

Grupo de vínculo madre-bebé para mujeres con trastorno mental perinatal y sus lactantes

SUSANA ANDRÉS-PERPIÑÁ^{1,2,3,4,5}, MIREIA PÉREZ-BURILLO², SARA LERA-MIGUEL^{1,2}, ANNA TORRES-GIMÉNEZ^{1,4,5}, ALBA ROCA-LECUMBERRI¹ Y LLUÏSA GARCIA-ESTEVE^{1,4}

RESUMEN

Grupo de Vínculo Madre-Bebé para mujeres con trastorno mental perinatal y sus lactantes. Este estudio presenta el Grupo de Vínculo Madre-Bebé, una intervención grupal diseñada para la mejoría del vínculo en madres y sus lactantes menores de seis meses en tratamiento en nuestra unidad. Los resultados de las primeras 32 díadas participantes muestran una mejoría significativa en los sentimientos y la interacción de las madres hacia sus hijos tras la participación en el grupo, con menor rechazo y rabia hacia el bebé ($p = 0,014$), menor ansiedad en el cuidado, menos conductas de control, más sensibilidad materna, más colaboración del bebé y mejor sincronicidad entre ambos. Además, el porcentaje de mujeres con trastorno del vínculo al inicio del grupo disminuye tras la intervención. En conclusión, este estudio muestra la importancia de detectar y tratar las alteraciones del vínculo materno-filial en mujeres con trastorno mental perinatal, y hacerlo lo más precozmente posible para prevenir el impacto que puedan tener sobre el desarrollo del bebé. **Palabras clave:** *vínculo madre-bebé, intervención grupal, trastorno mental perinatal.*

ABSTRACT

Mother-Baby Bonding Group for women with perinatal mental disorders and their infants. This study presents the Mother-Baby Bonding Group, a group intervention treated in our Unit, designed to improve bonding between mothers and their infants under six months. Results from the first 32 participating dyads show a significant improvement in mothers' feelings and interaction towards their infants after participation in the group, with less rejection and anger towards the infant ($p = 0.014$), less caregiving anxiety, less controlling behaviours, more maternal sensitivity, more infant collaboration, and better synchronicity between them. In addition, the percentage of women with attachment disorder at baseline decreased after the intervention. In conclusion, this study shows the importance of detecting and treating maternal-filial bonding disorders in women with perinatal mental disorders, and to do so as early as possible to prevent the impact they may have on the baby's development. **Keywords:** *mother-baby bonding, group intervention, perinatal mental disorder.*

RESUM

Grup de vincle mare-nadó per a dones amb trastorn mental perinatal i els seus lactants. Aquest estudi presenta el Grup de Vincle Mare-Nadó, una intervenció grupal dissenyada per a la millora del vincle en mares i els seus lactants menors de sis mesos en tractament a la nostra unitat. Els resultats de les primeres 32 díades participants mostren una milloria significativa en els sentiments i en la interacció de les mares envers els seus fills després de la participació en el grup, amb menor rebuig i ràbia cap al nadó ($p = 0,014$), menor ansietat en la cura, menys conductes de control, més sensibilitat materna, més col·laboració del nadó i millor sincronicitat entre tots dos. A més, el percentatge de dones amb trastorn del vincle a l'inici del grup disminueix després de la intervenció. En conclusió, aquest estudi mostra la importància de detectar i tractar les alteracions del vincle maternofilial en dones amb trastorn mental perinatal, i fer-ho el més precoçment possible per prevenir l'impacte que puguin tenir sobre el desenvolupament del nadó. **Paraules clau:** *vincle mare-nadó, intervenció grupal, trastorn mental perinatal.*

¹Unidad de Salud Mental Perinatal. Hospital Clínic de Barcelona. ²Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, SGR-881, Hospital Clínic de Barcelona. ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM. ⁴Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer (CERCA-IDIBAPS), Barcelona. ⁵Universitat de Barcelona. Contacto: SANDRES@clinic.cat

Introducción

La psicología perinatal es la especialidad de la psicología orientada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales desde el inicio del embarazo hasta el final del primer año postparto. Se trata de una etapa con importantes cambios hormonales, psíquicos, físicos y sociales, que suponen un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología en la mujer (Navarro, Torres, Subirà y García-Esteve, 2016). La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que la prevalencia media de trastornos mentales durante el embarazo es de 15,6 % y del 19,8 % en el periodo postnatal (Navarro, García-Esteve, Ascaso, Aguado, Gelabert y Martín-Santos, 2008).

