia. No es cierto el argumento que muchas veces esgrime la Administración de que interviene Fiscalía. A Fiscalía se envía un escrito comunicando la declaración de desamparo, escrito que nadie en Fiscalía revisa. No se envía el expediente ni ninguna otra información. Escrito que se junta a los cientos recibidos cada día y que se acumulan, en el mejor de los casos, en un armario.

La vía que queda a las familias es la judicial, con las dificultades de todo tipo que eso conlleva: tiempo, dinero, etc.

En el mejor de los casos un juez intervendrá, por primera vez, al cabo de muchos meses y a instancia de la familia. Mientras tanto, el niño ha convivido con otras personas o en un Centro y la intervención sobre dicha familia, apartada de su hijo, recae sobre los mismos profesionales que han ejercido el poder de separar la familia. Por ello, la familia observa cómo aquellos que tienen el poder y los han separado de los hijos pretenden actuar utilizando mecanismos de semi-confianza con ellos y estableciendo un trabajo semi-terapéutico. Esto atenta contra el estado de derecho. Quien ostenta el poder de separar a un menor de su familia no puede pretender trabajar con otro mecanismo que la fuerza de la imposición.

La discrecionalidad que otorga la ley a la Administración de protección de menores es enorme. Únicamente utilizando la cláusula genérica "interés superior del menor" se convalida cualquier actuación⁵¹.

⁴⁸ Francisco Cárdenas. Presidente de la Asociación para la defensa del menor, APRODEME. cardenas@aprodeme.org Tf: 661.495.212 www.aprodeme.org

⁴⁹ Moción 93/XI del Parlament de Catalunya, sobre la atención a los menores y adolescentes en situación de riesgo. 302-00107/11. Aprobación Pleno del Parlamento, sesión 29, 09.02.2017, DSPP-P 53. Publicación: BOPC 330

⁵⁰ Informe del Síndic en el Parlament de Catalunya 2017. www.sindic.cat

⁵¹ En este sentido es significativa la Sentencia de 25 de mayo de 2012 del Tribunal Supremo. En ella se destaca que: "la sentencia recurrida no tiene en cuenta más que de forma retórica, el interés del menor"



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Si el derecho administrativo nació ante la tendencia invasiva de cualquier poder público para limitar los derechos de los ciudadanos, y limita el poder de la Administración pública, en este ámbito el control judicial es prácticamente inexistente. La justicia contencioso-administrativa es la encargada de velar por los actos de la Administración pública y su legalidad. Sin embargo es la justicia civil de familia la competente para conocer de las decisiones de la Administración pública de menores. Ello limita seriamente la capacidad del juez para cambiar las formas de actuar de la Administración.

Teniendo en cuenta que la jurisdicción civil está concebida entre iguales y particulares, la igualdad de armas ante esta jurisdicción es imposible. El particular no puede competir contra la Administración.

El sistema administrativo de protección ha derivado en una Administración omnipotente, invasiva de la intimidad y sin garantías constitucionales.

Todos los expertos coinciden en que el último recurso siempre debe ser arrancar a un niño de su familia, intervención que debe estar reservada a casos muy excepcionales. Y sin embargo, desde la Administración y con demasiada frecuencia, es lo primero que se hace. Experiencias muy dolorosas, en las que graves negligencias en la actuación de los responsables públicos derivaron en daños irreparables a menores (recordemos el conocido como "caso Alba"), han hecho que el péndulo esté ahora en el lado opuesto, y se actúa en muchos casos con una precipitación injustificada origen de muchos problemas posteriores.

Ante una situación que puede presentar indicios de maltrato, negligencia paterna... la Administración pública aparta al niño de su entorno, lo protege y comienza la investigación de los padres. Si esto sucediera en un plazo de tiempo corto, podría incluso ser correcto. El problema es que la propia Ley ya establece que el primer período hasta que se confirme o deniegue la resolución inicial son seis meses. Se produce un desarraigo familiar importante y se sustituye a los familiares por los técnicos de la Administración. Si no se confirma el grave riesgo para la integridad moral y física que da lugar a la separación del menor de su familia y por lo tanto, que ha originado este tiempo de separación, ¿qué pasa? La Administración afirma que tomó sus medidas de protección y finalizará el proceso. Por el contrario, si no se ha apartado al menor y se produce un daño, que puede resultar mediático y amenazante porque no se protegía a los niños, las consecuencias contra la Administración podrían ser terribles.

Al final, **la Administración se protege a sí misma y busca las razones para justificarse**; si se equivoca, en el primer caso sólo sufre la familia y el niño; si se equivoca en el segundo supuesto, las consecuencias son para la propia Administración, acusada de permitir un maltrato. Aquí está el problema.

La Administración, ante un juez, tiene presunción de veracidad. Y eso está bien, pero sólo en el caso de que existan los **mecanismos de control para alejar las arbitrariedades**. A menudo asistimos a juicios en los que la familia que lucha por sus hijos aporta infinidad de pruebas, y la Administración, en el mejor de los casos, ninguna, y a menudo insinuaciones, acusaciones vagas, anónimas o interpretaciones. No necesita pruebas. La desesperación de las familias que aportan infinidad de testigos que no son tenidos en cuenta, es recurrente.

Si a todo ello añadimos la excesiva privatización de nuestro Sistema de protección (hasta el 80% está en manos de entidades privadas), o el hecho de que se prefiera gastar más de 4000 euros al mes por menor ingresado en un Centro en vez de dedicar una parte de ese dinero a ayudar a la familia, la conclusión es clara: nuestro sistema necesita una reforma urgente y profunda. La privatización del Sistema ha sido denunciada, incluso, por la ONU, que señala que *"acaba con la protección de los derechos humanos y margina a los que viven en situación de pobreza"*⁵².

