

La salud mental de los bebés: propuestas de abordaje desde la Observación General N° 7 de la CDN y el enfoque de salud basado en derechos humanos

Rocío Paricio del Castillo

Psiquiatra de la Infancia y la Adolescencia, Hospital Universitario Puerta de Hierro  

<https://dx.doi.org/10.5209/soci.103870>

Recibido: 8 de julio de 2025 • Aceptado: 5 de noviembre de 2025

Resumen: Este artículo aborda la salud mental en la primera infancia desde un enfoque de derechos humanos, destacando la Observación General N° 7 del Comité de los Derechos del Niño como herramienta normativa clave. Reconociendo a los bebés como sujetos de pleno derecho desde el nacimiento, se plantea la necesidad urgente de integrar la salud mental perinatal en las políticas públicas y en los sistemas sanitarios. Se argumenta que el bienestar emocional del bebé depende fundamentalmente de un entorno afectivo seguro, del vínculo temprano con sus cuidadores y de la atención sensible a sus necesidades emocionales.

A pesar de los avances normativos y científicos, la atención a la salud mental de los bebés sigue siendo insuficiente, fragmentaria y escasamente priorizada en países como España. El texto analiza prácticas sanitarias que vulneran los derechos del neonato, como la separación temprana madre-bebé o la persistencia de violencia obstétrica, y propone reformas estructurales centradas en la diáda madre-bebé. Se subraya la necesidad de capacitación profesional específica, ampliación de licencias parentales, fortalecimiento de servicios perinatales y articulación de políticas intersectoriales. Asimismo, se analizan oportunidades recientes como el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 y la creación de unidades perinatales.

En conclusión, se defiende que garantizar la salud mental desde el nacimiento no es solo una prioridad sanitaria, sino un mandato ético y legal. La implementación efectiva de la Observación General N° 7 puede transformar los sistemas de salud para que realmente protejan el desarrollo emocional desde los primeros días de vida.

Palabras clave: salud mental perinatal; primera infancia; Observación General N° 7; derechos de la infancia; políticas públicas.

PT A saúde mental dos bebês: propostas de abordagem a partir da Observação Geral nº 7 da CDN e do enfoque de saúde baseado em direitos humanos

Resumo: Este artigo analisa a saúde mental na primeira infância a partir de uma perspectiva de direitos humanos, destacando a Observação Geral nº 7 do Comitê dos Direitos da Criança como marco normativo essencial. Reconhece os bebês como sujeitos plenos de direitos desde o nascimento e defende a urgência de integrar a saúde mental perinatal às políticas públicas e aos sistemas de saúde. O bem-estar emocional do bebê depende diretamente de um ambiente afetivo seguro, de vínculos precoces com os cuidadores e de uma resposta sensível às suas necessidades emocionais. Apesar dos avanços legais e científicos, a atenção à saúde mental dos bebês continua sendo limitada e fragmentada, especialmente em países como a Espanha.

O artigo critica práticas que violam os direitos dos recém-nascidos, como a separação precoce entre mãe e bebê e a persistência da violência obstétrica, propondo reformas estruturais centradas na diáda mãe-bebê. Destaca-se a necessidade de formação especializada para profissionais, ampliação das licenças parentais, fortalecimento dos serviços perinatais e articulação de políticas intersetoriais. Também são abordadas oportunidades recentes, como o Plano de Ação em Saúde Mental 2025-2027 da Espanha e a criação de unidades perinatais.

Conclui-se que garantir a saúde mental desde o nascimento não é apenas uma prioridade em saúde pública, mas um dever ético e jurídico. A implementação efetiva da Observação Geral nº 7 pode transformar os sistemas de saúde para promover o desenvolvimento emocional desde os primeiros dias de vida.

Palavras-chave: saúde mental perinatal; primeira infância; Observação Geral nº 7; direitos da criança; políticas públicas.

ENG Infant Mental Health: Approaches Based on General Comment No. 7 of the CRC and a Human Rights-Based Health Framework

Abstract: This article explores infant mental health from a human rights perspective, highlighting General Comment No. 7 of the UN Committee on the Rights of the Child as a key legal framework. It recognizes newborns as full rights-holders from birth and emphasizes the urgent need to integrate perinatal mental health into public policies and healthcare systems. Emotional well-being in early life is deeply linked to a secure affective environment, early caregiver bonding, and sensitive responses to emotional needs. Despite scientific and legal advances, mental health care for babies remains insufficient and underprioritized, particularly in countries like Spain.

The article critiques practices that infringe upon newborn rights –such as early mother-infant separation and obstetric violence– and calls for structural reforms centered on the mother-infant dyad. It advocates for specialized professional training, extended parental leave, strengthened perinatal services, and coordinated intersectoral policies. The piece also discusses recent opportunities, including Spain's 2025–2027 Mental Health Action Plan and the expansion of perinatal mental health units.

Ultimately, the authors argue that ensuring mental health from birth is not merely a health concern but a legal and ethical imperative. The effective application of General Comment No. 7 can reshape healthcare systems to promote emotional development from the very beginning of life.

Keywords: perinatal mental health; early childhood; General Comment No. 7; children's rights; public policies.

Sumario: 1. Introducción: el olvido de la salud mental de la primera infancia. 2. Metodología. 3. Marco Normativo: enfoque de derechos humanos en la protección de la salud mental en la primera infancia. 3.1. Reconocimiento del bebé como sujeto de derechos. 3.2. Importancia del entorno afectivo temprano. 3.3. Interdependencia entre la CDN y la CEDAW. 4. Implicaciones para las políticas públicas. 4.1. Principios generales para la protección de la salud mental en la primera infancia. 4.2. Iniciativas de la organización Mundial de la Salud (OMS). 4.3. Estado actual de las políticas nacionales españolas en materia de salud mental perinatal. 4.4. Oportunidades emergentes en el contexto español para la salud mental del bebé. 4.5. Hacia una reforma orientada por los derechos del bebé. 5. Conclusiones. 6. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Paricio del Castillo, R. (2025). La salud mental de los bebés: propuestas de abordaje desde la Observación General N° 7 de la CDN y el enfoque de salud basado en derechos humanos. *Sociedad e Infancias*, 9(2), 207-219. <https://dx.doi.org/10.5209/soci.103870>

1. Introducción: el olvido de la salud mental de la primera infancia

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) (ONU, 1948), en su artículo 25.1, donde se recoge el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado, incluyendo la salud y los servicios médicos. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (ONU, 1966), en su artículo 12, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. También el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC, 2000) ha interpretado este artículo en su Observación General N° 14, detallando las obligaciones de los Estados respecto a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud.

El derecho a la salud comprende la atención médica, pero, también, el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social que sea posible. De ello se deriva que la salud mental no puede considerarse como un componente secundario o separado de la salud general, sino que se trata de una parte indisoluble de la misma. Como refiere el lema de la Organización Mundial de la Salud: "*no hay salud sin salud mental*" (OMS, 2005). Sin embargo, no ha sido hasta el siglo XXI cuando la salud mental ha tomado verdadera relevancia en la agenda pública. La pandemia de COVID-19 y sus secuelas han influido significativamente en la consideración de la salud mental. En España, a raíz de la pandemia, se puso de manifiesto la fragilidad de la red asistencial destinada a atender la salud mental infanto-juvenil, con un desbordamiento de los sistemas de salud de las distintas Comunidades Autónomas debido al incremento de urgencias psiquiátricas en la infancia, al colapso de las consultas ambulatorias y las plantas de hospitalización de adolescentes, y un incremento significativo de las conductas suicidas y los suicidios consumados a nivel nacional por parte de los y las menores de edad (Paricio del Castillo *et al.*, 2024a). Esta situación propició, en el año 2021, el reconocimiento de la Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia como una especialidad médica propia, con necesidades formativas y características asistenciales propias e independientes de la Psiquiatría general o de adultos. Sin embargo, y pese a estos avances indiscutibles, la atención al bienestar emocional de la primera infancia, concretamente, de los bebés y niños pequeños (especialmente, en la etapa previa al desarrollo del lenguaje verbal), todavía se encuentra muy alejada de alcanzar el compromiso necesario con sus derechos humanos. Y ello pese a que atender la salud mental desde los primeros momentos de vida constituye una exigencia ética, sanitaria y jurídica ineludible.

