



**LA CONSTRUCCIÓN Y EL CUIDADO
DEL VÍNCULO DURANTE EL PRIMER AÑO.
LA FUNCIÓN DE LOS PROFESIONALES**

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

GRUPO DE PERINATALIDAD

LA CONSTRUCCIÓN Y EL CUIDADO DEL VÍNCULO DURANTE EL PRIMER AÑO. LA FUNCIÓN DE LOS PROFESIONALES

Grupo de perinatalidad

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Título: La construcción y el cuidado del vínculo durante el primer año. La función de los profesionales

1ª edición: Diciembre 2023.

Ediciones SEYPNA

C/ Santa Isabel, 51
28012 Madrid

© Ediciones SEYPNA

© Autores

www.seypna.com

publicaciones@seypna.com

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro sin autorización previa por escrito de Ediciones SEYPNA.

ISBN: 978-84-128008-1-4

Impresión: Lankopi, S.A.L.

Impreso en España. Unión Europea.

Disponible a la venta en: <https://www.seypna.com/tienda/>

RELACIÓN DE AUTORES

Mónica Avellón Calvo: Psicóloga Clínica. USM Infanto-Juvenil Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Leire Gordo Cenizo: Psicóloga Sanitaria y Terapeuta de Familia y Pareja. Educadora Social. Universidad Deusto. Bilbao. Consulta privada Psicología Hazten Bilbao.

Gloria Holguín Salice: Psicóloga Sanitaria. Psicoterapeuta. Psicoanalista. Consulta privada.

Leire Iriarte Elejalde: Psicóloga Sanitaria. Psicología Hazten Bilbao. Universidad Deusto. Bilbao.

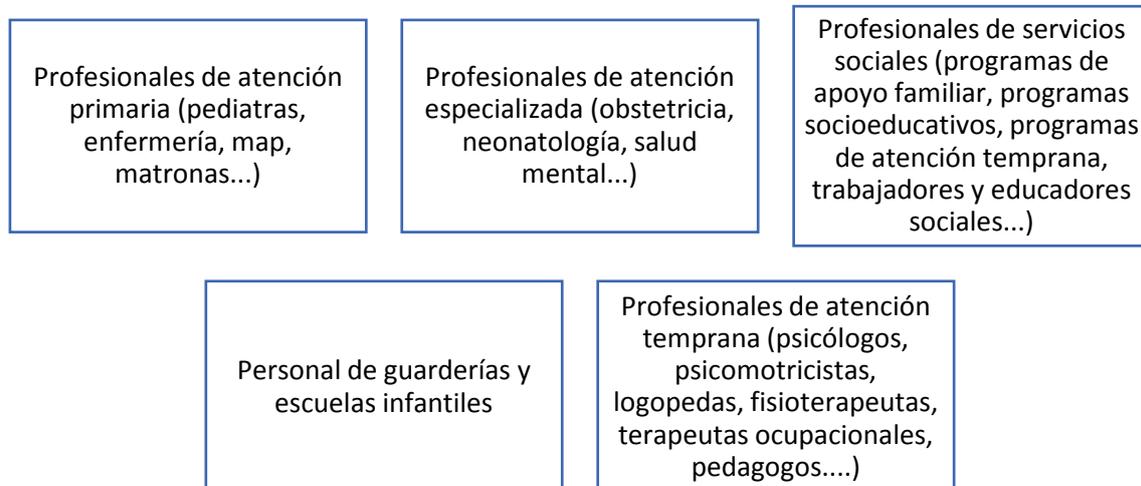
M^a Ángeles Martínez López: Psicóloga Clínica. USM del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Programa de Salud Mental Perinatal.

Consuelo Panera Uribe: Psicóloga Clínica. CSM Niños y Adolescentes-Bilbao (Red Salud Mental de Bizkaia-Osakidetza). Psicoterapeuta. Consulta privada. Bilbao.

Este documento parte del estudio y de las reflexiones sobre la importancia del cuidado del vínculo temprano del bebé con sus principales figuras afectivas, de las repercusiones en su desarrollo psíquico (cognitivo, afectivo y relacional) de unas buenas o deficientes condiciones de cuidado en estos primeros momentos, así como de la necesidad de compartir nuestros conocimientos y experiencias entre los profesionales que atendemos a las familias en el periodo perinatal y especialmente en el primer año de vida.

Nos proponemos que sea útil para todos aquellos que intervenimos con familias desde el embarazo, tanto para prevenir y fomentar recursos de salud, como para detectar situaciones de riesgo o alarma que requieren de una atención más cuidadosa o especializada.

¿A quién va dirigido?



NOTA EN RELACIÓN AL USO DEL FEMENINO/MASCULINO: En la redacción del texto, pretendemos hacer un uso no sexista del lenguaje. No obstante, conscientes de que las normas a utilizar pueden obstaculizar la comprensión de su lectura, siempre que sea pertinente, se empleará el masculino genérico como representación del conjunto de mujeres y hombres, niños y niñas en igual medida.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. LA FUNCIÓN REFLEXIVA Y EL ESTABLECIMIENTO DEL VÍNCULO PRIMARIO.....	5
3. DE LA DEPENDENCIA ABSOLUTA A LA DEPENDENCIA RELATIVA.....	9
4. SITUACIONES O CIRCUNSTANCIAS ESPECIFICAS	15
4.1. Vínculo y prematuridad	15
4.2. Vínculo y madres con problemas de salud mental: mujeres con trastorno mental grave, depresión o psicosis puerperal, pacientes de riesgo.	20
4.3. Vínculo y duelo perinatal.....	24
Recomendaciones	29
5. QUÉ PODEMOS HACER LOS PROFESIONALES PARA CUIDAR EL VÍNCULO PADRES-BEBÉ.....	31
5.1 ¿Cómo fomentar el vínculo suficientemente sano? Promoción de salud. Favorecer funciones paternas.....	31
5.2. Algunas posibles dificultades en torno a la parentalidad (conflictos de parentalidad) y su influencia en el vínculo	32
1. Cuando se idealiza demasiado: buscando la perfección	33
2. Cuando se padece el vínculo: Ni contigo ni sin ti.	36
3. Cuando se tiene una visión distorsionada del bebé y/o de sus reacciones. ...	37

5.3 ¿Qué observar en cada etapa?	39
Antes del embarazo.....	40
Etapa Prenatal.....	41
El primer encuentro	42
Los tres primeros meses.....	45
Entre los 3 y 6 meses.....	50
A partir de los 6 meses	53
Al año	57
REFERENCIAS	61
ANEXO 1: FACTORES DE RIESGO/ALARMA EN EMBARAZO Y PUERPERIO.....	71
ANEXO 2: FACTORES DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO EN PRIMERA INFANCIA ..	73
ANEXO 3: ÉCHELLE DE D'ALARME DÉTRESSE BÉBE-ALARMA: BEBÉ EN APUROS	75
ANEXO 4: SEÑALES DE ALARMA PSICOPATOLÓGICA EN EL RECIÉN NACIDO, LACTANTE Y NIÑO EN EDAD PREESCOLAR.....	77

1. INTRODUCCIÓN

Un buen número de estudios científicos de las últimas décadas han demostrado que las experiencias tempranas y el vínculo entre el bebé y sus cuidadores moldea el desarrollo tanto físico como psicológico del bebé (Rendón Quintero y Rodríguez-Gómez, 2016). El vínculo que cada bebé y sus cuidadores establecen va a ser único y original, y se va a ir formando a través de las experiencias relacionales de cuidado.

Este primer vínculo es el modelo según el cual el bebé establecerá relaciones con otras personas significativas, tanto en ese momento como en el futuro. Además, tiene una función esencial que es ofrecer seguridad emocional al bebé, indispensable para poder hacer frente a los retos de la existencia que se le presentan desde el momento que nace. A medida que el bebé va creciendo, esa seguridad le va a permitir poder explorar el mundo y relacionarse con otras personas con la tranquilidad de saber que ese vínculo se mantiene y que sus cuidadores siempre estarán para él cuando les necesite. El vínculo está en parte determinado por la historia vincular de los padres con sus propios padres, hermanos y otros significativos.

Es importante que los padres cuenten con una red de apoyo que les ayude en la tarea, a veces agotadora, de cuidar de un bebé recién nacido, pero teniendo en cuenta que lo principal es que cada uno descubra cuál es su manera de vincularse con el bebé y ejercer su rol de padre/madre, confiando en su capacidad y en la comunicación exclusiva que tiene con el bebé.

Como decíamos, el vínculo se establece a partir de las experiencias relacionales de cuidado, es decir, no solo por la satisfacción adecuada de las necesidades de alimentación, higiene, sueño, rutinas, etc. del bebé, sino también, a través de todas las emociones y afectos, que se van despertando entre él y sus cuidadores y que acompañan a esos cuidados. Los pensamientos, sentimientos, preocupaciones, esperanzas y representaciones que tengan los padres sobre su bebé, también forman parte de ese vínculo individual y único.

Unos padres que se muestran tranquilos y predispuestos a responder a las iniciativas de su bebé, a observarlo, a descubrir sus particularidades, sin desesperarse demasiado cuando no lo consiguen, están favoreciendo un vínculo sano con su hijo.

Si, por el contrario, los padres están muy ansiosos, sus circunstancias personales son difíciles, no tienen apoyos, están solos, tienen vivencias muy traumáticas de su infancia que se reactivan, tienen problemas psíquicos que necesitan atención, puede ser más difícil para ellos poder preservar estas condiciones de tranquilidad y conviene que puedan tener ayuda, orientación y apoyo profesional.

Señalar por último que todo el proceso de construcción del vínculo padres-bebé, requiere que el bebé experimente una continuidad en los cuidados y que no tenga que estar atendido por muchas personas distintas.

2. LA FUNCIÓN REFLEXIVA Y EL ESTABLECIMIENTO DEL VÍNCULO PRIMARIO

En la actualidad, no hay duda de la importancia de las relaciones tempranas en el desarrollo de la personalidad y la psicopatología. Desde que nacemos, tendemos a establecer fuertes lazos afectivos con nuestros cuidadores principales, las llamadas figuras de apego. La forma de relacionarnos con los demás a lo largo de la vida, está condicionada, en gran parte, por esas primeras relaciones de la infancia (Bowlby, 1977; citado en Marrone 2001).

El funcionamiento del sistema de apego del niño dependerá, en gran medida, de la percepción que tenga y de la disponibilidad y receptividad del cuidador (Feeney y Noller, 2001). Si el niño valora que la figura de apego está suficientemente cerca y dispuesta a responder a sus necesidades de protección, experimentará emociones positivas hacia ella y desplegará conductas que le abren al mundo: exploración, juego, sociabilidad... (Bowlby, 1969). Si, por el contrario, el niño percibe que el cuidador no está disponible y/o se ve expuesto a estímulos que funcionan como señales de peligro, sentirá miedo y ansiedad, y el sistema conductual de apego se activará para restablecer la seguridad afectiva (Bowlby, 1973),

motivación básica durante la infancia. Entonces, su energía psíquica no estará disponible para ponerle en contacto con el mundo.