Lo que ocurre ahora

Estas son algunas quejas recurrentes extraídas de testimonios de afectados:

- *"Interpretan cualquier hecho según su conveniencia, siempre en contra del afectado"*. La transparencia también está en la actuación de los profesionales y el interés del menor no se puede alegar como excusa para el oscurantismo.

Los informes de los técnicos de la Administración no reflejan la realidad de las situaciones y de las familias.

52 Informe de Naciones Unidas publicado en octubre de 2018, firmado por el relator especial de la ONU sobre pobreza extrema, Philip Alston.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Se maquillan los expedientes. Los técnicos "interpretan" la realidad y la acaban deformando. Para ello es imprescindible obligar a la Administración a dotarse de un sistema objetivo de recogida de datos y esto se lograría, por ejemplo, grabando las entrevistas.

- *"Se denuncia el abuso de poder, la superioridad, no se contrastan las informaciones..."*. Quien recoge la información también la interpreta y la escribe y sirve de base para los informes y propuestas. **Los procesos son muy lentos.** Una queja recurrente: se hace un "plan de trabajo" de seis meses, pasan los seis meses sin seguimiento, y transcurrido el plazo se dice que seis meses más, sin justificación ni protocolos claros. Nadie controla el cumplimiento de los tiempos. **Es una Administración fuera del control judicial y de todo tipo en las formas.**

- *Demasiado a menudo se disgrega la familia, no respetan el derecho fundamental del menor a estar con sus padres.* Los equipos técnicos consideran que los únicos fiables para determinar el interés del menor, son ellos. Los padres son sospechosos y deben averiguar si la sospecha se convierte en certeza. Aquí es el acusado de culpabilidad el que ha de demostrar que es inocente.

- *La Administración no avisa. Se habla de "robo", "secuestro"... Citan a una entrevista en las dependencias de la Administración y aprovechan para notificar y ejecutar lo que están entregando: la retirada del menor en ese mismo momento, o enviando a la policía a la escuela...* Otra anomalía más del derecho administrativo: se comunica y ejecuta la decisión en el mismo momento.

No se facilita asistencia jurídica. En todo el proceso, los equipos insisten en la innecesaridad de recibir asesoramiento jurídico, ya que si cumplen con todo los técnicos están allí para ayudarles a superar las dificultades. Se confunden los roles y confunden al ciudadano. El poder es ejercido discrecionalmente por la Administración y se induce a creer que aquellos que llevan asesoramiento jurídico son peores y presentan conflictos ante "los buenos" que confían en la Administración. Las decisiones no se pueden cuestionar. La temida frase "*la familia no colabora*" se refleja como un hecho que impide el regreso de los hijos, cuando no colaborar, en muchas ocasiones, es preservar la intimidad ante injerencias innecesarias.

Nadie pide cuentas a la Administración. Buena parte de los derechos y deberes que el Código Civil establece para los tutores, son inexistentes por parte de la Administración. Si bien jurídicamente tienen la tutela de los niños de forma automática al suspender la potestad a los padres en la resolución administrativa de desamparo, lo cierto es que las obligaciones impuestas al tutor no afectan los servicios públicos de protección. Por ejemplo, el tutor debe pedir permiso al juez para modificar el lugar de residencia del tutelado: la Administración lo modifica a su conveniencia. No están sujetos a los límites de la tutela.

Claves para un nuevo paradigma en la protección de la infancia y adolescencia

Trasladar la consideración de "desamparo" al ámbito judicial. Si el desamparo conlleva la separación del menor de su entorno habitual debe ser autorizado por un juez (solo debería ser posible ingresar a un menor en un centro si el juez lo determina en una resolución judicial).

Se debería establecer un protocolo de actuación que garantice el derecho efectivo de defensa. Se permite, (a partir de una resolución administrativa "provisional") notificar la resolución y ejecutarla en muchas ocasiones en el mismo acto. Nadie debería ser privado de libertad sin un procedimiento justo y los niños son privados de la libertad de vivir en su familia, en nombre a su interés, y son ingresados en centros o entregados a otra familia de acogida.

El sistema actual es perverso: los equipos técnicos realizan un informe propuesta y los jurídicos la validan, le dan formato jurídico y la ejecutan. Con posterioridad, una vez el menor está fuera de su entorno, pueden transcurrir hasta seis meses para un nuevo informe en el que se confirme o no la resolución administrativa. Todo este tiempo transcurre con el menor fuera de su entorno y con un sistema de comunicación con el mismo (1 vez a la semana o cada 15 días, una hora de visita vigilada...) que aleja al menor de su entorno y provoca sufrimiento a todos los intervinientes. Tampoco hay un sistema reglado, donde se establezca el régimen de visitas, sino que es una decisión del propio equipo que ha realizado el informe.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Atenta al estado de derecho que estas situaciones provisionales se perpetúen años, en los que la Administración decide, sin contradicción, cómo y de qué manera se ha de organizar la vida de los menores.

El reglamento de actuación debe ser revisado, estableciendo como norma el respeto a los implicados y el debido cumplimiento de las garantías jurídicas procesales: presunción de inocencia, derecho de defensa, contraste de las pruebas y proporcionalidad.

Ahora, en el mejor de los casos, un juez interviene cuando el menor lleva meses fuera de su familia, y la justicia tardía no es justicia. Cada vez son más las sentencias⁵³ que han entrado a fondo en todo el proceso y lo cuestionan en profundidad. Significativa⁵⁴ es la que habla de "...pasotismo en la tramitación de la documentación...", "...galimatías de documentos...", "... maltrato institucional por omisión cronificada...". Las evidencias del fracaso del Sistema⁵⁵ no sólo vienen del ámbito judicial, también expertos, entidades de todo tipo, sindicatos, profesionales... lo cuestionan.