No cabe duda de que los bebés, como sujetos de pleno derecho, tienen también derecho a la salud mental y al mejor bienestar físico, social y emocional que sea posible. Este reconocimiento implica que

las necesidades emocionales y relacionales de la primera infancia deben ser reconocidas y atendidas de forma prioritaria. Sin embargo, pese al creciente interés por la salud mental en las agendas sanitarias y sociales, las necesidades específicas de la salud mental de los bebés continúan siendo ampliamente desatendidas. De hecho, dentro de los sistemas sanitarios, la salud mental perinatal (aquella que atiende la salud mental de los bebés, sus madres y sus familias durante el embarazo y el primer año postparto), continúa infradotada y subdesarrollada en una gran parte de las provincias españolas (Paricio del Castillo, 2024). Esta omisión es especialmente preocupante si se considera que la etapa perinatal y los primeros años de vida constituyen un periodo de máxima vulnerabilidad, en el cual se construyen las bases de la salud mental futura.

La desatención a la salud mental de los bebés sólo puede comprenderse a la luz de la invisibilidad histórica que han tenido dentro de los discursos públicos, científicos y asistenciales. Se tiende a asumir la infancia temprana transcurre en un estado de pasividad o inconsciencia, ignorando la complejidad emocional y relacional de los primeros meses de vida. Esta invisibilidad es muy marcada dentro del discurso biomédico, que durante décadas negó incluso la posibilidad de sufrimiento físico en los bebés. Esto se manifestó en prácticas tales como someter a los bebés a intervenciones quirúrgicas sin tratamiento anestésico, considerando que la inmadurez de su sistema nervioso les impedía experimentar dolor. No fue hasta el año 1987 cuando la Academia Americana de Pediatras (AAP) publicó una declaración en la afirmaba que no era ético negar la analgesia a los bebés durante los procedimientos médicos, lo que supuso un punto de inflexión en el reconocimiento del dolor de los recién nacidos y desafió a unas prácticas altamente extendidas (AAP, 1987). El sufrimiento psíquico de los bebés ha tardado aún más en ser reconocido, puesto que todavía hoy hay dificultades a la hora de reconocer en el bebé un individuo con una mente propia que también puede padecer estragos emocionales. La investigación científica ha demostrado que los bebés tienen mente, tienen experiencias subjetivas, y pueden sufrir físicamente, pero también mental y emocionalmente, desde el nacimiento e incluso desde la vida intrauterina (Anand y Hickey, 1987; Weng *et al.*, 2024). Se ha comprobado que perciben, sienten, procesan estímulos y son profundamente afectados por la calidad del entorno relacional en el que nacen y se desarrollan; de hecho, la exposición de bebés de seis meses a una expresión facial impertérrita de su madre se asocia a la aparición en ellos de afecto negativo y a un incremento del tono vagal y de la frecuencia cardíaca (Moore *et al.*, 2009).

Es más, la ciencia del desarrollo infantil ha demostrado que los primeros mil días son críticos para la formación de circuitos neurológicos que sustentan funciones cognitivas, emocionales y sociales (UNICEF, 2017). El bienestar emocional del bebé, que se establece en la interacción afectiva, segura y sensible con sus cuidadores, es un determinante clave de su salud mental, y su ausencia o disruptión puede tener consecuencias a largo plazo en el desarrollo emocional y conductual. Pese a ello, dentro de los sistemas de salud, los bebés todavía son a menudo tratados como seres pasivos, como meras prolongaciones de sus madres o como seres humanos "incompletos".

En este contexto, el enfoque de salud basado en derechos humanos se presenta como un paradigma fundamental para garantizar una atención integral (que incluya la salud mental) y equitativa (para todos los seres humanos, y desde los primeros momentos de vida). Este enfoque reconoce que el acceso a la salud no es una concesión, sino un derecho universal e inalienable, protegido por diversos tratados internacionales como la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), que establece el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24). El enfoque de salud basado en derechos humanos implica que los servicios de salud deben estar disponibles, accesibles, aceptables y de calidad, considerando las necesidades específicas de cada etapa del desarrollo humano (Parker y Murray, 2022). En el caso del bebé, esta atención debe contemplar no solo su crecimiento físico, sino también su bienestar emocional y salud mental, aspectos frecuentemente subestimados pero esenciales en los primeros años de vida.

Por otro lado, las investigaciones en desarrollo infantil y en salud mental perinatal han enfatizado la importancia de la protección de esta etapa. Invertir en salud mental perinatal implica mejorar la salud de las generaciones presentes y futuras, de una forma que se ha demostrado, además, altamente costo-efectiva, puesto que intervenciones breves, centradas en el apoyo a la vinculación saludable madre-bebé y el cuidado de las necesidades de la diádica, han demostrado muy buenos resultados a largo plazo en salud poblacional (Bauer *et al.*, 2014).

El presente artículo tiene como objetivo examinar la Observación General N° 7 del Comité de los Derechos del Niño (2005) como herramienta clave para entender y proteger la salud mental del bebé desde un enfoque de derechos. Se exploran las políticas sanitarias necesarias para garantizar el enfoque de salud basado en derechos humanos a la atención de la salud mental y el bienestar emocional de la primera infancia en España.

2. Metodología

Se revisan los principales tratados internacionales de derechos humanos relativos a la salud en la primera infancia. Se examina la Observación General N° 7 del Comité de los Derechos del Niño (2005), la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) para recoger sus principios rectores en lo relativo a la salud mental en la infancia. Se examinan también las recomendaciones al respecto realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se exploran las políticas sanitarias necesarias para garantizar el enfoque de salud basado en derechos humanos a la atención de la salud mental y el bienestar emocional de la primera infancia en el contexto sanitario español.

3. Marco normativo: enfoque de derechos humanos en la protección de la salud mental en la primera infancia

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), adoptada por la Asamblea General de las ONU en 1989, es el tratado internacional de derechos humanos más ampliamente ratificado, y constituye el principal instrumento normativo para la protección integral de la niñez. Reconoce a los niños y niñas como sujetos plenos de derechos, con necesidades específicas que deben ser atendidas desde una perspectiva centrada en su dignidad, desarrollo y bienestar.

Aunque la CDN no menciona explícitamente el término “salud mental”, ésta ha de entenderse como un elemento intrínseco del derecho del niño al más alto nivel posible de salud. El artículo 24 establece dicho derecho, obligando a los Estados Parte a garantizar servicios adecuados para el tratamiento de enfermedades y rehabilitación de la salud, incluyendo medidas para reducir la mortalidad infantil y fomentar el desarrollo saludable. En este marco, la salud comprende tanto aspectos físicos como emocionales, psicológicos y sociales del bienestar del niño, por lo que la atención a la misma ha de contemplar, también, su salud mental.

Además, la CDN consagra principios fundamentales, como el interés superior del niño (art. 3), el derecho al desarrollo (art. 6) y el derecho a ser escuchado (art. 12), que refuerzan la necesidad de considerar la salud mental como un aspecto central de las políticas y servicios dirigidos a la infancia. La protección frente al maltrato, el abandono y la negligencia (arts. 19 y 39) también adquiere especial relevancia, ya que estas situaciones tienen un impacto directo en la salud emocional y psicológica de los niños y niñas.

La atención a la salud mental infantil, por tanto, no es solo un componente del derecho a la salud, sino un requisito transversal para el cumplimiento de todos los derechos del niño. Este reconocimiento se ha fortalecido en las interpretaciones posteriores del Comité de los Derechos del Niño, especialmente en sus observaciones generales, que buscan orientar la implementación de la CDN por parte de los Estados.

Complementariamente, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ONU, 1979) reconoce el derecho de las mujeres a la salud, a la maternidad protegida y a condiciones que aseguren el bienestar de sus hijos. Desde un enfoque de salud mental perinatal, ambos tratados forman una base sólida para el diseño de políticas intersectoriales que protejan al binomio madre-bebé.

La Observación General N.º 7 (2005), por su parte, es la primera interpretación oficial de la CDN que se focaliza en los niños pequeños (0 a 8 años), y, especialmente, en los “muy pequeños”, reconociendo explícitamente a los bebés como sujetos de derechos desde el nacimiento. Publicada en 2005 por el Comité de los Derechos del Niño, la Observación General N.º 7 se centra en la realización de los derechos del niño en la primera infancia, entendida como el periodo que va desde el nacimiento hasta los ocho años. Este documento representa un hito en el reconocimiento explícito de la importancia de los primeros años de vida como una etapa crítica para el desarrollo integral, incluyendo la salud mental y emocional.