La investigación ha identificado que la sensibilidad parental es fundamental para poder establecer vínculos seguros y empáticos con el bebé. Especialmente relevante es la sensibilidad materna, ya que la madre suele ser la primera y principal figura de apego, sobre todo, durante los primeros tiempos tras el nacimiento. La sensibilidad materna surge cuando se da una sincronía a nivel emocional y afectivo entre la respuesta de la madre y las necesidades de sus hijos, lo cual facilitará que el menor se sienta seguro, querido y con confianza dentro de su entorno familiar (Ainsworth et al., 1978). El elemento clave no sería la respuesta a la necesidad del menor en sí misma, sino la adecuación de esta respuesta (Meins et al., 2001).

Otro elemento fundamental para el establecimiento del apego seguro es el funcionamiento reflexivo parental (Slade et al., 2005).

La función reflexiva parental, hace referencia a la capacidad de los padres de “tener a su hijo en mente”, es decir, de ser capaz de explicar y de dar significado a las conductas de sus hijos en términos de pensamientos, expectativas y deseos. La función

reflexiva parental, también hace referencia a la capacidad de los padres de reflexionar sobre su propio rol parental y de ser conscientes del impacto que sus propias emociones y pensamientos pueden tener en la relación con sus hijos (Fonagy y Target, 1997; Luyten et al., 2017; Mitjavila, 2013; Slade, 2005).

A un padre o una madre que trata de descubrir qué es lo que su hijo/a está sintiendo, necesitando, pensando, etc. cuando por ejemplo muestra un llanto inconsolable, le resultará más fácil estar “sincronizado” con las necesidades de su hijo/a (“Parece que consigo calmarle cuando le cojo en brazos, quizá le esté doliendo la tripa”). Por otro lado, también le ayudará a regular las emociones relacionadas con su rol parental (“Me encuentro muy cansada y no sé exactamente qué le pasa. Parece que sólo se calma cuando le cojo en brazos, me imagino que quizá le estará doliendo la tripa”). Es importante señalar que un adecuado funcionamiento reflexivo parental, no implica identificar siempre de manera correcta las necesidades, pensamientos, deseos... del menor, se trata de que el padre/madre trate de pensar acerca de los diferentes significados que puede tener la conducta de su hijo/as (Grienenberger et al., 2005; Sharp y Fonagy, 2008).

Por el contrario, fallos en el funcionamiento reflexivo de los padres afectarán a la relación padre- hijo (“Llora porque quiere que le coja en brazos todo el rato. Se está malacostumbrando a que le tenga continuamente en brazos”). Ante esta situación, el menor experimentará que sus sentimientos, pensamientos, necesidades... no son comprendidas ni satisfechas y ello le llevará a sentirse incomprendido haciendo que sea más probable que responda de una forma más hostil, agresiva y con fluctuaciones en su estado de ánimo, etc. (Fearon et al., 2006; Ordway et al., 2014).

3. DE LA DEPENDENCIA ABSOLUTA A LA DEPENDENCIA RELATIVA

Como Winnicott ya nos describió en 1963, en el crecimiento emocional del niño, la relación entre el bebé y sus padres va progresivamente pasando desde una dependencia absoluta para su supervivencia a una dependencia relativa, que va acompañándose de un proceso de diferenciación y de individuación, dando lugar posteriormente a la identidad de ese niño.

Sabemos que el bebé humano cuando nace es el mamífero menos desarrollado, nace inmaduro fisiológicamente y necesita de sus padres, o cuidador principal, durante más tiempo para su supervivencia física y psíquica. Su desarrollo dependerá tanto del programa genético como de las condiciones ambientales y sus interacciones con el entorno (epigenética).

En la etapa de dependencia absoluta, el bebé no dispone de medios que le permitan saber que hay otro que es quien le proporciona los cuidados. Gracias a la capacidad de la madre para adaptarse a las necesidades del niño y mantener la continuidad relacional, van a ir

apareciendo los primeros rudimentos del funcionamiento psíquico del bebé.

La madre va a permitir, durante un tiempo, que el bebé tenga esa ilusión, adaptándose continuamente a las necesidades de éste. Y poco a poco irán aplazando la satisfacción, ni demasiado pronto ni demasiado tarde. El niño va interiorizando la actitud de su madre hacia él, la confianza que tiene la propia madre en sí misma al cuidarle. Y así el niño irá sintiéndose bueno, en seguridad, seguro en sí mismo porque siente a la madre segura y confiada en sí misma con él y en él. Así se van constituyendo las bases de la autoestima.

La madre o cuidador materno ritualiza los cuidados del bebé, va instaurando un ritmo a los cuidados, alimentación, aseo, paseo, etc. Y, cuando algo se ritualiza, se puede memorizar. Poco a poco, cuando llega la situación de necesidad o de cuidado, el niño tiene una referencia del pasado y sabe lo que va a ocurrir. Gracias a esta memorización, el niño va a poder ir soportando la frustración (Ej. el hambre) en pequeñas dosis. En esos cuidados, se dan toda una serie de elementos sensoriales que se van a integrar y el niño los va a memorizar dándole una capacidad para anticipar, permitiéndole calmarse sin que se dé la satisfacción en sí. Diversos autores

psicoanalíticos (Freud, Bion, Sami-Ali y Roussillon) sitúan en estos momentos el inicio del funcionamiento mental, del desarrollo simbólico (Rendón Quintero y Rodríguez-Gómez, 2016).

Esta disposición y adaptación de la madre es lo que Winnicott (1999) llamaba la Preocupación Maternal Primaria, que va apareciendo ya hacia el último trimestre del embarazo y reúne una serie de características que ésta pone en marcha en la interacción con él: a) el contacto físico; b) el grado de adecuación en los cuidados del niño y a su ritmo; c) la eficacia en los intentos de apaciguamiento; d) la forma de estimularle en la expresión de sus sentimientos y a responder socialmente; e) la capacidad de adecuar sus palabras al niño y su capacidad de comprensión; y f) la frecuencia e intensidad de las expresiones de sentimientos positivos hacia él. Y con todo ello, va a dar un sentido a lo que el bebé produce, a sus competencias reflejas, y así se va fortaleciendo la capacidad del niño de saber esperar.

La madre también tendrá que saber fallar, es decir, a veces no acertará y a veces se tomará más tiempo para responder a esas necesidades. Tomamos como referencia el concepto de Winnicott de "*Madre Suficientemente Buena*", aquella capaz de dar cabida al

desarrollo del verdadero yo (self) del niño, acoger su gesto espontáneo, interpretar su necesidad y devolvérsela como gratificación, pero al mismo tiempo, abandonando su ilusión de ser perfecta. Hacia el segundo semestre de vida, la madre intuye que el bebé puede esperar y es capaz de tolerar esa pequeña frustración, pudiéndose auto consolar con otros recursos materiales como el chupete, dedo, muñeco, etc. La madre podrá ir administrando esa satisfacción según su intuición y lo que conoce a su bebé. Esta es una condición indispensable para que el niño desarrolle sus capacidades y para que tome conciencia de la realidad poco a poco.

Es importante que todo esto vaya dándose poco a poco, que sea progresivo, porque si esa desilusión es muy brusca o la discontinuidad relacional es muy precoz, por ejemplo, por una separación de la madre por enfermedad, fallecimiento, incorporación al trabajo de forma brusca y con horarios prolongados, por cambiar de cuidadores frecuentemente, etc. lo tendrá difícil para desarrollar esas capacidades anticipatorias y esa confianza en sus posibilidades para conseguir que le satisfagan. En definitiva, crear su seguridad interna. Pudiendo quedar así afectada

la organización de un *Yo* que le permita relacionarse tanto con su mundo interno como con el mundo externo bien diferenciados.

Las discontinuidades poco dosificadas o no adecuadas a las necesidades del niño, así como una continuidad mantenida en el tiempo sin cambios, que no permita una diferenciación y un tomar conciencia por parte del niño de sus propios recursos, pueden conllevar riesgos en el desarrollo psicoafectivo del niño.

Puede ocurrir también una pérdida o separación de la madre temprana, teniendo que quedar al cuidado de diferentes personas del entorno, lo que significaría renunciar a las capacidades de anticipación necesarias para adquirir esa seguridad en sí mismo. Y es posible que, en el futuro, el niño pueda sentirse temeroso ante el entorno y/o con la necesidad de presencia continua de la persona de referencia, sintiendo gran angustia cuando no está. O, por otro lado, mantenerse alerta, hipervigilante como una forma de controlar en el exterior lo que no consigue calmar en su interior.

4. SITUACIONES O CIRCUNSTANCIAS ESPECIFICAS:

4.1. Vínculo y prematuridad

Según la OMS, se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional: prematuros extremos (menos de 28 semanas), muy prematuros (28 a 32 semanas), prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas).

La prematuridad puede implicar situaciones de riesgo para el vínculo que es importante conocer y tener en cuenta para prevenirlas o minimizarlas en la medida de lo posible. Dependiendo de la edad gestacional y complicaciones médicas, la prematuridad puede suponer, por un lado, una doble barrera física y emocional; y por otro, una doble crisis en la madre: la propia que acompaña a la maternidad y la añadida al contexto y secuelas de la prematuridad, pudiendo interferir en el desarrollo del vínculo que se establece entre ella y el bebé.

La barrera física, retrasando la convivencia por ingreso hospitalario del bebé, (y en ocasiones también de la madre), en un ambiente medicalizado, con la imposibilidad de realizar de una manera natural las funciones maternas, con restricción del contacto físico, agravado cuando el bebé debe estar la mayor parte del tiempo en la incubadora y rodeado de los artilugios médicos que permitan su supervivencia. Se añade en este contexto, la apariencia a menudo poco atractiva de ese bebé, que en ocasiones imposibilita las manifestaciones de afecto a través de caricias, besos, etc. y las dificultades para identificarse con él, sacarle “parecidos” e inscribirle en la cadena generacional.

La barrera emocional, que se puede originar en los padres, va a depender, entre otras cosas, de la vivencia subjetiva y manejo de la situación de estrés y desbordamiento emocional que conlleva todo el contexto que envuelve la prematuridad. De esta manera pensamos que el cuidado y el buen funcionamiento hospitalario de las Unidades de Neonatología y del personal sanitario, pueden hacer una labor muy importante y saludable para mejorar las condiciones psicológicas de los padres y de éstos en la relación con

su bebé. (esto puede ir aquí o ponerse en el último párrafo antes del recuadro. Eso solo si os parece bien, claro).