Se deben evitar las valoraciones de los adultos sin haber hecho con ellos una sesión de exploración, con todos los requisitos que ello implica y que están reflejados, entre otros, en el Código Deontológico de los profesionales de la psicología u otras especialidades. Con demasiada frecuencia se hacen comentarios y valoraciones que requieren una exploración detallada del adulto. Es inadmisibles, por ejemplo, afirmar "posible dependencia del alcohol", sin más. Los médicos disponen de recursos para establecer, o no, esta patología. Pero la "sospecha" quedará reflejada en un informe que se incorpora al historial de esa persona, e irá pasando de técnico en técnico para el resto de su vida. Con frecuencia la pobreza⁵⁶ o presentar alguna discapacidad⁵⁷ han sido motivos de desamparo.

Esto quiere decir algo fundamental: habrá que eliminar de todos los informes "suposiciones o posibilidades" como "posible drogadicción, posible perturbación mental..." La Administración tiene medios, si lo considera procedente, para solicitar la intervención del médico forense para evaluaciones psiquiátricas o toxicológicas o de cualquier tema médico y otros profesionales (psicólogo clínico o forense).

Resumiendo: Ahora, los técnicos unen en su labor las tareas de evaluar, juzgar y resolver sobre un caso, reuniendo las funciones de policía, técnico y juez, sin que haya separación de poderes ni otras instancias que intervengan. Esto otorga a los técnicos el poder de decidir sobre las vidas de los usuarios sin dar cuentas.

Creemos que ha llegado el momento de que el colectivo de menores, sus derechos y obligaciones, pasen a primer plano de la agenda política y social. El nuevo paradigma en la protección de la infancia ha de basarse en la prevención y no en la intervención, que debe estar reservada a casos extremos. En el respeto a los derechos fundamentales que ahora son violentados a diario. En el control garantista de las actuaciones de los servicios sociales. En la transparencia frente al oscurantismo actual⁵⁸.

53 Juzgado de 1ª Instancia nº 15 de Barcelona, 6 de marzo de 2017. El juez, en su sentencia, destaca "la tristeza extrema de A. (el menor tutelado)" y da un auténtico varapalo judicial a la Administración por la retirada de dos menores. Puede verse una extensa relación de sentencias en esta línea en <https://aprodeme.org/recursos/jurisprudencia-de-interes/>

54 Sentencia del Juzgado de Primera Instancia núm. 2 de Arenys de Mar, Procedimiento 693/2017.

55 Ver documento: "Evidencias del fracaso del sistema actual": <https://aprodeme.org/wp-content/uploads/2019/02/documento-errores-del-sistema.pdf>

56 Sentencia 4/2005 de 19 de enero de la sección 6ª de la AP de Sevilla. El juez ha de decirle a la Administración que no existe desamparo, sino únicamente carencias de tipo material y económico.

57 Algunos ejemplos de sentencias en que las discapacidades se han mostrado signo de desamparo son la del TS 84/2011 de 21 de febrero, la del TS 800/2011 de 24 de noviembre, la del TSJC 14/2015 de 12 de marzo y la de la AP de Almería, Sección 3ª, 57/2004 de 10 de marzo, que fallan a favor del retorno de los hijos junto a los padres.

58 Referencias bibliográficas: Álvarez, I. y Tapia, L. (2014) Kafka y los niños desamparados. <https://esmihija.es/wp-content/uploads/2015/07/Kafka-y-los-ni%C3%B1os-desamparados.pdf>

Bowlby, J. (1998) La separación afectiva. Paidós Psicología profunda.

Franco, G. (2014) Los hijos desamparados de la Generalitat. <https://esmihija.es/wp-content/uploads/2022/08/GUSTAVO-Los-hijos-desamparados-de-la-Generalitat--Sociedad--EL-PAIS.pdf>

Linares, JL. (2011) ¿Protección o maltrato institucional? Una encrucijada en las políticas de atención al menor. Perspectivas Sistémicas.

Llambés, A. (2014) Protección de menores. Conflictos en situaciones de desamparo en Cataluña. https://esmihija.es/wp-content/uploads/2021/11/TFG_FINAL_ALEJANDRA_LLAMBES.pdf

Martín, J. (2009) Protección de menores. Una institución en crisis. Colección Psicología. Ediciones Pirámide.

Martín, J. (2019) Ideología y maltrato infantil. Ed Herder.

Santamaria, ML (2023) Estudio de la posible lesión de los derechos de los niños en casos de protección infantil judicializados. Quaderns de polítiques familiars 9, 130:141.

Vila, E. y Cárdenas, F. (2023) Tutelados. Un análisis crítico del Sistema de protección de menores en España. Ed Almuzara.



5.4.- “Quebrantamiento de derechos fundamentales y Declaración de Desamparo, en el actual sistema de protección de menores español”. María Elena Crespo⁵⁹.

La actual legislación de menores y la forma en que se está aplicando en muchos casos, por los Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas, supone un quebrantamiento de principios básicos del Estado de Derecho.

El art. 14 de nuestra Constitución dispone: “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”. Sin embargo, veremos a lo largo de este breve ensayo que los menores tutelados por la Administración española no son iguales que el resto de menores.

El art. 18 de la Constitución Española protege la intimidad: “Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. El domicilio es inviolable. Ninguna entrada o registro podrá hacerse en él sin consentimiento del titular o resolución judicial, salvo en caso de flagrante delito”.

El art. 39 de nuestra Norma Fundamental establece: “Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia. Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil. La ley posibilitará la investigación de la paternidad. Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en que legalmente proceda. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.”

La declaración de desamparo, actuación de la administración, afecta de forma directa a derechos fundamentales y personales del individuo. En pocas intervenciones se llega a la intensidad y el agravio que supone la retirada de los hijos.

La administrativización del sistema de protección de menores es preocupante y perverso; la Declaración de Desamparo, una mera resolución administrativa emitida por un solo órgano autonómico, retira de forma inminente a un hijo de su familia.