En ella, el Comité subraya que los niños pequeños son titulares de todos los derechos consagrados en la Convención y que requieren una protección especial, así como políticas públicas específicas que aborden sus necesidades particulares. La Observación destaca la interdependencia entre el entorno emocional, el vínculo afectivo y el desarrollo neurológico, señalando que las experiencias tempranas moldean profundamente las capacidades cognitivas, sociales y afectivas de los niños.

Uno de los aportes clave de esta Observación es el reconocimiento de la salud mental infantil como un componente esencial del desarrollo saludable, y la necesidad de abordarla mediante un enfoque integral e interdisciplinario. Se hace hincapié en la importancia de entornos familiares seguros, relaciones de apego estables y el acceso a servicios de apoyo psicosocial desde el nacimiento. El Comité también destaca la responsabilidad del Estado en proporcionar apoyo a las familias y cuidadores, ya que su bienestar emocional repercute directamente en la salud mental del niño. La Observación General N.º 7 recomienda a los Estados implementar políticas que promuevan el bienestar emocional, la resiliencia y el desarrollo de habilidades sociales desde la primera infancia, incluyendo el fortalecimiento de los servicios de salud mental comunitarios, la formación de profesionales en desarrollo infantil y la integración de la salud mental en los sistemas educativos y de protección social. Por lo tanto, su valor jurídico es fundamental para la protección de la salud mental perinatal.

3.1. Reconocimiento del bebé como sujeto de derechos

La Observación General N.º 7 del Comité de los Derechos del Niño afirma con claridad que “*el niño, desde el nacimiento, debe ser reconocido como titular de todos los derechos consagrados en la Convención*” (2005, párr. 5). Esta declaración, aunque pueda parecer evidente desde una sensibilidad actual orientada por los derechos humanos, representa un cambio de paradigma profundo en la concepción jurídica, social y ética de la infancia temprana. Durante siglos, los recién nacidos, especialmente en sus primeras horas y días de vida, fueron considerados más como una extensión de la madre o como “futuros sujetos”, que como personas con dignidad y derechos propios.

El ordenamiento jurídico español también constituye un ejemplo paradigmático de esta visión histórica, ya que el Código Civil de España, hasta su reforma en el año 2011, no reconocía la personalidad jurídica plena del recién nacido si no sobrevivía al menos 24 horas con figura humana (artículo 30 del Código Civil, en su redacción original). Esta condición reflejaba una concepción legal que subordinaba el reconocimiento del bebé a criterios de viabilidad biológica y supervivencia mínima, sin considerar su valor intrínseco como ser humano desde el nacimiento. Si bien este precepto ha sido superado en la práctica por normas internacionales de derechos humanos, su existencia durante tanto tiempo da cuenta de una cultura jurídica que no incluía a los bebés como verdaderos titulares de derechos.

En consecuencia, la falta de reconocimiento pleno del recién nacido como sujeto de derechos ha tenido implicaciones en el diseño de políticas de salud, prácticas médicas y modelos de atención. Por ejemplo, prácticas todavía comunes en muchos contextos (como la separación innecesaria del bebé de su madre tras el parto, ya sea por rutinas institucionales o por una interpretación excesivamente tecnocrática del cuidado neonatal) pueden constituir una forma de vulneración de derechos, al ignorar las necesidades emocionales y vinculares del neonato. Numerosos estudios han demostrado que el contacto piel con piel inmediato, la lactancia precoz y el acompañamiento afectivo desde el nacimiento tienen un impacto positivo en el desarrollo físico, social, emocional y en la salud mental del bebé (Moore *et al.*, 2016; Zhang *et al.*, 2024; Chou *et al.*, 2025).

Desde una perspectiva de derechos humanos, este tipo de prácticas deben ser revisadas a la luz de lo que la Convención sobre los Derechos del Niño establece como obligaciones positivas de los Estados. El Artículo 6 de la CDN consagra el derecho intrínseco del niño a la vida, y exige que los Estados “garanticen en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”. Esta noción de desarrollo no puede entenderse únicamente en términos biológicos o funcionales, sino que, como ha precisado la Observación General N.º 7, debe comprenderse en un sentido integral, que abarque el bienestar emocional, la salud mental, la seguridad afectiva y la calidad de los vínculos relacionales.

El reconocimiento del neonato como sujeto de derechos implica, entonces, la obligación de garantizar entornos emocionalmente seguros, cuidados sensibles y relaciones afectivas estables, especialmente en los llamados primeros 1000 días de vida, un período crítico para la configuración de las bases neurobiológicas, psicológicas y sociales del desarrollo (UNICEF, 2017). La ausencia de estas condiciones (ya sea por prácticas hospitalarias inadecuadas, falta de acompañamiento profesional o políticas públicas insuficientes) constituye no solo un problema de salud pública, sino una falta a los derechos fundamentales del niño.

Por tanto, integrar este enfoque en las prácticas de atención perinatal y pediátrica requiere una transformación estructural en los sistemas sanitarios. El objetivo ya no es la mera supervivencia del recién nacido, sino la promoción de su bienestar desde el primer momento de vida. Reconocer esta dimensión es fundamental para pasar de una visión asistencialista a un enfoque de salud basado en derechos humanos, donde el respeto por la dignidad del niño comience desde el inicio de la vida, incluyendo su existencia intrauterina.

3.2. Importancia del entorno afectivo temprano

El entorno afectivo en la primera infancia es un componente básico para el desarrollo integral del niño. Según el Comité de los Derechos del Niño de las ONU, “la calidad de los cuidados, las relaciones afectivas, la nutrición emocional y la estimulación que reciben los niños en la primera infancia son fundamentales para su desarrollo posterior” (2005, párr. 6). Además de un principio ético, esta aseveración es una realidad empíricamente respaldada por los estudios científicos. Como recoge la Observación General, la evidencia científica confirma que los niños pequeños deben ser considerados agentes sociales cuya supervivencia, bienestar y desarrollo se construyen sobre las relaciones estrechas que mantienen con un número pequeño de personas clave para ellos y de las cuales dependen. Desde mediados del siglo XX, las investigaciones en neurociencia del desarrollo y de la teoría del apego han demostrado fehacientemente que los infantes necesitan una figura de cuidados, y que la calidad de estos cuidados (que incluyen la protección, el consuelo y la regulación emocional, para establecer un apego seguro) guarda una íntima relación con su desarrollo y su salud a lo largo de la vida (Wright *et al.*, 2015; Gillath *et al.*, 2022).

Numerosos estudios han demostrado que las experiencias tempranas, especialmente aquellas vinculadas a las interacciones con figuras cuidadoras, influyen directamente en la organización de la arquitectura cerebral durante los primeros años de vida (National Research Council *et al.*, 2000). El neurodesarrollo infantil no sigue un patrón exclusivamente genético, sino que es altamente sensible a las influencias del entorno físico, emocional y relacional (Landrigan *et al.*, 2023). La crianza tiene una gran influencia en el desarrollo infantil, y la exposición temprana a relaciones afectivas estables y receptivas favorece el desarrollo de funciones ejecutivas, la autorregulación emocional y la construcción de redes neuronales que sostienen habilidades cognitivas y sociales complejas (Reiss *et al.*, 2023).

Desde una perspectiva de salud mental infantil, estas evidencias reafirman la importancia de promover contextos de crianza que faciliten el establecimiento de vínculos de apego seguros, base indispensable para el bienestar emocional a lo largo de la vida. La teoría del apego, desarrollada por Bowlby y ampliada por Ainsworth y otros investigadores, ha mostrado que los niños que experimentan relaciones de apego seguras desarrollan una mayor capacidad para la exploración del entorno, la autorregulación y la formación de relaciones interpersonales saludables con una mayor empatía (Van Rosmalen *et al.*, 2016; Xu *et al.*, 2022; De Sanctis y Mesurado, 2023). Por el contrario, cuando los bebés están expuestos a experiencias adversas en el entorno afectivo, como la negligencia emocional, la inconsistencia en los cuidados o la ausencia de sensibilidad por parte de los adultos responsables, se incrementa significativamente el riesgo de alteraciones en el desarrollo socioemocional. En particular, la exposición al estrés tóxico (aquel que se prolonga en el tiempo sin el acompañamiento de relaciones de protección) puede tener efectos duraderos sobre el eje neuroendocrino, la respuesta inmunológica y la conectividad cerebral, predisponiendo al niño a dificultades en la regulación emocional, la atención y el aprendizaje (Fischer *et al.*, 2022).