La mayoría de los padres sienten miedo de poder dañar a esa frágil (y generalmente poco atractiva) criatura. Se mueven entre la atracción, el miedo, en ocasiones el rechazo, y siempre la impotencia (Stern, 1998). Son frecuentes los sentimientos de culpa y vergüenza en la madre por no completar el embarazo. Las reacciones son variadas, en algunas ocasiones puede haber dificultades para vincularse con el bebé o puede resultar muy difícil, al anticipar un posible fallecimiento.

La madre experimentará una doble crisis. A la crisis vital que supone la maternidad, se le añade la ligada a las características y consecuencias de la prematuridad: grado de prematuridad, complicaciones médicas sufridas por el prematuro, riesgo vital, duración del ingreso, ruptura psíquica del proceso de embarazo en la madre y repercusión emocional de la situación de prematuridad en los padres.

El nacimiento prematuro siempre irrumpe de forma inesperada y traumática y supone una experiencia de estrés y desbordamiento emocional para ambos padres, y más concretamente para la madre.

A la separación anatómica abrupta se añade una interrupción del proceso psíquico característico del embarazo, no pudiéndose completar los distintos cambios psíquicos que la madre experimentará durante él. Y así, aunque la mayoría de las embarazadas, hayan asimilado la idea de embarazo, muchas apenas han iniciado el proceso de diferenciación entre ella y el bebé, más característica del segundo trimestre. Es decir, poder vivir al bebé como un ser independiente, lo que Cramer (2011) denominó el *Preámbulo del vínculo* “hay alguien independiente de mí y por tanto la posibilidad de una relación”. En otras ocasiones, “la precipitación del parto antes de completar el embarazo dificulta el desvanecimiento de la idealización, encontrándose que cuando el bebé nace, la idealización que tiene de él está en su punto más álgido, lo que contrasta con la realidad del bebé en su momento más frágil y vulnerable” (Brazelton, 1990).

También podría quedar afectado el desarrollo de lo que Winnicott (1999) denominó la *Preocupación Maternal Primaria*, con la que la madre ya va identificándose con su bebé, se pone en su lugar, lo que le permite ir descubriendo y suministrándole lo que necesita.

Según se recoge en González Serrano (2010), hay acuerdo entre los investigadores en que las capacidades de interacción y de regulación de las respuestas motrices y emocionales de los grandes prematuros son más limitadas que las de recién nacidos sanos a término y están aún más afectadas cuando sufren complicaciones médicas (Bozzette, 2007; Mazet et al., 1990, citados en González Serrano, 2010). Se observa poca reactividad ante el rostro humano y a la voz, más dificultad para ser consolados y para entrar en diálogo tónico con el cuerpo de la madre. Se habla de déficits interactivos, con más momentos de evitamiento y repliegue.

Además, ciertas áreas claves de las interacciones tempranas se le imponen careciendo de otras: es alimentado sin que haya planteado su necesidad, no tiene la experiencia de los brazos ni el contacto con el cuerpo de la madre ni su olor. Demasiados estímulos sensoriales (luz y ruido) y escasas sensaciones cenestésicas como podría tener el útero o en condiciones de contacto en los brazos de la madre o en el amamantamiento.

A pesar de estas características generales, hay gran variedad entre los grandes prematuros: unos se muestran hiperexcitables ante mínimos estímulos; otros son más apáticos.

Las interacciones de estas madres con estos bebés que pueden tener menor capacidad de respuesta pueden estar teñidas de una hipervigilancia, hiperactividad, o sobre estimulación para compensar, lo que dificulta el desarrollo de las iniciativas de relación en el bebé.

En resumen, el nacimiento prematuro de un bebé supone un sufrimiento y malestar importante en los padres que pueden perdurar durante los primeros meses o años de vida, sobre todo si sigue habiendo riesgo vital o complicaciones somáticas graves. Supone manejar unas condiciones de estrés intenso y continuo que puede afectar a la disponibilidad psíquica y afectiva de estos padres e incidir en la calidad del apego, por lo que van a requerir mucho apoyo y

4.2. Vínculo y madres con problemas de salud mental: mujeres con trastorno mental grave, depresión o psicosis puerperal, pacientes de riesgo.

La investigación perinatal ha permitido poner en evidencia los distintos trastornos y dificultades relacionados con la maternidad (Brockington, 2003). La detección precoz de alguna de estas dificultades es importante. En el caso de mujeres diagnosticadas de Trastorno Mental Grave (TMG) es necesaria la colaboración interdisciplinaria desde el momento del embarazo. Los factores de

riesgo, no son solo la enfermedad y la retirada de la medicación durante el embarazo, lo son también la falta de recursos tanto familiares, como económicos o carecer de una red de apoyos suficiente. Todas estas dificultades afectan al establecimiento de un buen vínculo madre-bebe.

Respecto a la posible depresión post-parto, es importante detectar en la historia clínica, duelos recientes o duelos no resueltos, conflictos en la relación de pareja o si se siente muy sola y triste. En estos casos, sería conveniente derivar a esta madre a consultas de psicología para que pueda trabajar su vivencia de la maternidad. Y, si no es posible, ofrecerle un acompañamiento cercano o intervención de apoyo por los profesionales sanitarios que le atienden.

Un caso especial es el de Psicosis posparto (Novo-Gueimondea et al., 2000). Hay consenso en su aparición de forma abrupta que se manifiesta después de unos días o semanas. Es infrecuente, aproximadamente uno cada 1.000 partos. Se considera que no hay síntomas prodrómicos destacados pero otros investigadores como Thessier et al. (1998), consideran que pueden observarse alteraciones del sueño bastante específicas progresivamente

crecientes, reticencias a ocuparse de su bebé, alteraciones de la percepción visual, confusión mental. Lo que demuestra que, si bien la aparición es abrupta, los profesionales que atienden a estas madres pueden investigar estos aspectos en las entrevistas. En los casos en que es necesario separar a la madre del bebé por la gravedad de su psicopatología, hay que tener en cuenta la posible afectación de esta separación en el bebé, cuidando la atención al mismo durante este tiempo, así como la revinculación con la madre poco a poco cuando se va recuperando. Para ello es totalmente necesario el apoyo psicológico a la madre y a su interacción con el bebé, con personal especializado en estos casos. Asimismo, tranquilizarla respecto a su recuperación y que cuando esta se dé estará con su bebé. Suelen sentirse muy culpables, conviene poner el acento en que han padecido una enfermedad y valorar la recuperación.

Especialmente en este apartado de ser madres, las mujeres con TMG son muy susceptibles respecto a la intervención de los profesionales. La vivencia del estigma respecto a su enfermedad y el miedo a que le retiren la custodia del hijo, están muy presentes y

dan lugar a dificultades en el manejo de la relación profesional-paciente.

Es importante poder establecer una relación positiva y de apoyo con la madre durante el embarazo para que en el postparto esa confianza permita que la madre pueda ser ayudada y no se sienta amenazada o culpabilizada. En muchos casos, durante el embarazo aceptan mejor el seguimiento, pero cuando tienen al niño en casa, tanto ellas como la familia son más reticentes a las intervenciones profesionales. Por ello, es muy importante la coordinación con las matronas y los trabajadores sociales y los recursos que pueda ofrecer cada Comunidad Autónoma.

Desde los profesionales, podemos ejercer diversas funciones de cara a la prevención del vínculo madre-bebé en estas situaciones.

Si el nacimiento de un bebé conmociona a la madre y su pareja, en el caso de una madre que con anterioridad presenta un trastorno o algunos síntomas de alarma, resulta más necesaria una buena coordinación entre los diferentes profesionales, así como que disponga de una buena red de apoyo familiar.

Como se ha descrito en este trabajo, la calidad del vínculo madre-hijo es muy importante, pero en estos casos el soporte a la madre se hace imprescindible. Sobrellevar las demandas de un bebé les resulta muy difícil y, para ello, debemos acompañar intensamente a esta madre para que ella pueda ser el sostén de su bebé. Si lo hacemos así, pueden establecer un buen vínculo con su bebé.

Con independencia del diagnóstico, cada mujer, cada madre, es diferente, como es diferente el vínculo materno-filial que se establece. Así mismo, la maternidad puede suponer un factor que favorezca la estabilización de estas madres, especialmente cuando es un embarazo deseado (Béguier, 2004).

4.3 Vínculo y duelo perinatal

El duelo perinatal, definido como el duelo que aparece ante la pérdida gestacional y perinatal, es un tipo de duelo con unas características específicas que pueden hacer que el proceso se complique y dificultar su elaboración. Descrito como un duelo invisible, olvidado, ignorado, minimizado, desautorizado y/o silenciado, es importante atenderlo dada la intensa afectación emocional que suele conllevar y las consecuencias tanto a corto

como a medio-largo plazo que puede traer consigo. Las dificultades pueden aparecer tanto en los padres y en la relación de pareja como en el vínculo con siguientes hijos y la vivencia del embarazo, la parentalidad y la crianza.

No se puede concretar su duración e intensidad y es un proceso único para cada persona. Si aceleramos el proceso y el duelo no ha sido elaborado puede aparecer “confusión, ambivalencia y miedo que estarán presentes durante todo el embarazo y crianza del siguiente bebé” (Del Río, 2018, p.12).

Respecto a la influencia de los duelos perinatales no resueltos en la relación con futuros hijos y en posteriores embarazos, podríamos apuntar a posibles riesgos tales como que el futuro hijo ocupe el lugar del hijo perdido, la sobreprotección y la hipervigilancia con una dificultad para fomentar la autonomía del niño, la preocupación excesiva por la salud del niño/a o la dificultad para vincularse (por evitar el dolor de una posible pérdida) (Del Rio, 2018). Este tipo de vínculo podría afectar de forma notable al desarrollo emocional, cognitivo y motor del niño/a.

Sobre los posibles trastornos emocionales asociados, las investigaciones se centran sobre todo en la madre, siendo escasos

los estudios sobre el efecto en el padre. Los trastornos emocionales más frecuentes asociados a un duelo perinatal complicado son los trastornos depresivos y de ansiedad (Lopez Madinabitia, 2018).

Se podría decir que el duelo perinatal constituye una realidad invisible que se trata a veces de silenciar o de ignorar (Santos Redondo, 2015).