Para recuperar al hijo es necesario recurrir judicialmente la decisión; este proceso se alargará años, sin convivir durante todo este tiempo el menor con su familia. El sistema judicial exigirá a la familia demandante una prueba casi diabólica para demostrar que son buenos padres.

El interés del menor es el bien supremo, cada decisión que se ampara en ese principio debe realizarse con objetividad e imparcialidad. Sin embargo, el interés del menor es un concepto jurídico y sociológico indeterminado. Esa indefinición trae como resultado, en muchos expedientes administrativos, resoluciones que denotan discrecionalidad. Se dictan al amparo de dicho principio invocado genéricamente, sin concretar en cada caso la forma en que se acredita la realización del interés del menor; en varias resoluciones administrativas que declaran el desamparo de un menor, al argumentar los motivos, se repiten fórmulas estereotipadas.

El artículo 18 de la Ley del Menor remite al artículo 172 del Código civil en el que se reconoce a la Entidad Pública en cada territorio, el poder para realizar “declaración de desamparo” y tutelar al menor cuando esta Entidad constate que el menor se encuentra en situación de desamparo.

“Se considera como situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material.

La asunción de la tutela atribuida a la Entidad Pública lleva consigo la suspensión de la patria potestad.

La Entidad Pública, ponderando la situación y poniéndola en conocimiento del Ministerio Fiscal, podrá adoptar cualquier medida de protección, incluida la propuesta de adopción, cuando exista un pronóstico fundado de imposibilidad definitiva de retorno a la familia de origen.”

El incumplimiento o inadecuado ejercicio de los deberes de protección de los padres respecto a sus hijos, es una valoración que lleva a cabo un equipo de la administración, al que la ley delega con poder absoluto su capacidad

⁵⁹ Jurista en tribunales e investigadora sobre los derechos de la infancia. Licenciada en Derecho y Ciencias Sociales.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

de decidir sobre el futuro inmediato y a largo plazo del menor. De la decisión de ese equipo, en muchos casos, de la decisión de una persona, funcionario o no, depende por completo la vida de un menor.

Un equipo de una administración autonómica valorará las circunstancias que pueden llevar a una Declaración de Desamparo. No habrá igualdad de posiciones entre la administración competente y la familia; una vez decidida la actuación sobre esa familia, será muy complicado que ésta pueda actuar para evitar que se ejecute la decisión tomada por una persona de la administración.

Las alegaciones manifestadas por los progenitores o la familia extensa habitualmente no son atendidas por la administración, por lo no suelen obtener, en vía administrativa, efectividad real. En vía administrativa la decisión es sólo el resultado de un estudio de la propia administración sin que la familia biológica haya tenido posibilidad de defensa.

El poder exorbitante de la Administración muestra aquí su manifestación más evidente. Una persona o grupo de personas que trabajan en la administración (funcionarios o no) tienen la capacidad, por trabajar en la Sección de Protección de Menores de una Gerencia de Servicios Sociales, para decidir si un menor ha de ser alejado de sus padres o no. Esa lejanía física y emocional será en muchos casos, definitiva. A partir de esa resolución serán pocos los casos en los que se consiga el retorno con la familia biológica.

La Administración ejerce su capacidad de información e investigación sobre la familia afectada, con desconocimiento por parte de dicha familia, en aplicación de la actual legislación, Ley del Menor, art. Artículo 22 quáter. ("1. Para el cumplimiento de las finalidades previstas en el capítulo I del título II de esta ley, las Administraciones Públicas competentes podrán proceder, sin el consentimiento del interesado, a la recogida y tratamiento de los datos que resulten necesarios para valorar la situación del menor, incluyendo tanto los relativos al mismo como los relacionados con su entorno familiar o social. Los profesionales, las Entidades Públicas y privadas y, en general, cualquier persona facilitarán a las Administraciones Públicas los informes y antecedentes sobre los menores, sus progenitores, tutores, guardadores o acogedores, que les sean requeridos por ser necesarios para este fin, sin precisar del consentimiento del afectado. 2. Las entidades a las que se refiere el artículo 13 podrán tratar sin consentimiento del interesado la información que resulte imprescindible para el cumplimiento de las obligaciones establecidas en dicho precepto con la única finalidad de poner dichos datos en conocimiento de las Administraciones Públicas competentes o del Ministerio Fiscal...").

La separación de un hijo de su familia es una actuación tan dramática, irrevocable y traumática, que sólo debería poder adoptarse tras un riguroso juicio, celebrado en igualdad de condiciones. La decisión de retirada de unos hijos de su hogar es una actuación que sacude la esfera más íntima del menor y de su familia, por ello, sólo en los casos en que objetivamente no sea posible otra solución, debería adoptarse esta opción. El apartamiento de los hijos de su propio hogar es uno de los hechos más desgarradores, por ello, debería ser un Juez el que tomara tal decisión, tras la audiencia de ambas partes.

La legislación actual, al delegar en la entidad pública el dictado de la Declaración de Desamparo fomenta la indefensión de los progenitores.

Sólo en el caso de que los progenitores recurran judicialmente la declaración de desamparo, el procedimiento se judicializará. A pesar del planteamiento del recurso, no nos encontramos ante el cauce adecuado porque no existe actuación inmediata de los órganos judiciales, tendrán que transcurrir varios meses o años para que un Juez pueda conocer la demanda planteada.

Los menores y toda la familia en su conjunto, estarán ya sufriendo las consecuencias que se provoca con la separación de los menores de su entorno familiar. El tiempo es un elemento letal que impacta negativamente en la evolución del niño/a desde el inicio del proceso.

No puede sostenerse, jurídicamente hablando, que de esta forma se esté protegiendo adecuadamente el derecho del bienestar de los menores.