Un caso particularmente relevante es el de la depresión materna no tratada durante el período perinatal, que se asocia con una menor responsividad emocional hacia el bebé, la presencia de dificultades en el establecimiento del vínculo afectivo y unos mayores niveles de angustia en el infante. Estudios longitudinales han demostrado que estos niños presentan mayor prevalencia de problemas de conducta, trastornos de ansiedad y retrasos en el desarrollo del lenguaje (Slomian *et al.*, 2019).

En este sentido, la protección del entorno afectivo temprano no debe limitarse al ámbito familiar, sino que requiere de políticas públicas integradas que promuevan el acceso a servicios de salud mental perinatal, programas de apoyo a la parentalidad, redes de acompañamiento comunitario y estrategias de detección e intervención temprana. La salud infantil y la protección de la maternidad son dos caras de una misma moneda, y promover el bienestar de las madres implica, de manera indirecta, promover el bienestar de sus hijos e hijas.

En este contexto, resulta pertinente incorporar el paradigma de la parentalidad positiva, que es aquella que se basa en el respeto, la no violencia y la participación del niño. El Consejo de Europa promueve la parentalidad positiva a través de la Recomendación CM/Rec(2006)19, que insta a los Estados miembros a adoptar políticas públicas que reconozcan la importancia de la parentalidad y proporcionen el apoyo necesario a los padres y madres, enfatizando la importancia de que los padres y las madres presten atención a sus hijos, ofrezcan estructura y orientación, los escuchen y los potencien, y se comporten de manera que los conviertan en modelos a seguir para sus hijos (Consejo de Europa, 2006).

3.3. Interdependencia entre la CDN y la CEDAW

En relación a lo expuesto anteriormente, una de las características propias de la salud mental del bebé es que ésta no puede analizarse de forma aislada, sino que se encuentra íntimamente ligada al estado emocional y psicológico de su madre o cuidador primario. El vínculo temprano, que se establece a través de las interacciones cotidianas (como el contacto afectivo, la mirada, la voz y la respuesta sensible a las señales del bebé) constituye la base del desarrollo cerebral, emocional y social del niño. El bienestar materno tiene una gran influencia en la calidad de vida del infante y puede repercutir en sus oportunidades para desarrollarse de forma segura y saludable.

Desde una perspectiva de derechos humanos, esta interdependencia ha sido reconocida en tratados internacionales como la CEDAW, que en sus artículos 11 y 12 establece el derecho de las mujeres a condiciones de trabajo compatibles con sus responsabilidades maternas, así como el acceso a servicios de salud adecuados durante el embarazo, el parto y el puerperio. Estos derechos no pueden entenderse de manera meramente física o instrumental: la salud mental perinatal (que abarca desde el embarazo hasta el primer año posparto) es una dimensión esencial del derecho a la salud, y su garantía es indispensable para promover una maternidad segura, digna y emocionalmente sostenida.

Organismos internacionales como UNICEF (2019) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) han advertido que el malestar psicológico materno (incluyendo la depresión posparto, la ansiedad perinatal y otros trastornos afectivos) tiene consecuencias significativas para el bienestar infantil. Como ya se ha mencionado, la depresión postnatal no tratada puede afectar la sensibilidad de la madre frente a las necesidades del bebé, dificultar el establecimiento de un vínculo de apego seguro y generar entornos familiares marcados por la imprevisibilidad o el retraimiento emocional. Esta situación incrementa el riesgo de trastornos del desarrollo socioemocional, dificultades en la autorregulación y problemas de conducta en la infancia (Rogers *et al.*, 2020). Así, proteger la salud mental de la madre es imprescindible para la protección de los derechos del niño. La inversión en salud mental materna es, además, una medida preventiva con gran impacto social y económico, ya que reduce la probabilidad de intervenciones futuras ante dificultades en salud infantil, educación y bienestar general (Bauer *et al.*, 2014).

4. Implicaciones para las políticas públicas

La Observación General N.º 7 del Comité de los Derechos del Niño (2005) no se limita a reiterar principios generales, sino que ofrece una guía operativa detallada para los Estados Parte, traduciendo los derechos reconocidos en la Convención en obligaciones concretas de implementación y políticas públicas efectivas. En este sentido, la Observación N.º 7 es fundamental para comprender cómo deben actuar los gobiernos para garantizar el desarrollo, la protección y el bienestar integral de los niños desde el nacimiento.

4.1. Principios generales para la protección de la salud mental en la primera infancia

Uno de los aspectos más relevantes de esta Observación es que reconoce el período de la primera infancia como una etapa crítica para el desarrollo humano, en la que los derechos del niño deben ser especialmente protegidos. El Comité destaca que la intervención estatal no debe comenzar tras el nacimiento, sino desde el embarazo, ya que las condiciones físicas, psicológicas y sociales que rodean la gestación tienen impactos determinantes en la salud y el desarrollo del niño. En esta línea, la Observación llama a los Estados a:

4.1.1. Apoyar a las familias desde el embarazo mediante políticas universales y focalizadas

El Comité señala que es responsabilidad de los Estados implementar políticas públicas que brinden apoyo integral a las familias desde el inicio de la vida prenatal, a través de programas universales (que beneficien a toda la población) y estrategias focalizadas (que atiendan especialmente a las familias en situación de vulnerabilidad). Este apoyo debe incluir información accesible sobre salud, nutrición, desarrollo infantil, derechos de los niños y vínculos afectivos, así como servicios comunitarios de acompañamiento a la parentalidad.

Además, estas políticas deben estar diseñadas con una perspectiva intersectorial e interseccional, que reconozca la diversidad de formas familiares, condiciones socioeconómicas y contextos culturales (prestar atención diferenciada a las madres adolescentes, familias migrantes, mujeres en situación de violencia o comunidades indígenas, entre otros grupos que enfrentan barreras estructurales para el ejercicio pleno de sus derechos).

4.1.2. Promover servicios de salud integrales que incluyan la salud mental perinatal

La Observación enfatiza la necesidad de garantizar un sistema de salud integral, accesible y centrado en la persona, que contemple no solo la atención física durante el embarazo, parto y puerperio, sino también el acompañamiento emocional y psicológico a las madres, padres y cuidadores. Esto implica incorporar la salud mental perinatal como parte esencial de los servicios de salud materno-infantil, incluyendo la detección y tratamiento de la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático y otras condiciones que afectan la calidad del vínculo temprano entre adulto y bebé.

Este enfoque requiere capacitar a los profesionales de salud en aspectos psicológicos del embarazo y la crianza temprana, así como en el trabajo con familias desde una perspectiva empática, culturalmente sensible y basada en derechos.

4.1.3. Implementar estrategias de detección temprana del maltrato y negligencia

La Observación también advierte sobre los efectos perjudiciales del abandono emocional, la negligencia y el maltrato en los primeros años de vida, los cuales pueden tener consecuencias duraderas en la salud mental, el desarrollo neurológico y la capacidad del niño para establecer relaciones afectivas seguras. Ante esta realidad, el Comité insta a los Estados a desarrollar mecanismos eficaces de detección temprana, incluyendo visitas domiciliarias, sistemas de alerta en centros de salud y educación inicial, y redes comunitarias de protección.

La intervención temprana ante señales de riesgo permite prevenir la cronificación de situaciones adversas, evitando así el daño acumulativo que puede resultar de entornos familiares inseguros. No obstante, es crucial que estos mecanismos respeten los derechos de las familias y no reproduzcan prácticas punitivas o estigmatizantes. Por ello, la detección debe estar acompañada de estrategias de apoyo, acompañamiento y fortalecimiento de competencias parentales, priorizando la preservación de los vínculos afectivos cuando sea posible.