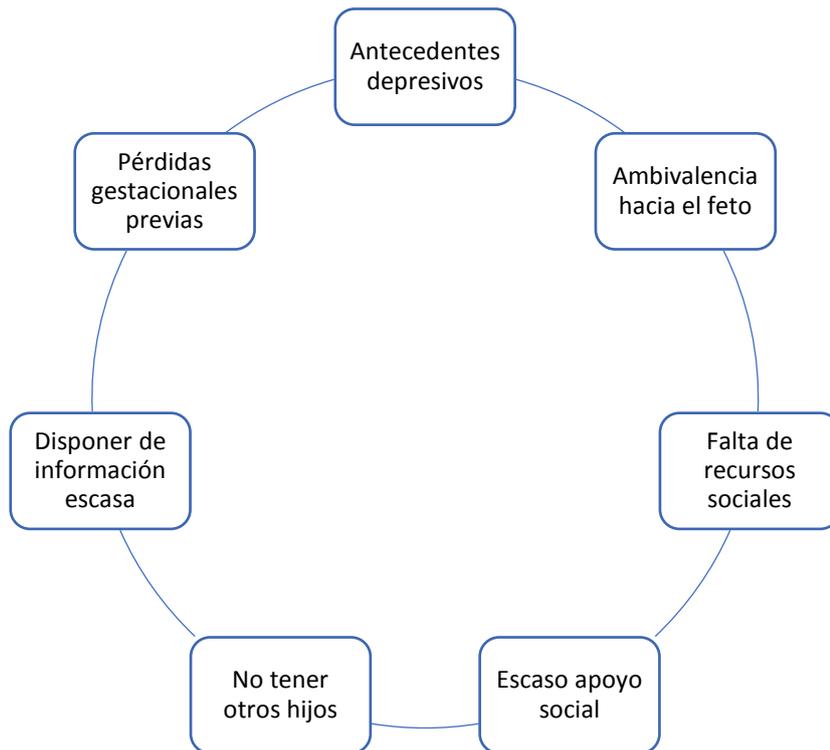
La muerte perinatal, señala Del Río (2018), es invisible tanto a nivel sanitario, jurídico, religioso, social como familiar; pero no lo es para los padres que han perdido a su hijo. Los familiares y amigos tienden a no preguntar por el temor a reavivar el dolor y tanto las personas cercanas como los profesionales intentan dar consejos para que el proceso se acelere o para disminuir el sufrimiento, consiguiendo a veces el efecto contrario y que los padres perciban que es algo de lo que no se puede o no se debe hablar.

La muerte de un hijo conlleva además otras pérdidas significativas, no “tangibles” como los sueños, expectativas, identidad, roles, esperanzas, proyectos para el futuro, etc., sobre los que también habrá que elaborar un duelo. Es importante tener en cuenta el significado que tenía para esa madre ese hijo y qué significado tiene para esa madre ser madre (Del Río, 2018).

En los duelos perinatales los sentimientos suelen ser intensos, siendo muy frecuente el sentimiento de culpa, de haber hecho algo mal que haya dañado al futuro bebé o de no haber sido capaz de cuidarlo. También las madres nos hablan de una sensación de vacío o de rabia o de una especie de anestesia afectiva en la que no se siente nada.

En la reducción selectiva en embarazos múltiples, en algunos casos puede resultar difícil para la madre establecer un vínculo con el feto que sobrevive, como si de alguna forma, el vincularse con el feto que sobrevive fuera una traición hacia el fallecido jugando el sentimiento de culpa un papel fundamental.

Si los duelos perinatales son con frecuencia invisibles en las madres, aún lo son más en los padres, a los que se les tiende a presuponer una fortaleza y un papel sólo de apoyo a la madre y/o se da por hecho una falta de afectación emocional. Por otra parte, hay factores personales, familiares y sociales de los dolientes que pueden complicar aún más el duelo:



Fuente: López García de Madinabeitia (2018)

La acumulación de duelos gestacionales (como ocurre habitualmente en los tratamientos de Reproducción Asistida) puede ser un factor de riesgo importante.

El proceso se complica si coexisten otros duelos (no necesariamente gestacionales) o hay duelos previos no resueltos, que se han ido de alguna forma arrastrando a lo largo del tiempo y no han sido adecuadamente elaborados.

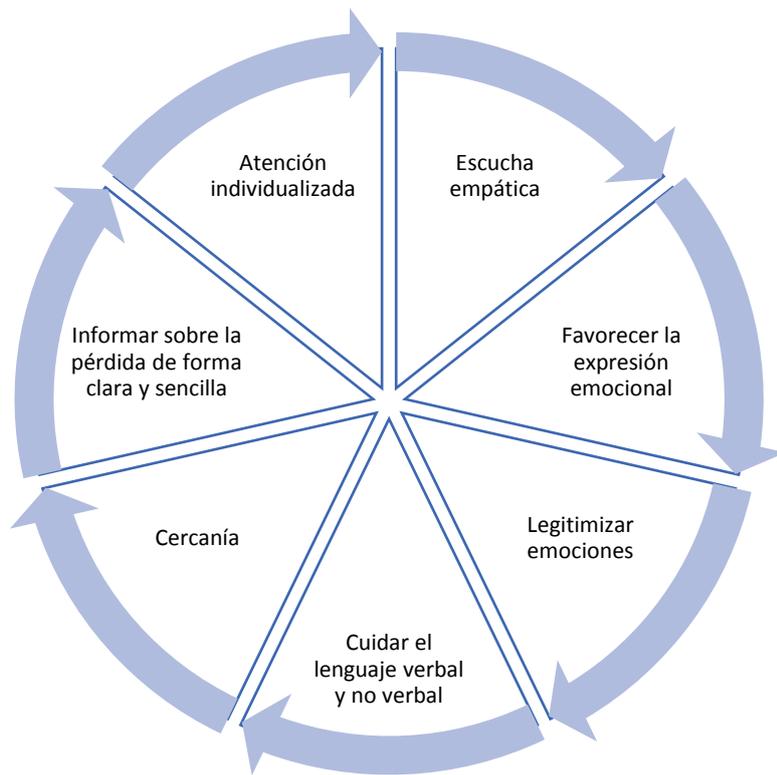
Recomendaciones:

Poder hacer el duelo por el hijo perdido favorece un vínculo saludable con un próximo bebé. Es importante poder detectar síntomas depresivos (o de otro tipo) de forma precoz (López García de Medinabeita, 2018) y poder hacer, en el caso que sea necesario, una intervención psicoterapéutica temprana que evite futuras complicaciones y sirva para paliar o disminuir el sufrimiento de las madres y de los padres.

El cuidado, el apoyo emocional y la detección de posibles complicaciones se debe plantear como un proceso de coordinación multidisciplinar que se extiende en el tiempo, desde la pérdida hasta el seguimiento tras el alta hospitalaria y entre los diferentes profesionales.

De esta forma, podremos contribuir a que los padres puedan ir poco a poco poniendo palabras a sus sentimientos y mitigando su dolor y su culpa.

Algunas recomendaciones generales sobre el proceso de acompañamiento:



Véase Anexo 1: Factores de riesgo/alarma en embarazo y puerperio.

5. QUÉ PODEMOS HACER LOS PROFESIONALES PARA CUIDAR EL VÍNCULO PADRES-BEBÉ

5.1 ¿Cómo fomentar el vínculo suficientemente sano?

Promoción de salud. Favorecer funciones paternas



Trabajo de la promoción de la salud y preventivo desde atención primaria



Valorar el desarrollo emocional del bebé y detectar posibles situaciones de riesgo, signos de alarma o señales de psicopatología en el bebé y/o en los padres



Apoyo emocional por parte de los profesionales de atención primaria para los padres/madres



Cuidar a las madres/padres para que así cuiden mejor a sus bebés



Fomentar la confianza de las madres/los padres en sus propias capacidades



Ofrecer consejos y orientaciones profesionales dentro de una relación de apoyo y cuidado a la familia



Trabajo individualizado, personalizado y una intervención insertada en un diálogo, un apoyo y un acompañamiento



Escucha y reflexión conjunta



Valorar las capacidades propias de cada madre/padre y los aspectos protectores del vínculo materno/paterno filial



Señalar de forma cuidadosa, intentando no culpabilizar, aquellas conductas o actitudes no adecuadas



Ser firmes y poner límites a las conductas claramente perjudiciales ofreciendo ayuda para cambiarlas



Identificar los momentos importantes en los que quizá se necesite un mayor apoyo (Primeros momentos, lactancia, destete...)



El apoyo deberá ser mayor en aquellas situaciones de riesgo en las que se detecten dificultades en el bebé o en los padres

Véase Anexo 2: Tabla de factores de riesgo psicopatológico en primera infancia.

5.2. Algunas posibles dificultades en torno a la parentalidad (conflictos de parentalidad) y su influencia en el vínculo

Cómo decíamos antes, no se trata (o al menos no solo) de dar consejos y pautas, ya que estos no son suficientes en algunos casos e incluso pueden tener efectos iatrogénicos. Es fundamental (a lo largo de las citas de revisión y desde la primera de ellas) hacerse una idea de cómo se sienten los padres, cómo se ven a sí mismos como padres y saber cómo perciben a su bebé.

Respecto a la vivencia de la propia maternidad suelen aparecer tres temas conflictuales: el miedo a no ser una buena madre; el miedo a reproducir patrones vividos en la infancia (ser como la propia madre o el propio padre) y un ideal materno excesivamente alto (Nanzer et al., 2017).

Las representaciones maternas y paternas (imagen que tienen los padres de su bebé y de sí mismos como padres) tienen su origen en las vivencias infantiles y en sus experiencias infantiles con sus propios padres, hermanos, etc. También están influidas por los aspectos actuales del embarazo, el parto, las características del

bebé, los factores psicosociales familiares, etc. Y por los ideales sociales imperantes en tanto a ideales que cumplir

A través de unas sencillas preguntas se puede tener una idea de si existen o no dificultades en torno a la parentalidad (Nanzer et al., 2017). Se puede preguntar a la madre y al padre “¿Cómo te sientes?”, “¿Cómo te está resultando la tarea de ser madre?” “¿Cómo crees que eres tú como padre?”, “¿Cómo es tu bebé o cómo ves a tu bebé?”, “¿A quién se parece?”, “¿A quién te pareces tú como madre?”. Estas preguntas, si se hacen, no se deben hacer cómo si fuera una encuesta sino al hilo de una conversación y en un ambiente acogedor y de confianza.

De esta forma, lo largo de las citas podemos percibir actitudes o conductas que nos pueden hacer pensar en dificultades que requieren de un apoyo:

1. Cuando se idealiza demasiado: buscando la perfección

Padres que se muestran inseguros, que piden pautas continuas y consultan por aspectos nimios. Parecen mostrarse excesivamente exigentes consigo mismos y tener una visión idealizada de la parentalidad de forma que pueden sentir que

no son buenos padres si no se acercan a ese ideal, queriendo de alguna forma ser unos padres “perfectos” y tener unos hijos perfectos. Pueden mostrar rigidez y poca naturalidad en el manejo del bebé, temiendo de alguna forma dañarle. Tienden a querer estar idealmente presentes y disponibles por lo que pueden tener dificultades para favorecer la progresiva autonomía del bebé en el sueño, la alimentación, el juego, etc., ya que pueden temer que al favorecer esta autonomía el bebé se sienta abandonado. También tendrán dificultades para dosificar la frustración y poner límites ya que pueden temer que si limitan o frustran a su bebé pueda sentirse “no querido”. “Quiero que mi hijo no sufra nunca, que sea siempre feliz, que tenga lo que yo no he tenido o viva lo que yo no he vivido”.