En vía judicial, el procedimiento se encuentra viciado. La presunción de veracidad de la administración provoca que la prueba sea diabólica, es decir, resulta casi imposible que los progenitores desvirtúen las afirmaciones de la administración. Los informes de parte que pueden aportar los progenitores no suelen ser prueba suficiente, desde el punto de vista del Juez o Magistrado, lo que lleva a la desestimación de la gran mayoría de recursos interpuestos.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

En otros casos, aunque los Tribunales de Justicia estimen la demanda iniciada por los padres, no será factible su ejecución, dado el transcurso del tiempo y las dificultades de adaptación del menor.

Reiterada jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha declarado que en materia de medidas de protección de menores es principio esencial, a respetar por todos los organismos intervinientes, el de proporcionalidad entre la situación de riesgo/desamparo que provoca la intervención y la medida de protección a adoptar. Esa es la doctrina sostenida entre otras en las sentencias Anderson contra Suecia de 25 de febrero de 1992 y Eriksson contra Suecia de 22 de junio de 1989, al resolver el Tribunal sobre presuntas vulneraciones de dicho estado del artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos en unos supuestos de menores declarados en desamparo.

Si la situación de desprotección del menor pudiera ser solucionada con una medida menos intensa (por ejemplo, desamparo o acogimiento simple) no debe acudir a medidas de mayor intensidad (acogimiento permanente, adopción). Es decir, el menor solo debe ser extraído de su familia biológica en aquellos supuestos en que es absoluta y totalmente necesario y la Administración debería acreditar debidamente esa necesidad.

El juicio de proporcionalidad no es respetado por la administración en numerosos expedientes.

Se establece en el artículo 18 de la Ley del Menor que la situación de pobreza de los progenitores, tutores o guardadores no podrá ser tenida en cuenta para la valoración de la situación de desamparo, las carencias materiales nunca podrán desembocar en la separación del entorno familiar, sin embargo, en un elevado número de ocasiones, la declaración de desamparo es el resultado de una situación de pobreza económica, unida a vulnerabilidad social y laboral.

El Código civil recoge una limitación temporal para que los progenitores puedan solicitar la revocación de la declaración de desamparo, y, por tanto, superado ese plazo, no podrán oponerse a las medidas que se adopte respecto a sus hijos y no podrán recuperarlos.

La modificación introducida en 2015, establece que para llevar a cabo la adopción no se exige el consentimiento del progenitor que tenga suspendida la patria potestad cuando hubieran transcurrido dos años desde la notificación de la situación de desamparo sin oposición a la misma, o si ésta hubiera sido desestimada.

Por tanto, en el año 2015 se introduce una distorsión más, al establecer que, sin perjuicio del derecho a ser oídos, no será necesario el asentimiento de los progenitores para la adopción cuando hubieran transcurrido dos años desde la situación de desamparo.

Esta modificación legislativa ha supuesto el quebrantamiento evidente de los derechos de los menores a crecer y educarse en su propia familia biológica. El interés del menor está relacionado con su mantenimiento en la familia de origen salvo que objetivamente le resulte gravemente perjudicial, no siendo suficiente para su desarraigo que la familia de acogida o adopción le ofrezca mayores expectativas sociales o económicas.

Durante el acogimiento, debería ser excepcional la supresión de la visita, sin embargo, es habitual que, próximo el plazo de dos años, se distancien las visitas hasta su supresión y ya el menor no tendrá contacto alguno con sus padres ni con la familia extensa. Entendemos que se pretende con esta medida el distanciamiento afectivo entre el menor y su familia.

La legislación impone a la entidad pública ante situaciones de riesgo o desamparo, la elaboración y puesta en marcha de un proyecto de intervención social individual y temporalizado que, en todo caso, deberá recoger las actuaciones y recursos necesarios para su eliminación. Debe exigirse el plan de intervención en todos aquellos casos en los que la declaración de desamparo no aparezca de forma súbita y haya ido precedida de una situación de riesgo detectada en su día por la entidad pública.

Sin embargo, sea por falta de medios o por la práctica habitual de los servicios de protección de menores, es muy frecuente que no se lleve a cabo una correcta intervención de la entidad pública; se declara en desamparo a menores que podían haber sido protegidos sin extraerles de su familia biológica. No es una cuestión de matices sino de dramática realidad para un menor.

No se realizan suficientes actuaciones en materia de vivienda, educación o de auxilios económicos, medidas generalmente decisivas en la determinación de un modus vivendi marginal.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

Un principio informador de la legislación de menores es la preeminencia de la familia biológica. Por ello, debería ser objeto de control jurisdiccional, sin embargo, no siempre las resoluciones judiciales tienen en cuenta este principio para valorar la actuación de la administración.

Este principio está recogido en numerosos artículos tanto de la LO 1/96 (artículo 11-2b), como del Código Civil (artículo 172-4), así como en las legislaciones autonómicas sobre protección de menores. Ello supone que la resolución administrativa que acuerde el acogimiento familiar con familia no extensa deberá razonar debidamente el porqué de tal exclusión. Conforme al artículo 172-3 del Código Civil la selección de los acogedores corresponde a la entidad pública, pero el juez podría denegar el acogimiento acordado si no está debidamente acreditada la exclusión de la familia extensa, no siendo bastante a tal fin con que la entidad pública argumente que ningún familiar ha mostrado interés en el acogimiento del menor, sino que debe exigirse una determinada actuación positiva de la Administración en la búsqueda de posibles acogedores entre la familia extensa, pues no debe olvidarse que estamos hablando, en general, de sectores de población de escasa formación que, en muchas ocasiones, asumen el internamiento institucional como algo no patológico.