4.2. Iniciativas de la organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS y UNICEF han retomado estas recomendaciones en su iniciativa “Cuidado Cariñoso y Sensible” (“Nurturing Care Framework”) (OMS y UNICEF, 2018), que orienta a los gobiernos a invertir en la salud emocional de los niños pequeños como base para el desarrollo sostenible. Su objetivo es promover el desarrollo óptimo en la primera infancia (de 0 a 5 años), reconociendo que los primeros años de vida son críticos para el desarrollo cerebral, emocional y físico del ser humano. Se trata de un enfoque integral que define lo que los niños pequeños necesitan para sobrevivir y prosperar, especialmente en contextos de vulnerabilidad. La propuesta central es que el cuidado cariñoso y sensible por parte de los adultos es la base del desarrollo infantil temprano. Así, redefine el desarrollo infantil como un proceso relacional, en el que el entorno afectivo inmediato (especialmente las relaciones tempranas) es tan importante como la salud física. De este modo, busca generar conciencia de que criar con sensibilidad no es un lujo, sino una necesidad básica para el desarrollo humano.

Sus 5 componentes son:

- Buena salud: acceso a atención médica prenatal, perinatal y pediátrica; vacunación, prevención de enfermedades y apoyo nutricional.
- Nutrición adecuada: lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, alimentación complementaria oportuna y adecuada, apoyo a la nutrición materna y familiar.
- Seguridad y protección: protección contra la violencia, el abandono, el abuso físico/emocional, y condiciones ambientales peligrosas.
- Oportunidades para aprendizaje temprano: estimulación desde el nacimiento a través del juego, el lenguaje, la música, el contacto visual y la exploración segura del entorno.
- Cuidado cariñoso y sensible (que es el núcleo del modelo): relaciones estables, afectivas y sensibles con cuidadores que respondan adecuadamente a las señales del niño o niña, especialmente en momentos de malestar, exploración o necesidad.

Este marco se basa en la evidencia de que el desarrollo temprano se ve comprometido cuando los niños y niñas carecen de vínculos afectivos seguros, están expuestos a altos niveles de estrés, no reciben estimulación oportuna o viven en pobreza extrema, violencia o abandono. Por lo tanto, el cuidado cariñoso no es solo una cuestión emocional, sino una necesidad neurobiológica.

Además, en 2022, la OMS publicó la guía “Integración de la salud mental y psicosocial en los servicios materno-infantiles”, que establece recomendaciones clave para que los sistemas de salud aborden de manera efectiva la salud mental desde el período perinatal y la primera infancia (2022).

Estas recomendaciones reafirman el mandato de la Observación General N° 7 y la CDN, enfatizando la necesidad de superar los enfoques biomédicos reduccionistas para adoptar perspectivas integrales y basadas en los derechos humanos.

4.3. Estado actual de las políticas nacionales españolas en materia de salud mental perinatal

La Observación General N° 7 del Comité de los Derechos del Niño (2005) representa un hito en la interpretación de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), al poner en el centro de la acción estatal el

desarrollo integral durante la primera infancia. Esta Observación amplía el enfoque habitual, tradicionalmente centrado en la protección física de la infancia, para incorporar de manera explícita la dimensión emocional y relacional, reconociendo que el bienestar mental del niño y niña pequeños es un componente esencial de su derecho al desarrollo. El desarrollo y la salud mental del bebé (entendida como su capacidad para formar relaciones seguras, regular sus emociones y desarrollar una base sólida para su vida afectiva y cognitiva) depende sobre todo de la calidad de sus vínculos tempranos y del entorno de cuidado que lo rodea.

En el caso de España, el marco legal y político han reconocido progresivamente la necesidad de políticas públicas orientadas a la primera infancia, pero la implementación concreta de los principios de la Observación N.º 7 aún presenta importantes desafíos. Aunque existen estrategias generales de salud infantil, protección familiar y atención perinatal, la salud mental del bebé como categoría específica sigue estando insuficientemente desarrollada en las políticas públicas, tanto a nivel estatal como autonómico (Paricio del Castillo *et al.*, 2024b).

4.3.1. Insuficiente integración del enfoque de salud mental perinatal en el sistema sanitario

A pesar de las recomendaciones internacionales, la salud mental perinatal no ha sido plenamente integrada como una prioridad en la red de atención primaria ni en los servicios hospitalarios, aunque algunas comunidades autónomas han desarrollado programas pioneros de atención a la salud mental en el embarazo y posparto (Cuellar-Flores *et al.*, 2024). No obstante, estos servicios siguen siendo fragmentarios y con cobertura desigual. Así lo refleja el denominado “Mapa del desierto”, elaborado por profesionales del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, donde se ponen de manifiesto la escasez de recursos públicos de salud mental perinatal dentro del territorio español (2024). La falta de unidades de salud mental perinatal especializadas limita la capacidad del sistema para prevenir, detectar y tratar condiciones como la depresión posparto, que tiene efectos demostrados sobre el bienestar del bebé. La OMS (2020) y UNICEF (2019) han señalado que los bebés cuyos cuidadores primarios atraviesan situaciones de estrés crónico, aislamiento social o trastornos emocionales no tratados tienen un mayor riesgo de desarrollar dificultades en su salud mental y su desarrollo emocional. Esta evidencia científica requiere una respuesta institucional sólida, que articule los servicios de salud mental con la atención perinatal y pediátrica desde una lógica preventiva, relacional y comunitaria.

Resulta necesario también mejorar la formación en salud mental temprana de todos los profesionales sanitarios implicados en la atención perinatal. Los programas formativos en medicina, enfermería, psicología y trabajo social por lo general ofrecen escasa o nula preparación sobre la salud mental en la primera infancia. Esta falta de competencias impide detectar señales tempranas de sufrimiento en los bebés y comprender la dimensión relacional del cuidado (Paricio del Castillo *et al.*, 2024b).

Además, la atención sanitaria de los bebés sigue centrada en parámetros biomédicos, dejando de lado su condición de sujetos de derecho. Pocas unidades integran una mirada centrada en el respecto al bienestar emocional del bebé o su necesidad de contacto continuo con figuras de apego. Un ejemplo paradigmático es la inexistencia en España de unidades de hospitalización psiquiátrica que permitan a las madres con problemas de salud mental ingresar con sus bebés, sin obligar a la separación de la diada, pese a que estas unidades han demostrado beneficios para la salud, el bienestar y la vinculación afectiva de ambos (Hill *et al.*, 2019).

4.3.2. Prácticas sanitarias contrarias a los derechos del bebé y de la madre

En España, la mayor parte de los nacimientos se producen en entornos hospitalarios, lo que implica que la estructura y jerarquía de los mismos, la cultura organizacional y los protocolos médicos marcan, en gran medida, las primeras experiencias vitales de los bebés. Todavía son numerosas las prácticas llevadas a cabo sin evidencia científica, o en contra de la misma, que tienen un potencial lesivo sobre la salud mental de los bebés y de sus madres (Paricio del Castillo y Cano Linares, 2024).

En primer lugar, encontramos la persistencia de prácticas deshumanizadas que afectan a la salud mental y física de las madres, pero también de sus bebés. Estas incluyen desde inducciones médicas sin indicación clara, separación inmediata tras el nacimiento, limitación del acompañamiento, y restricciones en el contacto piel con piel o en la lactancia inmediata, hasta vulneraciones de la autonomía de las mujeres y de su derecho a tomar decisiones sobre su salud, o tratos inadecuados, vejatorios o denigrantes en los paritorios. Estas intervenciones, muchas veces protocolizadas, interrumpen el establecimiento del vínculo temprano y vulneran el derecho del bebé a un entorno emocionalmente seguro, tal como lo establece la Observación N.º 7. La existencia de violencia obstétrica en España es, desgraciadamente, una realidad narrada por multitud de mujeres (Iglesias *et al.*, 2019) y que ha sido corroborada por tres dictámenes del Comité de la CEDAW contra España, exigiendo la reparación a las denunciantes y la toma de medidas efectivas por parte del Estado para acabar con ella (CEDAW, 2020, 2022, 2023). De hecho, durante la pandemia de COVID-19, los cambios arbitrarios que muchos hospitales realizaron en sus protocolos de atención al parto arrasaron con derechos fundamentales de bebés y madres, por ejemplo, realizando cesáreas e instrumentaciones para acortar el periodo expulsivo en el parto sin necesidad clínica (Paricio del Castillo y Cano Linares, 2020; Mena-Tudela, 2022). Ello pone de manifiesto cómo, ante situaciones de crisis, los derechos de las mujeres y de la primera infancia corren un mayor riesgo de ser vulnerados.