Pueden tender también a contagiarse de la angustia del bebé y en lugar de calmarle, transmitirle su propia ansiedad, proporcionándole un exceso de estimulación y una atención ansiosa, aspectos todos ellos, que no favorecerían que el bebé ponga en marcha sus propios procesos de autorregulación. Puede darse una alta frecuentación de consultas médicas y presencia de temores hipocondriacos.

Este tipo de vínculo puede traer consigo trastornos funcionales en el bebé (sueño, alimentación, etc.) y se puede relacionar a medio-largo plazo con un apego inseguro ambivalente, trastornos internalizados y de ansiedad, somatizaciones y problemas de conducta en el ámbito familiar.

Qué hacer/cómo actuar

El objetivo principal es que los padres tengan más confianza en sí mismos a la vez que se disminuye la auto-exigencia y la necesidad de ser unos padres “perfectos”, y/o de tener unos hijos “perfectos”, relativizar los errores “no hay nadie perfecto”, transmitir la idea de que la maternidad/paternidad es un proceso de aprendizaje y de adaptación progresiva.

No se trata de darles “todo hecho” y decirles lo que tienen que hacer con su hijo (ya que eso les infantilizaría) sino ayudarles a que piensen por sí mismos y confíen más en su intuición y en sus capacidades. Es importante también transmitir que una frustración progresiva es necesaria para poder crecer, madurar y desarrollar la capacidad de autorregulación y que poner límites y frustrar (siempre

de forma progresiva y adaptada a la edad y capacidades del bebé) no daña al niño, sino que le ayuda a tolerar en el futuro que las cosas no sean siempre cómo él/ella quiere.

2. Cuando se padece el vínculo: Ni contigo ni sin ti.

Por otra parte, estarían aquellos padres que se muestran irritables, con una mezcla de ansiedad y enfado tanto hacia el bebé como hacia los profesionales. Parecen mostrar desde los inicios una imagen negativa de su bebé con quejas continuas: “no puedo con él, no para de llorar, parece que lo hace para fastidiar, no le puedo dejar ni un momento solo”. Puede parecer que nada de lo que les dices les sirve y además pueden vivir los consejos o pautas como una crítica. Esta aparente seguridad puede esconder una inseguridad de fondo y profundos sentimientos de culpa. Tienden a no favorecer una adecuada separación-individuación (“ni contigo ni sin ti”), y a transmitir al bebé y después al niño, una imagen negativa de sí mismo. Pueden mostrar una ansiedad excesiva ante el llanto del bebé y parecen tener la “necesidad de calmarle a toda costa” y a utilizar de forma excesiva la teta, el

chupete, los brazos., etc. (también puede aparecer esta “necesidad” en las dificultades descritas en el grupo anterior). La mezcla de ansiedad e irritabilidad en el vínculo no favorece una adecuada regulación y contención, no favorece la simbolización ni la seguridad en el apego. Posible influencia en la aparición posterior de depresión, ansiedad, alteraciones de conducta.

Qué hacer/cómo ayudar

Fundamental el poder establecer una relación positiva con los padres. Señalar siempre los aspectos positivos de ellos como padres y también de sus bebés, pero escuchando también sus quejas y su malestar. Especial atención a lo que se dice y a cómo se dice para evitar que se sientan juzgados o culpabilizados.

3. Cuando se tiene una visión distorsionada del bebé y/o de sus reacciones.

Muestran dificultades de parentalidad en las que se percibe un rechazo más o menos claro del bebé o una indiferencia,

frialdad o falta de respuesta. Se evidencian dificultades importantes para conectar con el bebé y unas respuestas claramente inapropiadas, contradictorias o incoherentes ante sus demandas. Puede darse también una relación fusional madre-bebé en la que no hay lugar para un tercero o bien una alternancia entre una atención asfixiante al bebé y una falta de respuesta-ausencia o indiferencia. Estas dificultades, son obviamente las más graves y las que requieren de una intervención más precoz y urgente. Hay que determinar si se da una situación de maltrato y/o negligencia. Pueden dar lugar a un tipo de apego desorganizado y trastornos graves del vínculo con manifestaciones emocionales y conductuales diversas.

Qué hacer/cómo ayudar

Ser cuidadoso si se recomienda la derivación a servicios especializados para que los padres lo puedan entender como un cuidado y un apoyo para ellos. Y mantener una adecuada coordinación con los diferentes profesionales que atienden a la familia.

Se podría decir, que para el primer tipo de dificultades sería suficiente el trabajo preventivo realizado a través de las citas del niño sano por los profesionales de atención primaria (complementado en algunos casos por acciones más específicas). Para algunos de los casos del segundo tipo, también sería suficiente el trabajo realizado desde atención primaria, mientras que, para otros casos más graves dentro de este grupo, se podría o bien trabajar desde atención primaria con la supervisión de salud mental perinatal o bien directamente desde recursos especializados. En el tercer tipo de casos, sería necesaria la intervención conjunta y coordinada de atención primaria y servicios especializados de salud mental y/o servicios sociales.

5.3 ¿Qué observar en cada etapa?

A medida que el bebé va cumpliendo con los hitos del desarrollo psicomotor, que se van dando los procesos de maduración, debemos estar muy atentos a cómo va su desarrollo emocional y valorar algunos momentos o situaciones de mayor vulnerabilidad cuya evolución tiene una significación importante en la estructuración y formación del psiquismo del niño. Para ello,

debemos ser muy cuidadosos con ese vínculo que se está estableciendo entre un bebé y sus padres e ir valorando si el bebé dispone de un entorno favorable para su desarrollo. El cuidado del vínculo entre el bebé y sus padres nos servirá como eje de apoyo en las consultas. Y aquí es importante valorar las competencias del niño y la interpretación o el sentido que les dan sus padres o entorno cuidador (Panera, C. y González, F, 2022)

Antes del embarazo:

El deseo o proyecto de hijo o de ser madre/padre es personal y único. Conviene que uno pueda pensar por qué quiere tener un hijo. En este deseo se pone en juego la historia de relaciones previas que hayamos tenido, las vivencias de la propia infancia y la relación que establecimos con los padres y otras figuras importantes.

Algunas condiciones personales pueden hacer más difícil la crianza, pero no quiere decir que no se vaya a ser buena madre o buen padre. Es bueno consultar como prevención y poder disponer de recursos de apoyo si es necesario.

Cabe dedicar un espacio importante a los procesos de los tratamientos de Reproducción Asistida. Las parejas o personas

solas que necesitan de ellos para materializar su deseo de ser padres, con bastante frecuencia pasan por situaciones que suponen un coste psíquico, físico, social y económico que les puede generar ansiedad excesiva y/o sentimientos depresivos que requieran atención.

Etapas Prenatales:

Desde el embarazo, los padres suelen imaginarse cómo va a ser ese bebé, pueden ver las imágenes de las ecografías, oír el latido de su corazón, pueden sentir sus movimientos en el vientre y ver cómo va aumentando de tamaño. La madre también va experimentando cambios en su propio cuerpo y le van surgiendo toda una serie de pensamientos y sentimientos en relación con ello. Es un momento muy especial en el que las madres suelen sorprenderse con recuerdos de su infancia y vivencias más satisfactorias o más angustiosas de sus relaciones familiares pasadas. Esta disposición psíquica de la madre va a ayudarle también a dar sentido a todo eso que percibe en su bebé y en sí misma. El padre también participa de todo ello y tendrá sus propios recuerdos y reactivación de vivencias pasadas. Ambos se imaginarán también como padres y todo esto significa que ya están formando el vínculo con ese futuro

hijo. Se han desarrollado escalas para evaluar este vínculo prenatal como la Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal, EVAP de Lafuente (2008) y diversos estudios en torno a todo el mundo de representaciones mentales de la madre que se ponen en marcha (Entrevista-R de representaciones durante el embarazo de Ammaniti, Candelori, Pola y Tambelli, 1995).

En este periodo es fundamental prestar atención a una posible depresión durante el embarazo o cualquier tipo de psicopatología (síntomatología ansiosa, etc.) si hay antecedentes o que pueda aparecer, previniendo de esta manera la aparición de problemáticas graves en el posparto.

Merecen atención especial las situaciones de duelo perinatal, daños o enfermedades neurológicas, etc. en el feto, así como enfermedades en la madre durante el proceso de embarazo.

El primer encuentro:

Es beneficioso para ambos que la madre ponga al bebé en contacto con su piel, que le hable. El contacto piel con piel inicial favorece la lactancia materna y el vínculo, pero no son las únicas formas de vincularse. Serán los pequeños gestos y las palabras las que lo irán

tejiendo poco a poco. El padre o pareja también puede participar de estos primeros contactos.

En este periodo inicial, debemos tener muy presentes las vivencias emocionales de los padres, cómo se ajustan al bebé, cómo se van organizando, cómo van dejando atrás al bebé imaginario que esperaban y van aceptando al bebé real que tienen en sus brazos, etc. En el contexto de confianza en la consulta pueden reconocer y nombrar muchos sentimientos, en muchas ocasiones contradictorios. ¹Normalmente, estas expectativas suelen ir ajustándose, pero en ocasiones no es así y las ideas o fantasías de los padres se proyectarán rígidamente sobre el hijo en su relación con él, originando diversos problemas o sintomatología en el niño.

Es importante transmitir calma y poder darse tiempo, observar a su bebé, estar atento a sus manifestaciones y características personales, sus ritmos, sus preferencias y la necesidad de responderle y adaptarse casi absolutamente al principio. Los padres tienen que hacer una renuncia temporal a aspectos de su vida social, profesional, etc. que recuperarán más adelante, cuando ese

¹ Hemos descrito algunos ejemplos en torno a esto en el apartado de la parentalidad.

vínculo haya podido interiorizarse, establecerse como una base segura que le permita estar atendido por otras personas.

El papel de la familia extensa tiene gran valor de cara a ayudar en ese proceso de vinculación entre el bebé y sus padres. Lo aconsejable es que estén disponibles para ayudar y acompañar, evitando transmitir ideas demasiado rígidas sobre cómo tienen que hacerse las cosas y por supuesto, sin críticas ni actitudes o palabras que puedan hacer sentir culpable, incapaz o no adecuados a la padres.

Es importante que la madre pueda descansar un poco, que se alimente adecuadamente, que tenga unos momentos para ella. Una madre agotada y angustiada genera un bucle de ansiedad entre ella y su bebé con la consiguiente frustración y malestar en los dos.