La resolución administrativa que declare a un menor en situación legal de desamparo ha de acreditar no solo que concurre la situación de hecho causada por el incumplimiento o imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos en las leyes conforme exige el artículo 172 del Código Civil y que ello suponga la privación de la necesaria atención moral y material, sino que, además, y al existir una relación detallada de supuestos mucho más concretos en las distintas legislaciones autonómicas, en cuál de los previstos en dichas normas se subsume la situación del menor. Sin embargo, son muchas las resoluciones administrativas que declaran en desamparo a un menor ignorando ese catálogo de definiciones e invocando un concepto genérico, abierto y difícil de controlar.

Las circunstancias a valorar judicialmente para determinar la procedencia o no de la declaración de desamparo, ¿debe ser las existentes al tiempo de su declaración en sede administrativa o las concurrentes en el momento del juicio contradictorio? La sentencia dictada por el Tribunal Supremo el 31 de julio de 2009, establece que el juez, al examinar la impugnación de la declaración de desamparo, debe contemplar la conducta de los padres biológicos posteriores a la declaración de desamparo y tendentes a superar las carencias que lo motivaron para determinar si los padres se encuentran en condiciones de asumir nuevamente la patria potestad.

Sin embargo, no en todos los juicios se tienen en cuenta esas nuevas circunstancias de los padres. Cuando dichas condiciones son favorables y la familia biológica ha ido mejorando sus condiciones, en muy pocas ocasiones, es posible demostrarlo porque en la vista del juicio se tendrán en cuenta básicamente, los informes aportados por la administración, que no serán habitualmente favorables a la familia biológica.

Otro de los graves problemas en la actual situación se origina en el régimen de visitas que se impone por la administración; los encuentros entre la familia biológica y los hijos tutelados debería llevarse a cabo en unas condiciones adecuadas (amplitud de horarios, frecuencia, lugar adecuado) que permita cumplir su función, que es mantener una relación gratificante entre el menor y su familia. Sin embargo, las visitas suelen ser de una frecuencia muy reducida (una hora semanal o una hora mensual), en lugares controlados y vigilados.

Concluimos este breve esbozo, destacando algunas de las conclusiones más básicas:

1) El sistema de protección de menores español actual no protege adecuadamente a los niños y niñas de nuestro país. La decisión de "declaración de desamparo" y su consecuencia directa e inminente, esto es, la separación de los menores de su entorno familiar, es el resultado de un informe emitido unilateralmente por una persona o un equipo que trabajan en la administración autonómica competente. La decisión por la que se declara en desamparo a los menores, no es respaldada por informes objetivos, ajenos a la administración. No existe posibilidad de contradicción por parte de los progenitores. No hay juicio alguno antes de la ejecución de la decisión por parte de la administración.

2) La primera cuestión grave es la falta de actuación judicial para llevar a cabo una actuación tan determinante, dramática e irrevocable, como la retirada de los menores de su familia biológica. Haber dejado en manos de la administración esta actuación puede suponer, de facto, una verdadera infracción al estado de derecho. Por tanto, ha de promoverse la modificación legislativa de nuestro actual sistema de protección de menores para que, la declaración



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

de desamparo sea dictada en sentencia judicial, tras el correspondiente juicio y práctica de la prueba pertinente propuesta por las partes, sin que el principio de veracidad de la administración alcance a apreciaciones subjetivas.

3) Sólo en caso de planteamiento de recurso contra la resolución administrativa, conocerán los jueces sobre la actuación de la administración. Sin embargo, tampoco esta capacidad de recurso es una vía judicial adecuada. La lentitud en la tramitación de los procedimientos, especialmente en la segunda instancia, conlleva que en muchas ocasiones el control jurisdiccional sea sólo teórico habida cuenta que ante el tribunal se plantean situaciones de hecho consolidadas, de difícil o imposible vuelta atrás; la sentencia judicial que revoca la resolución dictada en fase administrativa, en muchos procedimientos, resulta de muy difícil ejecución.

4) Necesidad de dotar de asistencia letrada y psicosocial independiente de las entidades públicas, a las familias biológicas desde que se inicie un proceso de intervención.

5) No puede limitarse en dos años a la familia biológica el plazo para interponer recurso judicial frente a las resoluciones judiciales en materia de protección de menores.

6) Dada su inconcreción, ha de suprimirse el art. 18.2.h): "Cualquier otra situación gravemente perjudicial para el menor que traiga causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de la patria potestad, la tutela o la guarda, cuyas consecuencias no puedan ser evitadas mientras permanezca en su entorno de convivencia."

7) El art. 18.2 de la Ley del Menor, afirma que se considerará un indicador de desamparo, entre otros, el tener un hermano declarado en tal situación, salvo que las circunstancias familiares hayan cambiado de forma evidente. Debe suprimirse ese indicador pues sirve de base para declaraciones de desamparo, sin que se analice la modificación de circunstancias.

8) Derogación del art. 22 quáter de la Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, a fin de evitar la infracción del derecho a la intimidad y protección de datos de cada uno de los miembros de la familia biológica.

9) Todas y cada una de las actuaciones que se lleven a cabo por parte de la Administración y de los órganos judiciales, con los menores y con sus familias deberían ser grabadas y aportadas a la familia afectada, a los efectos probatorios oportunos.

Por tanto, es imprescindible modificar el sistema actual y revisar los casos en los que ha podido existir un quebrantamiento del derecho a la protección del menor, y reponer el derecho del niño/a a su crecimiento en el seno de su familia biológica.

06

ANALIZANDO LAS INDICACIONES DE RETIRADA DE LOS TRES BEBÉS MENCIONADAS EN ESTE DOCUMENTO Y BASÁNDONOS EN LA INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTOS ACTUALMENTE DISPONIBLES.

- Palau Subiela, P.

6.1.- El caso de la bebé retirada de su madre y de su padre por indicación de los servicios sociales a las pocas horas de nacer. Caso que hemos expuesto en la introducción de este documento.