Otra práctica cada vez más cuestionada, pero todavía frecuente en algunas situaciones, son las separaciones madre-bebé tempranas tras el nacimiento. Numerosos estudios han demostrado que la separación temprana puede inducir estrés en el bebé, con alteraciones endocrinas y dificultades en la regulación emocional posterior (OMS, 2022). La presencia continua de la madre favorece la estabilización fisiológica

del bebé y reduce el riesgo de trastornos emocionales futuros (Zengin *et al.*, 2023). Si bien las separaciones postparto rutinarias para valoración neonatal tras partos vaginales sin complicaciones son ya muy poco frecuentes en los hospitales españoles, siguen ocurriendo en los nacimientos por cesárea.

Estas separaciones también pueden llegar a ser muy dolorosas en contextos de prematuridad o enfermedad del recién nacido. En las unidades neonatales de cuidados intensivos (UCIN), las barreras para la no separación madre-bebé son a menudo prácticamente infranqueables, incluso en aquellas que se definen como “de puertas abiertas” (que permiten el acompañamiento parental todo el tiempo que éstos lo deseen). Muchas instalaciones no están adecuadamente preparadas para permitir la presencia continua de los padres, y no contemplan suficientemente el impacto emocional que la separación prolongada puede tener sobre el desarrollo del bebé, especialmente en contextos de prematuridad o enfermedad, de hecho, en España sólo un 13 % de unidades de nivel III tienen habitaciones tipo “single family rooms” con espacio y mobiliario para que los padres puedan estar con el neonato sin restricciones (Solís-García *et al.*, 2024). Esto adquiere especial importancia a la luz de las investigaciones científicas más recientes. El neurocientífico Niels Bergman señala que gran parte de las secuelas habitualmente atribuidas a la prematuridad pueden ser, en realidad, secuelas derivadas de la separación madre-bebé, y aboga por la no separación incluso en situaciones de cuidados intensivos, refiriendo que la madre es “la mejor incubadora” para su hijo (Bergman, 2019). Por ello, se están realizando algunos intentos en diferentes países del mundo de lograr una “separación cero” madre-bebé en las unidades de cuidados intensivos neonatales, con resultados prometedores (Van Veenendaal *et al.*, 2022).

4.3.3. Licencias parentales insuficientes para promover vínculos seguros

Otro obstáculo estructural importante es la duración insuficiente de las licencias por nacimiento y cuidado de menores. Aunque las reformas legislativas recientes en España han equiparado los permisos de maternidad y paternidad en términos de duración, siguen siendo limitadas en relación con las recomendaciones de organismos internacionales, que recomiendan al menos seis meses de alimentación por medio de lactancia materna exclusiva (OMS y UNICEF, 2019). Esta insuficiencia impone a muchas familias una vuelta prematura al trabajo, lo cual incrementa los niveles de estrés parental, interfiere con la regulación emocional del bebé y debilita la base del apego seguro. Estudios recientes han demostrado que una de las principales políticas eficaces para mejorar la salud física y mental de las madres y de sus bebés es la existencia de permisos de maternidad pagados de duración suficiente (Van Niel *et al.*, 2020).

Además, el acceso desigual a redes de apoyo a la crianza, especialmente en familias monoparentales, migrantes o en situación de precariedad, agrava la exposición de los bebés a entornos familiares estresantes, factor de riesgo reconocido para su salud mental y su desarrollo integral.

4.4. Oportunidades emergentes en el contexto español para la salud mental del bebé

A pesar de las vulneraciones descritas, el contexto español también ofrece importantes oportunidades de avance para la protección de la salud mental en la primera infancia, reflejando una creciente sensibilización institucional, profesional y política sobre la importancia del periodo perinatal para el bienestar emocional de los bebés y sus familias.

4.4.1. El nuevo Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027

El Ministerio de Sanidad (2025) ha aprobado recientemente el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027, que representa un hito significativo al incluir por primera vez de forma explícita una línea estratégica dedicada a la salud mental perinatal (Línea 6), alineada con las recomendaciones de la OMS para la integración de la salud mental en los servicios materno-infantiles, subrayando la importancia de intervenir precozmente para proteger el vínculo madre-bebé, reducir los estigmas y mejorar el acceso a tratamiento (OMS, 2022). Esta línea contempla:

- La creación de unidades de salud mental perinatal interdisciplinares en hospitales públicos.
- La mejora de la detección precoz de los trastornos mentales en el embarazo y posparto.
- La integración de servicios de apoyo psicológico durante el seguimiento del embarazo y la atención posnatal.
- La formación específica para profesionales sanitarios en salud mental materna e infantil temprana.

4.4.2. Progresiva implantación de unidades perinatales en hospitales públicos y privados

Cada vez son más los hospitales que están comenzando a crear consultas específicas de salud mental perinatal, muchas de ellas impulsadas por la motivación de profesionales pioneros (Cuellar-Flores *et al.*, 2024). Estas unidades abordan de manera integral los malestares emocionales relacionados con el embarazo, el parto, el puerperio y la crianza temprana, están empezando a ofrecer intervenciones centradas en la diáda madre-bebé (o cuidador principal-bebé), e incorporan protocolos para detectar factores de riesgo psicosocial durante el embarazo, así como grupos terapéuticos y seguimiento posparto.

4.4.3. Apertura del debate político sobre la ampliación de permisos parentales

En los últimos años, se ha abierto un debate político y social en torno a la necesidad de ampliar los permisos de maternidad y paternidad más allá de las 16 semanas que estaban en vigor hasta julio de 2025. Diversas

propuestas parlamentarias han planteado la ampliación progresiva hasta 20 o incluso 24 semanas por progenitor, con posibilidad de disfrute no simultáneo, la mejora de la protección laboral para la conciliación en los primeros años del bebé, y la articulación de estas medidas dentro de una estrategia nacional de cuidados en la primera infancia (El Economista, 2025).

Este debate ofrece una oportunidad estratégica para introducir el argumento de la salud mental del bebé como razón de peso en la agenda legislativa. Vincular los permisos parentales a la prevención del sufrimiento psíquico temprano, la promoción del apego seguro y el desarrollo emocional sano puede fortalecer su legitimidad y urgencia.

4.4.4. Creciente sensibilidad social y formación especializada

El creciente interés por la salud mental, especialmente desde la pandemia, ha favorecido una mayor recepción hacia temas como la salud emocional en la maternidad o el bienestar del bebé más allá de lo físico. La reciente creación de la especialidad de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, sin duda va a suponer un impulso para la atención de la salud mental infantil, incluida la de los y las bebés. También ha aumentado considerablemente la oferta en formaciones específicas en salud mental perinatal e infantil ofrecidas por universidades, colegios profesionales y sociedades científicas. Además, hay una presencia creciente de discursos respetuosos con la primera infancia en medios de comunicación, redes sociales y campañas públicas.

4.5. Hacia una reforma orientada por los derechos del bebé

Aplicar en España los principios de la Observación General N° 7 implica una transformación profunda del enfoque institucional: del modelo asistencialista centrado en la madre como receptora de cuidados físicos, hacia un modelo de corresponsabilidad centrado en la diada madre-bebé como sujeto de derechos. Esto requiere:

- Incluir la salud mental perinatal como prioridad en los planes estatales de salud y primera infancia. Aunque ya se ha incluido en el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027, sigue siendo recomendable incorporarla en otros planes, tales como Plan de Acción para la Prevención del Suicidio (incluir la salud mental perinatal en este plan podría contribuir a la prevención de riesgos suicidas en mujeres durante el periodo perinatal), la Estrategia Nacional de Salud Pública (para abordar de manera integral los factores que afectan la salud mental de las mujeres y sus hijos durante el embarazo y el postparto o el Plan Nacional de Infancia y Adolescencia (Ministerio de Sanidad de España, 2025).
- Favorecer la presencia ininterrumpida de padres y madres en UCIN y otros servicios hospitalarios que atiendan bebés, proporcionando entornos que faciliten la estancia familiar.
- Ampliar las licencias parentales más allá de las 19 semanas actuales por nacimiento de hijo o hija (17 de las cuales deben disfrutarse en el primer año de vida y 2 se pueden disfrutar de forma flexible hasta que el niño o niña cumpla 8 años), considerando criterios de apego, lactancia y bienestar emocional.
- Fortalecer los programas comunitarios de acompañamiento a la crianza, con un enfoque preventivo y universal.