El bebé no existe sin el entorno y es fundamental considerarlo en su globalidad: dónde va a vivir, con quién, en qué condiciones culturales, socioeconómicas, psicológicas y emocionales.

Es importante tener en cuenta riesgos en torno a la situación social y personal de la madre y/o padres como la precariedad económica, del domicilio, posible enfermedad mental, enfermedad física, que no

haya habido seguimiento del embarazo, etc. para valorar la necesidad de proporcionar recursos de apoyo.

Los tres primeros meses:

Los primeros seguimientos del bebé van a centrarse más en cuestiones en torno a la organización de los cuidados de alimentación, aseo, sueño, etc.

En este contexto de relación con los padres, es importante valorar la disposición y capacidad de identificación con el bebé. Se puede observar en las consultas por la manera de mirar, de coger, de mecer, de hablar al bebé y de responder a sus señales.

Aunque la presencia de la madre es primordial, no olvidar el papel que tiene el padre, o pareja, también con sus funciones de contención y cuidado de la relación y con sus características personales. Su ausencia tiene también repercusiones en el establecimiento del vínculo. Si está, es importante que acuda también a las consultas y saber cómo está emocionalmente. Puede sentirse relegado de esa relación primordial o en rivalidad. No nos olvidemos de que también tiene sus vivencias internas en torno a

cómo ser padre, cómo fue como hijo, cómo fueron sus padres con él, lo que siente frente a ese bebé que tiene delante, etc. Y según los estudios más recientes, el porcentaje de depresión posparto en el hombre cada vez se acerca más al de las mujeres (Caparrós-González y Rodríguez Muñoz, 2020).

En las consultas, probablemente habremos tratado la decisión de cómo alimentar al bebé. Nuestro papel no es sólo informar de los beneficios de la lactancia materna, sino también escuchar lo que traen ellos pensado, todas las dudas, temores y angustias, y respetar sus decisiones.

En estos primeros tiempos debemos dar mucha importancia a los ritmos y la regularidad, a la presencia y la continuidad relacional, el contacto físico (las caricias, el sostenimiento), las palabras, la mirada y todo el intercambio afectivo.

Está estudiada la elevada presencia de depresión posparto y sus repercusiones en el desarrollo del bebé.

En los últimos años, se está constatando la conveniencia de cambiar el foco de atención de la depresión posparto a la depresión prenatal. En muchos casos, lo que se ha denominado depresión

posparto en realidad comienza durante el embarazo (Underwood et al., 2016). Un 62% de mujeres con depresión postparto tuvo depresión en el embarazo (Toquero de la Torre y Rodríguez Sendín, 2008). Estudios en España (Rodríguez Muñoz y cols., 2017) determinan la prevalencia de la depresión prenatal (en la mujer) en un 14,8% de la población general. En el caso del padre, algunos estudios hablan de un 10% de depresión tras el parto. Psouni (2017) refiere un 27%. Un 50% si la madre tiene depresión perinatal.

El profesional (médico, pediatra, matrona, enfermera etc.) pueden observar a madres que atienden muy bien al bebé en sus necesidades básicas y pasárseles desapercibida una falta de disponibilidad afectiva o de resonancia a las demandas emocionales del niño. Y en ocasiones más graves, se encuentran con madres que no acuden a consulta, por vivencias de culpa ante sus sentimientos negativos hacia su bebé o hacia sí misma como madre. En estos casos, ayudaría poder hacer una visita domiciliaria por parte de la matrona o enfermera y mantener más activamente la atención a ambos.

En este periodo, la sintomatología del bebé será más somática y de regulación. La expresión de la vida psíquica, de lo emocional, es básicamente corporal en los inicios: problemas digestivos, cólicos, dermatológicos, respiratorios, de alimentación, de sueño, etc.

Las señales de comunicación que tiene el bebé son el llanto, la tonicidad corporal, el movimiento, los gestos, etc. y hay que estar sensibles, identificándose con él para ir descifrando el significado de todo lo anterior. Podemos observar si los padres pueden estar atentos a esas características particulares de su bebé para ir adaptándose a sus necesidades de regulación. Así mismo, ellos irán estableciendo sus ritmos, rutinas, con constancia y continuidad, evitando muchos cambios, para ayudar al bebé también en esa regulación. Si se mantiene bien ese encuentro entre el respeto al bebé y la organización y los aportes externos que recibe, poco a poco irá autorregulándose. Prestaremos más atención a los bebés muy irritables, difíciles de calmar y padres que entran en desesperación, adoptando conductas que favorecen más una escalada hacia la desorganización. Les pueda ayudar que les orientemos a pensar con ellos cómo se sienten cuando sostienen y

tratan de calmar a su bebé que no para de llorar. Pensar en ellos, ayuda a pensar en lo que puede estar sintiendo el bebé. Del mismo modo, debemos observar con atención cuando nos hablan de un bebé “demasiado bueno”, pues puede no estar expresando sus necesidades de un modo que los padres puedan ayudarlo a regularse y encontrar sus propios recursos para calmarse o los padres no estar estimulándole suficientemente.

Los indicios que nos indican el comienzo del desarrollo social del bebé en esta etapa son la sonrisa y el seguimiento con la mirada, como forma primitiva de ir reconociendo a sus cuidadores. En la consulta es un dato que se puede observar fácilmente y preguntar a los padres. Sería un factor de riesgo que no sonría y que no levante la cabeza y nos siga con la mirada. Es importante observar si hay inicios de intercambio entre uno y otros, así como momentos de retirada que hay que respetar. Siendo de especial relevancia tomar en cuenta cuando hay un retraimiento emocional del bebé.

Véase Anexo 3: ADBB Escala de retraimiento del bebé (Guedeney, 2007)

Desde nuestra sensibilidad podremos ir también entendiendo lo que los padres están sintiendo y si la escucha es suficiente o necesitan una intervención específica.

Los profesionales de pediatría reciben habitualmente dudas, demandas en relación a aspectos somáticos del bebé y como sabemos que la expresión de dificultades psicológicas en el bebé es a través del cuerpo, están en condiciones de valorar las posibles dificultades relacionales que están en juego. Así como la presencia de numerosas consultas médicas por síntomas banales nos pueden hacer pensar en dificultades del entorno para contener las expresiones de malestar del niño y temores poco racionales que van a condicionar esa relación.

Entre los 3 y 6 meses:

En este periodo, seguimos valorando junto con los padres si el bebé ya va regulándose mejor, con más capacidad de calmarse a sí mismo, sin necesitar una respuesta tan urgente por parte de ellos.

A los tres meses puede sonreír, levantar la cabeza y seguirnos con la mirada y esto le va a permitir empezar a reconocer a sus cuidadores principales. También puede empezar a jugar con sus

gestos, miradas, sonidos para atraer su atención. Por ello, sigue siendo muy importante que los padres estén disponibles emocionalmente y atentos para aprovechar estos momentos de intercambio y también poder respetar sus necesidades de retirada o descanso. Podemos ver si ya puede entretenerse un poco solo, jugando, aunque sea en los brazos de los padres.

Explorar si tiene iniciativa en los intercambios afectivos y ya expresa emociones básicas (alegría, tristeza, enfado).

En este periodo se va desarrollando lo que llamamos espacio transicional que es ese espacio que se empieza a abrir entre el bebé y la realidad exterior, todavía no diferenciados y que va a ayudar más adelante a tolerar poquito a poquito, la separación. De esta forma va interiorizando a los padres, de manera que puede entretenerse él solo, haciendo algo, sin necesidad de verlos, o estar en contacto con ellos de forma continua. En este periodo, por las condiciones sociales y familiares actuales, suelen coincidir situaciones de separación a las que hay que atender con mucho cuidado.

Merece la pena que los profesionales médicos y/o sociales que atienden a la familia, dediquen un tiempo a que los padres puedan hablar de cómo se van a organizar, quien va a cuidar al niño, si va a una guardería, cuantas horas, etc. Permitir la expresión de sentimientos que ellos experimentan, de abandono del niño, de rivalidad con los cuidadores, etc. Es importante que este proceso se intente hacer de forma progresiva y que no haya un exceso de cuidadores (un día con una abuela y otro con otra, la vecina, etc.).

Hay que concienciar a los padres para preparar a su bebé, cuidar mucho cómo se va a hacer. Poder transmitirles que él siente mucho en esa separación y se pone en riesgo el equilibrio somato-psíquico todavía frágil y la seguridad de ese vínculo. Desechar la idea de que el bebé “no se entera”, porque no tiene palabras o desarrollo suficiente para comprender cognitivamente. Comprende, siente y registra las experiencias de otro modo.

Se puede favorecer el uso de los objetos transicionales (chupete, mantita, doudou, etc.) ya que ayudan al bebé en esta separación. Y orientar a evitar comportamientos como no despedirse, llevarle dormido a la guardería o a casa de la abuela, que muchas veces tienen origen en la angustia o el sentimiento de culpa de los padres.

Todavía tampoco es aconsejable que haya periodos de separación largos como una semana o incluso un fin de semana para descanso de los padres. En la medida de lo posible, evitar que coincidan varias separaciones (o situaciones de pérdida) al mismo tiempo como el destete, el cambio a su habitación y/o la marcha al trabajo de los padres.

A partir de los 6 meses:

En este periodo, la maduración ya permite al bebé sentarse, ver desde otro lugar, después gatear y va a querer explorar el mundo de su alrededor. Los padres le ayudan a avanzar en su desarrollo cuando pueden favorecer esa exploración para que siga descubriendo el mundo que le rodea, su cuerpo y sus posibilidades, compartiendo con él su alegría, su satisfacción.

Es probable que se produzcan cambios en la alimentación, que pueden generar ansiedades en los padres si sus bebés no se adaptan rápido. Sigue siendo muy importante el equilibrio entre favorecer nuevas adquisiciones y respetar los tiempos del niño (Grupo de Perinatalidad de SEPYPNA, 2019).

Para ello, se hace necesario dar un lugar a los padres para que puedan hablar de sus fantasías y tranquilizarles para que no adopten posturas rígidas o de fuerza para conseguirlo.

Los padres ya pueden alternar ratitos de dejarle jugar solo en presencia de ellos y también seguir jugando con él en interacción.

Winnicott, hablaba de esta “capacidad para estar a solas en presencia de la madre” (Winnicott, 1981) como una adquisición fundamental para el desarrollo de la intimidad y de un espacio psíquico que se llenará de pensamientos, fantasías, etc. (de los que echar mano en los momentos difíciles a lo largo de su vida futura) (González-Serrano, 2018). Esta conquista es fundamental para que pueda despertar su creatividad.

Ya no se hace tan necesaria la respuesta inmediata a sus necesidades fisiológicas y estos pequeños tiempos de poder estar jugando solo también son importantes. Le ayudan a ir tomando conciencia de la realidad externa poco a poco.