A tenor de todos los conocimientos científicos disponibles hoy en día, tal separación no debió de haberse dictado nunca puesto que los responsables sanitarios pueden y deben proteger a la diada madre-bebé de la separación forzosa, poniendo a disposición de la madre de la bebé todos los conocimientos y recursos sociosanitarios relacionados con el saber cuidar la salud materna perinatal alterada sin separar a la madre del bebé. Conocimientos, suficientemente disponibles hoy en día para aquellos profesionales especializados en el ámbito de la salud mental. Conocimientos que orientan sobre los recursos sanitarios y sociales que las administraciones deben tener preparados para cuidar adecuadamente de las madres enfermas sin tener que separarlas de sus bebés y, en consecuencia, sin privar a los bebés de poder seguir siendo criados por sus madres.

La decisión de retirada emitida por los servicios sociales careció de la necesaria coordinación con los responsables de la asistencia sanitaria de la región. Se trataba de una separación claramente evitable si se hubiera producido una adecuada coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios preparados en el campo de la salud mental perinatal.

6.2.- El caso de la bebé que el equipo de la Unidad de Madres del centro penitenciario comenzaba a considerar como posible caso a separar.

La intervención profesional formada en el ámbito de la salud y de la psicopatología perinatal e infantil condujo tal consideración de supuesta madre inadecuada de forma clara, dejando bien en evidencia que se trataba de una madre muy sensible y adecuada para seguir desarrollando la crianza en un contexto cuidador que podía sostenerla. Adecuadamente asesorado y orientado, el equipo pudo seguir cuidando de manera eficaz a la madre y a su bebé.

6.3.- Respecto del caso que recoge el Dr. Fernando Pérez Del Rio en la parte introductoria de su libro.

En este caso son dos profesionales de la salud mental, un especialista en psicología clínica y un especialista en psiquiatría, los que indican la separación del bebé de su madre porque, según ellos diagnostican, ésta padece un brote psicótico. Resulta obvio para quienes están familiarizados con los conocimientos relacionados con el saber cuidar a una madre con un brote psicótico, pertenezca o no al 2 por mil de los casos de psicosis puerperal que pueden padecer las madres en su puerperio, que la indicación no tuvo en cuenta los conocimientos y recomendaciones que el campo de la salud mental perinatal pone a disposición de los clínicos de la salud mental.

Ni como falso positivo, ni como trastorno perteneciente a una psicosis puerperal está indicada, de entrada y sin considerar otras alternativas relativas a los recursos sanitarios que deben de ponerse a disposición en una situación como esa, la separación madre-bebé. Bien al contrario, estos profesionales deben usar los conocimientos actuales disponibles en el campo de la psicología, psicopatología y psiquiatría perinatal. Conocimientos que incluyen necesariamente la elección de terapéuticas y recursos apropiados para procurar evitar la separación, procedimientos de intervención fundamentados en criterios especializados, así como la indicación de los recursos sociosanitarios necesarios para cuidar de cada caso.

Los profesionales de la salud mental son los responsables de orientar a la administración sobre el modo en el que debe de cuidarse la diada madre-bebé y la triada madre-padre-bebé, para procurar evitar separarles y para proteger la salud mental de todos ellos.

07 RECURSOS IMPRESCINDIBLES PARA UN CAMBIO DE PARADIGMA EN EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LAS FAMILIAS EN DIFICULTAD

- Pascual Palau Subiela

Resulta imprescindible impulsar el desarrollo decidido de políticas comprometidas con la implementación efectiva de los recursos económicos, formativos, preventivos, asistenciales y divulgativos necesarios para que cada país alcance al menos los recursos mínimos especializados en psiperinatalidad, y adecuados para atender de manera sostenida y universal las necesidades de la población. Políticas de asistencia universal cuyos fines sean garantizar la asistencia primaria, secundaria y terciaria de la salud mental perinatal de las madres, padres, fetos y bebés.

Esta asistencia universal, desarrollada en el contexto de un plan nacional o regional detallado de atención psiperinatal mantenido a lo largo de, al menos, los primeros 1000 días de vida que comienzan en los primeros tiempos de la concepción, requiere incluir necesariamente:

- 1.- La detección universal de los riesgos psiperinatales en el cuarto mes de gestación o, preferentemente, desde el 2º mes, mediante una entrevista llevada a cabo por matronas preparadas para entrevistar a las madres gestantes y a los padres con el fin de detectar el riesgo para su salud mental y poder solicitar ayuda a las redes psiperinatales interdisciplinarias de proximidad especializadas en salud y psicopatología perinatal. La matrona puede desarrollar una importante función de detección, sostén y derivación desde el centro de referencia de la familia para que pueda llevarse a cabo una evaluación e intervención especializada.
- 2.- Formación y disponibilidad de redes psiperinatales interdisciplinarias de proximidad formadas, a las que puedan derivar las matronas de referencia de las madres y padres, para atender a las personas o familias con riesgo o padeciendo una psicopatología perinatal.
- 3.- Instituciones hospitalarias especializadas en psicopatología perinatal que puedan atender la patología parental psiperinatal de manera ambulatoria o mediante el ingreso en unidades padres-madres-bebés evitando a toda costa las separaciones padres-madres-bebés.
- 4.- Servicios Materno-Infantiles adecuadamente preparados para atender la salud mental perinatal materna, paterna e infantil.

60 CONECTA PERINATAL (2021). Consideraciones y propuestas de la Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia CONECTA PERINATAL para el cuidado de la salud mental Perinatal y de la Familia en España. Naciendo, 1, 216-224. <https://www.cairn-mundo.info/revista--2021-1-page-216.htm>.



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

5.- Centros psicosociales de acogida y cuidado de las familias en dificultad, y educativos, especializados en la protección a la familia para preservar la crianza en el seno de la propia familia.