En definitiva, aunque España ha avanzado en el reconocimiento formal de los derechos de la infancia, la salud mental del bebé sigue siendo un ámbito relegado, tanto en términos de política pública como de práctica clínica.

5. Conclusiones

La salud mental en la primera infancia, y particularmente en la etapa neonatal, constituye un pilar crítico para el desarrollo humano. El derecho a la salud, consagrado como derecho humano fundamental en múltiples instrumentos internacionales, no puede ser concebido sin la inclusión explícita de la salud mental. Esta afirmación cobra aún más relevancia cuando se reconoce que los bebés no solo poseen una mente, sino que también son susceptibles al sufrimiento psíquico, incluso desde antes del nacimiento. Sin embargo, el modelo biomédico tradicional ha tendido históricamente a invisibilizar estas dimensiones, enfocándose en lo somático y desatendiendo el universo emocional del bebé y la calidad de sus vínculos tempranos. Reconocer al bebé como un sujeto de derechos significa, en primer lugar, reconocer su humanidad plena desde el nacimiento, y comprender que tiene necesidades propias, que siente, que sufre, que se comunica. Para su correcto desarrollo físico y emocional, el bebé necesita el contacto íntimo con sus figuras de cuidado (en el momento de vida neonatal, especialmente con su madre), un contacto que se requiere piel con piel, ser sostenido, ser mirado y consolado. Tratarlo solo como un cuerpo al que alimentar o vacunar, sin tener en cuenta su vida emocional y vincular, es despojarlo de su humanidad.

La Observación General N.º 7 del Comité de los Derechos del Niño ofrece un marco normativo necesario para revertir esta omisión. Al reconocer a los bebés como sujetos de derechos desde el nacimiento, esta Observación no solo valida su humanidad psíquica, sino que obliga a los Estados a garantizar condiciones adecuadas para su desarrollo emocional, afectivo y relacional. A su vez, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y la CEDAW articulan una red de protección jurídica interdependiente que subraya la importancia de los cuidados sensibles, la protección de la maternidad y la necesidad de sistemas de salud que contemplen tanto a la madre como al bebé.

No obstante, y a pesar de los avances normativos, en muchos contextos sanitarios y sociales continúan produciéndose vulneraciones a estos derechos, sin implementar todavía un enfoque en salud auténticamente basado en derechos humanos. La persistencia de violencia obstétrica, las separaciones innecesarias al nacer, la ausencia de condiciones dignas en las UCIs neonatales, o los permisos parentales insuficientes que fuerzan rupturas prematuras entre bebés y cuidadores principales, representan obstáculos graves para el establecimiento de vínculos seguros y para la promoción de una salud mental positiva en los primeros meses de vida.

España no es ajena a estas tensiones, pero ofrece también señales esperanzadoras. El reciente Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027, con su apuesta por integrar la salud mental perinatal en el sistema nacional de salud, representa una oportunidad histórica para impulsar reformas estructurales. La proliferación de unidades perinatales, la formación creciente de profesionales, y el debate político en torno a la ampliación de los permisos parentales, son señales de que estamos en un momento bisagra. Integrar plenamente la perspectiva de derechos en las políticas públicas y prácticas clínicas será esencial para transformar estos avances en garantías reales para todos los bebés.

Los y las profesionales de la salud, especialmente aquellos que atienden a la maternidad y a la primera infancia, tienen un rol fundamental en este proceso. Su formación debe incluir contenidos específicos en salud mental perinatal, comprensión del desarrollo emocional temprano, y habilidades para trabajar con las díadas madre-bebé y con las familias, promover una atención verdaderamente centrada en la infancia implicando mirar al bebé como sujeto, escuchar su sufrimiento, y actuar en consecuencia para prevenir las raíces del malestar futuro desde sus orígenes más tempranos.

Atender a las y los recién nacidos con un enfoque de salud basado en derechos humanos y garantizar el derecho a la salud mental de los bebés no es una aspiración idealista, sino un mandato ético, jurídico y científico. La protección de la primera infancia no solo representa una obligación internacional a la que España debe responder, sino que constituye una inversión social de incalculable valor para el bienestar y la salud de las generaciones presentes y futuras.

6. Referencias bibliográficas

AAP (American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, & Section on Surgery). (1987). *Neonatal anesthesia*. *Pediatrics*, 80(3), 446-448.

Anand, K. J., y Hickey, P. R. (1987). Pain and its effects in the human neonate and fetus. *The New England journal of medicine*, 317(21), 1321-1329. <https://doi.org/10.1056/NEJM198711193172105>

Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Lemmi, V. y Adelaja, B. (2014). *The costs of perinatal mental health problems*. Centre for Mental Health and London School of Economics. <http://dx.doi.org/10.13140/2.1.4731.6169>

Bergman, N. J. (2019). Historical background to maternal-neonate separation and neonatal care. *Birth defects research*, 111(15), 1081-1086. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1528>

CDESC. (2000). *Observación General Nº 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto)*. OHCHR. <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-14-right-highest-attainable-standard-health>

CEDAW (2020). *Dictamen del Comité CEDAW/C/75/D/138/2018*. Distr. General. 28 de febrero de 2020. CEDAW

CEDAW (2022). *Dictamen del Comité CEDAW/C/82/D/149/2019*. Distr. General. 13 de julio de 2022. CEDAW

CEDAW (2023). *Dictamen del Comité CEDAW/C/84/D/154/2020*. Distr. General. 24 de febrero de 2023. CEDAW

Chou, F. S., Zhang, J., Villosis, M. F. B. y Lakshmanan, A. (2025). Exclusive human milk diet is associated with lower risk of motor function impairment at three years of corrected age. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 45(9), 1274-1280. <https://doi.org/10.1038/s41372-025-02296-z>

Comité de los Derechos del Niño. (2005). *Observación General Nº 7: Realización de los derechos del niño en la primera infancia*. Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org>

Consejo de Europa. (2006). *Recomendación CM/Rec(2006)19 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad*. Council of Europe. https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/recomendacion_0.pdf

Cuellar-Flores, I., Álvarez-Cienfuegos Cercas, L., Arias Rubio, S., Cordero, E., Díaz de Neira, M., Fernández, A., Lanza Raggiotti, E., Serrano-Villar, M., Madrigal, A., Hernanz Vaquero, A., Velayos Jiménez, L., Álvarez, M., Eimil Ortiz, B., Pérez, L., Jiménez, M., Jordán, C. y Dieguez Porres, M. (2024). Programas de Psicología Clínica y Salud Mental Perinatal en Hospitales de la Comunidad de Madrid: Descripción y Recomendaciones de Buenas Prácticas. *Papeles del Psicólogo*, 45(2), 108.

De Sanctis, F. y Mesurado, B. (2023). Attachment Style and Empathy in Late children, Adolescents, and Adults: Meta-analytic Review. *International journal of psychological research*, 15(2), 114-129. <https://doi.org/10.21500/20112084.5409>

El Economista (2025). Sumar lleva al Congreso la extensión de la baja de paternidad hasta las 20 semanas. *El Economista*. <https://www.eleconomista.es/economia/noticias/13221295/02/25/sumar-lleva-al-congreso-la-extension-de-la-baja-de-paternidad-hasta-las-20-semanas.html>

Fischer, J. T., Bickart, K. C., Giza, C. y Babikian, T. (2022). A Review of Family Environment and Neurobehavioral Outcomes Following Pediatric Traumatic Brain Injury: Implications of Early Adverse Experiences, Family Stress, and Limbic Development. *Biological psychiatry*, 91(5), 488-497. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.08.012>

Gillath, O., Karantzias, G. C., Romano, D. y Karantzias, K. M. (2022). Attachment Security Priming: A Meta-Analysis. *Personality and social psychology review: an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc.*, 26(3), 183–241. <https://doi.org/10.1177/10888683211054592>

Hill, R., Law, D., Yelland, C. y Sved Williams, A. (2019). Treatment of postpartum psychosis in a mother-baby unit: do both mother and baby benefit? *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 27(2), 121–124. <https://doi.org/10.1177/1039856218822743>

Iglesias, S., Conde, M., González, S. y Parada, M.E. (2019) ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*, 4(1), 77-97. DOI: 10.1344/musas2019.vol4.num1.5

Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (2024). *El mapa del desierto: La atención sanitaria a la Salud Mental Perinatal en España*. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal <https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2024/04/dosier-el-mapa-del-desierto.pdf>

Landrigan, P. J., Raps, H., Cropper, M., Bald, C., Brunner, M., Canonizado, E. M., Charles, D., Chiles, T. C., Donohue, M. J., Enck, J., Fenichel, P., Fleming, L. E., Ferrier-Pages, C., Fordham, R., Gozt, A., Griffin, C., Hahn, M. E., Haryanto, B., Hixson, R., Ianelli, H., ... Dunlop, S. (2023). The Minderoo-Monaco Commission on Plastics and Human Health. *Annals of global health*, 89(1), 23. <https://doi.org/10.5334/aogh.4056>

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casas, S., Cervera-Gasch, A., Andreu-Pejó, L., González-Chordá, V.M. y Valero-Chillerón, M.J. (2022). Breastfeeding and Obstetric Violence during the SARS-CoV-2 Pandemic in Spain: Maternal Perceptions. *Int J Environ Res Public Health*, 19(23):15737. doi: 10.3390/ijerph192315737.