Con frecuencia, por la finalización de las bajas maternales se suele empezar con el destete en este periodo, aunque la cronología de éste varía enormemente de una familia a otra. Si las cosas han ido bien, su desarrollo tanto afectivo como cognitivo, ya le permite

utilizar muchos recursos para seguir enriqueciendo el vínculo e ir aceptando esta frustración y renuncia. Pero todavía depende mucho de los padres, ambos se necesitan mucho.

Al percibir este progreso en el niño, los padres también suelen plantearse el llevarle a su habitación. Este puede ser un proceso que lleve tiempo y deban tomárselo con calma. Entre nuestras funciones como profesionales está el propiciar un espacio para poder hablar con los padres de ello y orientarles en algunos sentidos. Pueden aflorar sentimientos de pérdida de esa unión especial con el bebé y/o vivir con angustia excesiva los movimientos hacia la autonomía interpretándolos como rechazo y oposición del niño.

En ocasiones, también se ponen en primer lugar las necesidades de dependencia los padres o sus dificultades de separación, que no les permiten ver los procesos madurativos y las necesidades de crecimiento del niño (*“El niño no quiere, ya dirá cuando quiere irse, es que yo estoy muy a gusto, así controlo si respira bien, si no le pasa nada, etc.”*).

Alrededor de los 8 meses aparece la angustia ante el extraño, es el segundo organizador del psiquismo que describió Spitz (1965/1990)

y tiene su importancia porque supone un avance en el desarrollo afectivo del niño e implica que el vínculo está establecido, porque diferencia a sus padres o cuidadores de los que no lo son. Teme perderlos y también se enfada con ellos, expresándolo con el llanto o conductas de aferramiento. Por ello, se debe tranquilizar a los padres, explicándoles el significado de estas manifestaciones y orientarles en el manejo adecuado. Es decir, no forzar la situación y tranquilizar, no angustiarse con él sino ofrecer seguridad. Se puede transmitir a los padres que aceptar y contener las expresiones de tristeza o enfado de su bebé y poner palabras a lo que siente, le ayudará a conocerse mejor y aceptar que tienen sentimientos positivos y negativos. Y que ellos mismos también pueden vivir con ambivalencia esta separación o necesidad de diferenciación y autonomía del niño. Pueden expresar su dificultad en permitirle apoyándose en esos signos de angustia del niño (Boswell, 2007).

Nos tendríamos que preocupar si no muestra signos de diferenciar a los familiares de los extraños. Y también si no manifiesta un interés exploratorio por el entorno y los objetos. A veces se entiende como un signo de “independencia” o “autonomía” por sus padres. De la misma manera, si la angustia no va dando paso a la

confianza paulatinamente y se prolonga manifestando dificultades de separación elevadas, puede ser motivo de consulta a especialistas.

Al año:

Si las cosas van bien, va avanzando hacia la autonomía, va teniendo una seguridad interna, intuye a los padres, aunque no los vea. Se siente más diferenciado de ellos, los puede percibir como diferentes y tener sentimientos ambivalentes hacia ellos. Es necesario que haya esta separación progresiva, que implique que los padres perciben a su hijo como una persona diferenciada con sus pensamientos, sentimientos, deseos, etc. y el niño siga aprendiendo a manejarse con sus sentimientos y a conocer la realidad.

Los padres fomentan su autoestima al transmitirle confianza en sus capacidades, si le permiten esta exploración, si no hacen por él cosas que puede hacer o está preparado para aprender. También apoyarán el camino hacia su autonomía si no le exigen o esperan más de lo que puede hacer. Sus capacidades de aprendizaje son enormes, pero no hay que sobrecargarle.

El bebé todavía les necesita mucho y todos estos logros se irán consolidando hacia los 3 años. Fernando Cabaleiro señala como un periodo especialmente delicado para las separaciones prolongadas del bebé y sus padres es entre los 4 y los 12 meses, y poco recomendable entre los 4 meses y los 3 años. (Cabaleiro, 1993, 2019; Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2009). Según muestran los estudios, debemos tener especial cuidado para minimizar riesgos, si los bebés tienen que ser atendidos por servicios de crianza externos durante este periodo (Casado y Sanz, 2012; Sanz Andrés, 2014).

A lo largo de todo el año, es importante tener en cuenta algunas situaciones como, por ejemplo, separaciones de la madre por enfermedad. Aunque el bebé quede al cuidado de otros, no se suele valorar suficientemente la pérdida que supone para él, además del estado de estrés y posible angustia del entorno que va interiorizando. A veces, vemos posteriormente depresiones que aparecen sin motivo aparente, sentimientos de vacío que remiten a sensaciones y emociones que quedaron inscritos en la etapa preverbal del bebé.

El desarrollo del niño sigue avanzando y van a ir dándose grandes progresos en comunicación (empieza a utilizar el lenguaje verbal) y el desarrollo psicomotor (empieza a andar de manera autónoma). Y si todo ha ido suficientemente bien, habrá adquirido una base segura desde la que poder explorar el mundo y los otros, sin entrar en desesperación y consciente de su dependencia todavía de los padres.

Sus relaciones van siendo cada vez más complejas, pero también más estimulantes. Puede sentir gran curiosidad por lo que le ofrece el mundo que le rodea y esto va a ser fundamental para fortalecer sus procesos de aprendizaje y su confianza en las personas que vaya conociendo.

De la misma manera, no está de más insistir a los padres que eviten el uso de pantallas digitales para los niños a estas edades, porque no hay otro fuera que le devuelva afectos, pensamientos, respuestas., etc. La tablet no es un cuidador que se vincula.

REFERENCIAS

Ainsworth M., Blehar M., Waters E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

Béguier, I. (2004). La parentalidad en psiquiatría general: de paciente a padre. En L. Solis Pont (Ed.), *La Parentalidad: desafío para el Tercer Milenio: un homenaje internacional a Serge Lebovici* (pp. 189-194). México: Manual Moderno.

Brazelton, T. B. y Cramer, B. G. (2011). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.

Boswell, S. (2007). *Comprendiendo a tu bebé*. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1969). *El apego*. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1973). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.

Brockington, I. (2003). *Motherhood and Mental health*. Oxford: Oxford University Press.

Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocrón Bentata, L., Fernández Alonso, M. C., García Campayo, J., Montón Franco, C. y Tizón García, J. L. (2016). Recomendaciones para la prevención de

los trastornos de la salud mental en atención primaria. Grupo de Expertos del PAPPS. *Atención Primaria*, 48 (supl 1), 77-97.

Cabaleiro Fabeiro, F. (1993). Algunas consideraciones preventivas en el desarrollo afectivo del niño y del adolescente. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 15/16, 137-164.

Cabaleiro Fabeiro, F. (2019). Una experiencia preventiva materno-infantil. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 66, 5-21.

Caretti Giangaspro, E., Guridi Garitaonandía, O. y Rivas Cambroner, E. (2019). Prevención en la infancia: no toda intervención hoy es más salud para mañana. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 241-259. DOI: 10.4321/S0211-57352019000100013

Caparrós González, R. y Rodríguez-Muñoz M. F. (2020). Depresión posparto paterna: visibilidad e influencia en la salud infantil. *Clínica y Salud*, 31(3), 161-163. DOI: <https://doi.org/10.5093/clysa2020a10>

Caparrós González R., Romero-González G. y Peralta-Ramirez M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial.

Revista *Panamericana de Salud Pública*, 42 (97). DOI:
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>

Casado, D. y Sanz, M. J. (2012). *Crianza saludable. Fundamentos y propuestas prácticas*. Madrid: Polibea

Del Río Ripoll, S. (2018). Duelo perinatal; haciendo visible lo invisible. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, 38(97), 75-93.

Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L. L., McGregor, J., Bleiberg, E., y Fonagy, P. (2006). Short-Term Mentalization and Relational Therapy: An Integrative Family Therapy for Children and Adolescents. En J.G. Allen y P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment*. Wiley, Chichester: John Wiley y Sons.

Feeney, J. y Noller, P. (2001). *Apego Adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fonagy, P. y Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679–700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>

García Túnez, P. (2020). *Escenarios para un desarrollo psicológico sano y sus dificultades. Reflexiones sobre la vida en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Octaedro.

Generalitat de Catalunya. Departamento de Salut. (2008). *Protocolo de actividades preventivas y de la promoción de la salud en la edad pediátrica*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.

González Serrano, F. (2009). Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros. La relación temprana y el apego. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 48, 61-80.

Grienenberger, J. F., Kelly, K. y Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behaviour in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment y Human Development*, 7(3), 299–311.
<https://doi.org/10.1080/14616730500245963>

Grupo de Perinatalidad de SEPYPNA (2021). *El cuidado emocional del bebé y su familia. Guía para padres y madres durante el primer año de vida*. Madrid: Sepypna Ediciones.

Grupo de Perinatalidad de SEPYPNA (2019). La alimentación como experiencia de relación Temas a debate nº 2. Madrid: Sepypna Ediciones.

Grupo de Trabajo del Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales (2017). *Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales (PAINNE)*. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Toquero de la Torre, F. y Rodríguez Sendín, J. J. (Coords.) (2008). *Guía de buena práctica clínica en Depresión y Ansiedad en Atención primaria*. MSC-OMC. Madrid: IM&C.

Jiménez Pascual, A. M. (2002). Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22(82), 115-126.

Levobici, S. y Weil-Halpern, F. (2015). *La psicopatología del bebé*. México: Editorial Siglo XXI.

López García de Madinabeitia, A. P. (2018) El duelo perinatal: entre desautorizado y olvidado. En R. Prego, M. Alcamí y E. Mollejo (Coords.), *Parentalidad, perinatalidad y salud mental en la primera infancia* (pp. 177-194). Madrid: AEN-Sepypna.

Luyten, P., Nijssens, L., Fonagy, P., y Mayes, L. C. (2017). *Parental Reflective Functioning: Theory, Research, and Clinical Applications*.

The Psychoanalytic Study of the Child, 70(1), 174–199.

<https://doi.org/10.1080/00797308.2016.1277901>

Manzano, J., Righetti-Veltema, M. y Conne-Perréad, E. (2001). El síndrome de depresión preparto: un nuevo concepto. Resultados de una investigación sobre los signos precursores de la depresión postparto. En J. Manzano (Ed.), *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid: Necodisne.

Marcos-Nájera, R., Rodríguez-Muñoz, M. F., Izquierdo-Méndez, N., Olivares-Crespo, M. E. y Soto, C. (2017). Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud*, 2, 49-52.

Marrone, M. (2001). *La teoría del apego*. Madrid: Psimática.

Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E. y Tuckey, M. (2001).

Rethinking Maternal Sensitivity: Mothers' Comments on Infants' Mental Processes Predict Security of Attachment at 12 Months.

Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42(5),637-648. DOI:

<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00759>

Mitjavila, M. (2013). Investigación y aportaciones de Peter Fonagy: Una revisión desde el 2002 al 2012. *Temas de Psicoanálisis*, 5, 1–17. Retrieved from

<http://www.temasdepsicoanalisis.org/wpcontent/uploads/2013/01/PDFMITJAVILA1.Pdf>

Nanzer, N., Knauer, D., Palacio-Espasa, F. Qayoom-Boulvain, Z., Hentsch, F., Clinton, P., Trojan, D. y Le Scouëzec, I. (2017). *Manual de psicoterapia centrada en la parentalidad*. Barcelona: Octaedro.

Novo-Gueimonde, L., Teijelo, A. I., Sánchez-Sánchez, M. M., García Robles, R. M., Tejerizo García, A., Leiva, A., Benavente, J. M., Pérez Escanilla, J. A., Corredera, F. y Tejerizo López, L. C. (2000). Postpartum psychosis. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 27(10), 386-390.

Ordway, M. R., Sadler, L. S., Dixon, J. y Slade, A. (2014). Parental reflective functioning: Analysis and promotion of the concept for paediatric nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23–24), 3490–3500. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.12600>

Panera, C. y González, F. (2022). Salud Mental y Atención Primaria: una mirada hacia la prevención primaria durante el primer año de

vida. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. *En Prensa*.

Psouni, E.; Agebjörn, J. y Linder, H. (2017) Symptoms of depression in Swedish fathers in the postnatal period and development of a screening tool. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(6), 485-496.

DOI: 10.1111/sjop.12396. Epub 2017 Oct 20.

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria-AEPap (2009). Programa de salud infantil. Disponible en [<http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>]

Rendón Quintero, E. y Rodríguez Gómez, R. (2016). La importancia del vínculo en la infancia: entre el psicoanálisis y la neurobiología.

Revista Ciencias de Salud, 14(2), 261-280. DOI: [dx.doi.org/10.12804/revsalud14.02.2016.10](https://doi.org/10.12804/revsalud14.02.2016.10)

De la Fe Rodríguez-Muñoz, M., Le, H. N., de la Cruz, I. V., Crespo, M. E. O. y Méndez, N. I. (2017). Feasibility of screening and prevalence of prenatal depression in an obstetric setting in Spain.

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 215, 101-105. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2017.06.009.

Sánchez, M. (s.f.). Duelo gestacional y perinatal: El dolor silencioso. Disponible en [<https://www.meritxellsanchez.com/duelo-gestacional-y-perinatal/>]

Santos Redondo, P., Yáñez Otero, A. y Al-Adib Mendiri, M. (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Servicio Extremeño de Salud.

Sanz Andrés, M. J. (2014). *Orientaciones para la crianza. Guía de documentos destinados a los padres*. Madrid: Polibea.

Sharp, C. y Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17(3), 737–754. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x>

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7(3), 269–281. DOI: <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>

Stern, D. N. y Bruscia Werler-Stern, A. (2014). *El nacimiento de una madre. Guía para padres*. Barcelona: Paidós.

Spitz, R. A. (1965/1990). *El primer año de vida del niño*. (3ª ed.). México: Fondo de Cultura Económica de España.

Thessier N., Dayan J. y Baranger E. (1998). Intérêt d'une prise en charge précoce des délires puerpéraux. A propos d'une observation. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 27, 725-727.

Tizón García, J. L. (2002). Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de Atención Primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 4(13), 81-106.

Underwood, L., Waldie, K., D´Souza, S., Peterson, E. R. y Morton, S. (2016). A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 19(5), 711-720. DOI: 10.1007/s00737-016-0629-1.

Trenchi, N. (2011). *¿Mucho, poquito o nada? Guía sobre pautas de crianza para niños y niñas de 0 a 5 años de edad*. Montevideo: UNICEF Uruguay.

Winnicott, D. W. (1981). *El proceso de maduración en el niño. De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo*. Barcelona: Editorial Laia, S. A.

Winnicott, D. W. (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

ANEXO 1: FACTORES DE RIESGO/ALARMA EN EMBARAZO Y PUERPERIO

Signos precursores de depresión postparto	
Prenatales	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de soledad • Autorreproches • Ansiedad • Trastornos del sueño • Trastornos somáticos • Vivencia difícil del embarazo • Baja actividad • Acontecimientos estresantes importantes (muertes, separaciones, dificultades económicas) • Alejamiento de la familia
Perinatales	<ul style="list-style-type: none"> • Parto mal vivido • Problemas con el niño después del nacimiento • Separación madre-bebé

Depresión Posparto	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Apatía • Desinterés • Autorreproches • Autodesvalorización • Aislamiento
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Riesgos de dificultades de vinculación padres-bebé

Dificultades de interacción padres-bebé

- Desconexión emocional
- Dificultades importantes para identificarse y comunicarse emocionalmente con el bebé: dificultades para empatizar con sus necesidades (biológicas, afectivas, cognitivas)
- Desinterés o rechazo del bebé
- Respuestas o actitudes incoherentes en los cuidados del bebé
- Dificultades importantes de organización en la crianza
- Exceso de empatía, confusión con el bebé, se adelanta exageradamente a las necesidades de éste
- Figura paterna ausente, no protectora o con actitudes intrusivas o descalificantes
- Dificultades de los padres para interactuar con un bebé nacido con malformación o discapacidad sensorial y/o motora.

Fuente: Manzano et al., 2001

ANEXO 2: FACTORES DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO EN PRIMERA INFANCIA

Circunstancias del embarazo y parto	<ul style="list-style-type: none"> • Madre adolescente • Hijo no aceptado • Hijo adoptado • Embarazo de riesgo
Circunstancias perinatales adversas	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuridad/sufrimiento fetal/malformaciones/ enf. congénitas • Separación prolongada madre-lactante • Hospitalización de la madre o el bebé
Enfermedades crónicas	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades crónicas pasadas o actuales
Cambios ambientales o situaciones traumáticas concretas	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte padre, madre o hermano • Separación o divorcio • Hospitalización prolongada • Larga ausencia de uno o los dos padres • Cambios escolares o ambientales importantes • Maltrato físico o sexual
Características temperamentales difíciles del niño	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad importante • Irregularidades en hábitos alimenticios, sueño y evacuación • Reacciones excesivas a los estímulos • Dificultades de adaptación a cambios • Apatía, inhibición o pasividad excesivas

<p>Características de los padres</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muy jóvenes o muy mayores • Trastornos psicopatológicos severos/toxicomanías • Depresión prenatal y/o postnatal • Desestructuración familiar/falta de apoyo familia extensa • Desvinculación/apego ansioso, rechazo • Abandono o negligencia
<p>Circunstancias socioeconómicas muy desfavorables</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paro crónico • Familias aisladas socialmente • Vivienda sin condiciones de higiene y protección

Fuente: Adaptado de Pascual, A. M. (2002). Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22(82), 115-126.

ANEXO 3: ÉCHELLE DE D'ALARME DÉTRESSE BÉBE-ALARMA: BEBÉ EN APUROS

Se trata de una escala de evaluación para la detección de situación de riesgo de retraimiento relacional y emocional precoz en el desarrollo del bebé. Para más información sobre la escala consultar:

<https://www.adbb.net/>

Guedeney, A. y Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby scale. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 559-575. DOI: <https://doi.org/10.1002/imhj.1018>

http://www.asmi.es/arc/doc/guedeney_alarma_bebe_en_apuros.pdf

ANEXO 4: SEÑALES DE ALARMA PSICOPATOLÓGICA EN EL RECIÉN NACIDO, LACTANTE Y NIÑO EN EDAD PREESCOLAR *

<p>Trastornos de la alimentación y/o deglución</p>	<p>Inapetencia persistente Rechazo a sólidos Vómitos o regurgitaciones reiterados funcionales Mericismo y pica* Trastornos digestivos de origen funcional Estreñimiento y diarreas Crónicas Niño que habitualmente es forzado a alimentarse. Problemas importantes alrededor de la comida (relación padres-bebé)</p>
<p>Trastornos del sueño</p>	<p>Insomnio acompañado de llanto (más de 4 semanas) Miedos intensos o pesadillas duraderos Insomnio agitado (acompañado de rechazo al contacto, desvinculación) o silencioso Hipersomnias y poca reactividad</p>
<p>Trastornos de la autorregulación (dificultades para autocalmarse después de cambios, problemas o alteraciones)</p>	<p>Niño hipersensible Niño hiporreactivo Desorganizado motóricamente e impulsivo</p>
	<p>Retraimiento intenso No ríe/no mira/no habla*(dentro de lo que corresponde a su edad)</p>

<p>Trastornos de la relación y la comunicación</p>	<p>Ausencia de sonrisa o infrecuente después de los 2-3 meses*</p> <p>No respuesta a los estímulos relacionales familiares</p> <p>Difícil de calmar, baja tolerancia a la frustración</p> <p>Alternancia apego excesivo y falta de contacto</p>
<p>Anomalías en el juego</p>	<p>Inhibición del juego (cu-cu, tras-tras, ...)</p> <p>No aparece expresión de placer.</p> <p>No juego simbólico a partir de los 3 años</p>
<p>Retraso en el desarrollo psicomotor, cognitivo y/o del lenguaje</p>	<p>Anomalías en el ajuste postural del bebé en brazos*</p> <p>No actitudes anticipatorias para que lo cojan en brazos*</p> <p>Movimientos repetitivos y estereotipados*</p> <p>Inhibición conductual</p> <p>Retrasos significativos en el desarrollo del habla (expresivos, receptivos o mixtos)</p> <p>Lenguaje peculiar: ecolalia, inversión pronominal, verborrea*</p>
<p>Circunstancias relativas al cuidado de los padres</p>	<p>Conductas inadecuadas respecto a los cuidados de alimentación, higiene, sueño.</p>

Fuente: Adaptación de Generalitat de Catalunya. Departamento de Salut. Protocolo de actividades preventivas y de la promoción de la salud en la edad pediátrica. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2008.

Este documento parte del estudio y de las reflexiones sobre la importancia del cuidado del vínculo temprano del bebé con sus principales figuras afectivas, de las repercusiones en su desarrollo psíquico (cognitivo, afectivo, relacional) de unas buenas o deficientes condiciones de cuidado en estos primeros momentos, así como de la necesidad de compartir nuestros conocimientos y experiencias entre los profesionales que atendemos a las familias en el periodo perinatal y especialmente en el primer año de vida.

Nos proponemos que sea útil para todos aquellos que intervenimos con familias desde el embarazo, tanto para prevenir y fomentar recursos de salud, como para detectar situaciones de riesgo o alarma que requieren de una atención más cuidadosa o especializada.

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

GRUPO DE PERINATALIDAD