6.- Equipos psiperinatales de seguimiento ambulatorio a domicilio.

7.- Unidades móviles psiperinatales para la atención domiciliaria en los casos en los que las madres, padres y bebés vivan lejos del centro sanitario de referencia.

8.- Sensibilización y formación en salud mental perinatal y psicopatología perinatal e infantil de los equipos y de las redes interdisciplinarias regionales y de proximidad que incluyen, entre otras figuras profesionales, a la matronería, ginecología-obstetricia, neonatología, enfermería, pediatría, fisioterapia, trabajo social, educación comunitaria, educación infantil, psicología y psiquiatría.

9.- Especialización en salud mental perinatal de los profesionales de la psiquiatría y de la psicología clínica, y sensibilización y formación en salud mental perinatal de aquellos profesionales especializados en psiquiatría o psicología clínica infanto-juvenil y de adultos.

10.- Autorización judicial previa a cualquier retirada de la guarda y tutela de bebés, niños y niñas.

11.- Coordinación efectiva y auténtica entre los equipos de servicios sociales y los equipos sanitarios especializados en psiperinatalidad e infancia, para que a la hora de tomar aquellas decisiones que puedan comprometer la continuidad del vínculo afectivo padres-madres-bebés, estos servicios, auténticamente coordinados entre sí, puedan garantizar que se eviten las separaciones iatrogénicas que producen desamparo en la díada madre-bebé al separarles de manera forzosa mediante la fórmula administrativa de declarar al bebé o al niño/a en desamparo.

La imprescindible coordinación entre ambos equipos deberá evaluar y gestionar de manera rápida los recursos socio-sanitarios disponibles para proteger y evitar, a toda costa, la separación forzosa del bebé o niño/a de su familia.

El bebé y el niño pequeño deben estar, de manera prioritaria, en el corazón de los dispositivos y de las intervenciones que deben procurar adaptarse a su sensibilidad y tener en cuenta la preservación de su derecho a crecer en el seno de su familia, siempre que resulte posible.

12.- La formación de los jueces de familia y de los fiscales sobre el desarrollo psicológico, sobre la psicopatología de los bebés y de los niños y niñas y sobre el desarrollo del apego. Formación de gran importancia para favorecer resoluciones y estrategias cuidadoras del desarrollo de las relaciones de apego seguras y estables.

13.- Formación en salud mental perinatal y psicopatología perinatal e infantil de los/las educadores/as de las escuelas infantiles para que se encuentren preparados para cuidar de las familias, bebés, niños y niñas en dificultad.

14.- Formación en salud mental perinatal y psicopatología perinatal e infantil de los/as trabajadores/as sociales y de los/as educadores/as sociales, en especial de aquellos dedicados a las familias en dificultad.

15.- Atención sanitaria pública integral y efectiva garantizada para las madres y para sus bebés en los centros en los que se encuentran recluidas, y sostenimiento público, integral y efectivo, para las madres y sus hijos cuando éstas salen de prisión para facilitar su reinserción social y laboral.

16.- Los centros de psiquiatría y de psicología clínica perinatal e infanto-juvenil deben realizar un seguimiento individualizado y periódico sobre la evolución de los bebés y niños y niñas tutelados.

El seguimiento de los efectos que generan los centros de menores y las familias de acogida no debe concernir únicamente a los servicios sociales o educativos puesto que la salud mental de los bebés, niños y niñas es un asunto psicológico y médico.

Siendo muy recomendable que todas las instituciones que se ocupan de la pequeña infancia sean acreditadas mediante una evaluación y seguimiento periódico del desarrollo y de la salud mental de los bebés y niños y niñas



PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MODELO CUIDADOR DE LA SALUD MENTAL PERINATAL Y DE LA FAMILIA

que cuidan, y tengan que presentar un proyecto de centro y una memoria anual, así como desarrollar vínculos de cooperación con las demás instituciones del campo de la pequeña infancia.

17. Evaluación de los costes económicos que resultan de la falta de una adecuada y suficiente atención especializada a la salud mental perinatal y de la familia en dificultades.

18.- Censo de los recursos, programas y estrategias públicas de atención a la salud mental perinatal, a nivel nacional y de cada comunidad autónoma, que resulte accesible tanto para el usuario como para el profesional.

- Nota sobre el coordinador -

Pascual Palau Subiela es Especialista y Doctor en Psicología Clínica y de la Salud. Psicoterapeuta. Psicopsicólogo de bebés y niños/as, formado en el Instituto de Psicología de París IPSO (<https://www.asm13.org/fr/institut-de-psychosomatique-ipsos>). Miembro Titular formador del IPSO y de SEPIA (Sociedad de Estudios Psicopatológicos Iberoamericana). Miembro del Instituto Psicoanalítico de la Asociación Psicoanalítica de Madrid. Consultor en pediatría hospitalaria en psicopatología y psicopatología perinatal e infantil. Responsable de la organización del Máster Oficial en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil y del Programa de Doctorado de la misma especialidad, co-organizados por ASMI WAIMH-España y la Universidad de Valencia (2011-2020). Presidente de ASMI WAIMH-España (<http://asmi.es>). Presidente de la Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia CONECTA PERINATAL (<https://conectaperinatal.com/>). Miembro de la Comisión de Formación y de la Junta Directiva de l'Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (<https://www.aepea.org/>). Consejero científico de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicología de la Comunidad Valenciana. Director de la Editorial ASMI WAIMH-España: <https://asmieditorial.com/>. Ex - Asesor - formador de educadores/as de las Escuelas Infantiles de Pamplona y Navarra. Responsable de la coordinación del programa de asistencia a las madres, bebés y funcionarios y funcionarias de un Módulo y de una Unidad de Madres de dos Centros Penitenciarios.

Correspondencia: pascual.palau@gmail.com