Ministerio de Sanidad (2025). *Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027*. Ministerio de Sanidad de España https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_salud_mental_v2.6.pdf

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C. y Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

Moore, G. A., Hill-Soderlund, A. L., Propper, C. B., Calkins, S. D., Mills-Koonce, W. R. y Cox, M. J. (2009). Mother-infant vagal regulation in the face-to-face still-face paradigm is moderated by maternal sensitivity. *Child development*, 80(1), 209–223. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01255.x>

National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, Shonkoff, J. P., y Phillips, D. A. (Eds.). (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. National Academies Press.

OMS y UNICEF. (2018). *Marco para el cuidado cariñoso y sensible: Un enfoque integral para el desarrollo de la primera infancia*. OMS. <https://nurturing-care.org>

OMS y UNICEF. (2019). *Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: Revisión de la Iniciativa Hospitalares Amigos del Niño 2018*. OMS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326162/9789243513805-spa.pdf>

OMS. (2005) *Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference*. Oficina Regional de la OMS para Europa.

OMS. (2020). *Improving early childhood development: WHO guideline*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>

OMS. (2022). *Integración de la salud mental en los servicios de salud materno-infantil: Orientaciones para la acción*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>

ONU. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. OHCHR <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

ONU. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. OHCHR <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

ONU. (1979). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*. OHCHR <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

ONU. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. OHCHR <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

Paricio del Castillo, R. (2024). Salud materno-infantil y salud mental perinatal. Un ámbito de mejora en la Sanidad española. *Revista española de salud pública*, 98, e202404031

Paricio del Castillo, R. y Cano Linares, M.A. (2020). “Mental Health and Vulnerable Populations in the Era of COVID-19: Containment Measures Effects on Pregnancy and Childbirth”. *Arizona State Law Journal*, 2020(2),175-190

Paricio del Castillo, R. y Cano Linares, M.A. (2024). Enfoque de derechos humanos en la atención obstétrica y el parto. *Iqual: Revista de Género e Igualdad*, 7, 18–37. <https://doi.org/10.6018/iqual.555551>

Paricio del Castillo, R., Del Sol Calderón, P., Mallol Cataño, L., Pascual Aranda, A., García Murillo, L. y Palanca Maresca, I. (2024a). Suicidio infanto-juvenil tras la pandemia de COVID-19: análisis de un fenómeno trágico. *Revista de la AEN*, 43(144), 137-150

Paricio del Castillo, R., Díaz-de Neira-Hernando, M., y Cano-Linares, M.A. (2024b). Derechos humanos en la atención a la salud materno-infantil: la integración de la salud mental perinatal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44(146), 19–41. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352024000200002>

Parker, R. y Murray, L. (2022). Introduction: Human rights and global health special issue. *Global public health*, 17(11), 3090–3097. <https://doi.org/10.1080/17441692.2022.2135752>

Reiss, D., Ganiban, J. M., Leve, L. D., Neiderhiser, J. M., Shaw, D. S. y Natsuaki, M. N. (2023). Parenting in the Context of the Child: Genetic and Social Processes. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 87(1-3), 7-188. <https://doi.org/10.1111/mono.12460>

Rogers, A., Obst, S., Teague, S. J., Rossen, L., Spry, E. A., Macdonald, J. A., Sunderland, M., Olsson, C. A., Youssef, G. y Hutchinson, D. (2020). Association Between Maternal Perinatal Depression and Anxiety and Child and Adolescent Development: A Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 174(11), 1082-1092. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.2910>

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y. y Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's health (London, England)*, 15, 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>

Solís-García, G., Cambra-Rufino, L., Piris Borregas, S., Carrasco Pérez, A., López Maestro, M., De la Cruz Bértolo, J., Moral Pumarega, M. T. y Pallás Alonso, C. R. (2024). Architectural design, facilities and family participation in neonatal units in Spain: A multicentre study. *Acta paediatrica (Oslo, Norway:1992)*, 113(4), 716-721. <https://doi.org/10.1111/apa.17085>

UNICEF. (2017). *Early moments matter for every child*. UNICEF <https://www.unicef.org/reports/early-moments-matter>

UNICEF. (2019). *Caring for the caregiver: Preventing and mitigating the mental health problems of parents and caregivers to support young children's development – A prototype implementation guide*. UNICEF <https://www.unicef.org/documents/caring-caregiver-implementation-guide>

Valle, M., Mateos, R. y Gutierrez, P. (2012). Niños de Alto Riesgo al Nacimiento: Aspectos de Prevención. Atención Temprana Neonatal y Programas de Seguimiento en Niños Prematuros. *Psicología Educativa*, 18, 135143. <https://doi.org/10.5093/ed2012a14>

Van Niel, M. S., Bhatia, R., Riano, N. S., de Faria, L., Catapano-Friedman, L., Ravven, S., Weissman, B., Nzodom, C., Alexander, A., Budde, K. y Mangurian, C. (2020). The Impact of Paid Maternity Leave on the Mental and Physical Health of Mothers and Children: A Review of the Literature and Policy Implications. *Harvard review of psychiatry*, 28(2), 113-126. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000246>

Van Rosmalen, L., van der Horst, F. C., y van der Veer, R. (2016). From secure dependency to attachment: Mary Ainsworth's integration of Blatz's security theory into Bowlby's attachment theory. *History of psychology*, 19(1), 22-39. <https://doi.org/10.1037/hop0000015>

Van Veenendaal, N. R., van Kempen, A. A. M. W., Broekman, B. F. P., de Groot, F., van Laerhoven, H., van den Heuvel, M. E. N., Rijnhart, J. J. M., van Goudoever, J. B. y van der Schoor, S. R. D. (2022). Association of a Zero-Separation Neonatal Care Model With Stress in Mothers of Preterm Infants. *JAMA network open*, 5(3), e224514. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.4514>

Weng, Y., Zhang, J. y Chen, Z. (2024). Effect of non-pharmacological interventions on pain in preterm infants in the neonatal intensive care unit: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC pediatrics*, 24(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04488-y>

Wright, B., Barry, M., Hughes, E., Trépel, D., Ali, S., Allgar, V., Cottrill, L., Duffy, S., Fell, J., Glanville, J., Glaser, D., Hackney, L., Manea, L., McMillan, D., Palmer, S., Prior, V., Whitton, C., Perry, A. y Gilbody, S. (2015). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of parenting interventions for children with severe attachment problems: a systematic review and meta-analysis. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 19(52), vii-347. <https://doi.org/10.3310/hta19520>

Xu, X., Liu, Z., Gong, S. y Wu, Y. (2022). The Relationship between Empathy and Attachment in Children and Adolescents: Three-Level Meta-Analyses. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1391. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031391>

Zengin, H., Suzan, O. K., Hur, G., Kolukisa, T., Eroglu, A. y Cinar, N. (2023). The effects of kangaroo mother care on physiological parameters of premature neonates in neonatal intensive care unit: A systematic review. *Journal of pediatric nursing*, 71, e18-e27. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.04.010>

Zhang, R., Ying, E., Wu, X., Qin, H., Guo, Y., Guo, X., Yu, Z. y Chen, J. (2024). A systematic review and meta-analysis of breastfeeding and neurodevelopmental outcomes in preterm infant. *Frontiers in public health*, 12, 1401250. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1401250>