Las consecuencias de problemas de salud mental sobre la mujer en forma de malestar, estrés, problemas psicosociales y afectación de la salud son claras, pero existen también consecuencias, de moderadas a graves, sobre el desarrollo del bebé (Lera-Miguel y Andrés-Perpiñá, 2019). La presencia de un trastorno mental materno en la etapa perinatal se ha relacionado con la presencia de alteraciones cognitivas (Sui et al., 2016; Van der Waerden et al., 2017), conductuales (Velders et al., 2011) y emocionales en la descendencia (Stein et al., 2014, Kingston, Tough y Whitfield, 2012), incluso a los 18 años del hijo (Pearson et al., 2013; Korhonen et al., 2012). Esta relación entre trastorno mental materno y efectos en la descendencia se ha explicado a través de diferentes mecanismos, como por ejemplo los factores genéticos, el neurodesarrollo fetal (Valdés y García-Esteve, 2016) o mediante el impacto que el trastorno mental materno tiene sobre los cuidados del bebé y el desarrollo de su apego, entre otros (Alhusen et al., 2013).

En el presente estudio nos centraremos en el impacto de la relación madre-bebé. Tal como ha definido la teoría del apego (Bowlby, 1969), la interacción madre-hijo es la base más importante en la construcción de la personalidad y de la salud mental. El apego se refiere a un dominio específico dentro de la relación maternofilial que se desarrolla durante el primer año de vida y que se describe como un conjunto

de comportamientos en los cuales se puede observar si el bebé ve a la madre como una base segura. La investigación de la psicología del desarrollo confirma que las relaciones de apego seguras son fundamentales para el bienestar de los niños a lo largo de la vida, y el funcionamiento de la propia salud mental, social y emocional de los padres juega un papel fundamental en la predicción del estilo de apego con su hijo (Erickson, Julian y Muzik, 2019). Para que el bebé pueda establecer esta relación de apego segura con su madre son importantes las conductas y emociones que esta ha ido estableciendo con su bebé a lo largo de este tiempo, especialmente durante los seis primeros meses. Esto es lo que se conoce como *vínculo madre-bebé* (Palacios-Hernández, 2015).

El *Trastorno del Vínculo* (TV) madre-bebé es un diagnóstico no recogido en ninguna de las clasificaciones nosológicas actuales, tal como fue definido por el psiquiatra inglés Ian Brockington (Brockington, Aucamp y Frase, 2006a). Tras estudiar cientos de diadas, Brockington propone definir la alteración del vínculo madre-bebé mediante tres características principales: la expresión materna de aversión, resentimiento u odio hacia el bebé, el deseo de renunciar a su atención o el deseo de que el bebé desaparezca. Posteriormente, el mismo autor establece dos categorías según la gravedad de las alteraciones del vínculo que muestra la madre, definiendo el TV leve y grave. En el TV leve, la madre experimenta retraso en la vinculación, ambivalencia o pérdida de la respuesta emocional hacia el bebé. En el TV grave, la madre expresa un rechazo o una amenaza de rechazo hacia el bebé, mostrando una carencia de respuesta emocional positiva hacia este y manifestándose en un deseo de renuncia temporal o permanente hacia él (Brockington et al., 2006a).

Se ha estimado la prevalencia de trastornos del vínculo madre-bebé en el 7-8 % de la población general (Reck et al., 2006) y en el 38,3 % de las madres con depresión postparto (García-Esteve et al., 2016). Las alteraciones del vínculo comportan una serie de conductas por parte de la madre hacia su bebé, como, por ejemplo, un cuidado menos sensible a sus señales comunicativas, una actitud menos responsiva hacia sus

necesidades, estar más absorta y desconectada, una crianza más intrusiva y controladora, una importante dificultad para regular el malestar del bebé, así como para reforzar conductas y emociones adecuadas, etc.; en resumen, una interacción más pobre que, además, puede comportar más riesgo de abuso o cuidado negligente del bebé (Farré-Sender, 2018) y que supondrá un aumento del riesgo para el establecimiento de apegos inseguros o desorganizados por parte de este hacia su madre (Martins y Gaffan, 2000; Atkinson, Paglia, Coolbear, Niccols, Parker y Guger, 2000).

La investigación ha mostrado que el tratamiento únicamente del trastorno mental materno (psicofármacos, terapia individual centrada en la psicopatología materna) puede ser insuficiente para abordar su impacto negativo sobre el desarrollo y el apego del niño (Forman, O'Hara, Stuart, Gorman, Larsen y Coy, 2007; Nylen, Moran, Franklin y O'Hara, 2006). Son necesarias intervenciones adecuadas centradas en fomentar una crianza sensible y el establecimiento de un vínculo seguro en el periodo postnatal, que puedan mitigar los riesgos anteriormente descritos (Bergman, Sarkar, Glover y O'Connor, 2008, 2010; Thomas et al., 2017). A pesar de que la teoría del apego es un enfoque ampliamente aceptado por los diferentes modelos teóricos de la psicología y que ha desarrollado un amplio estudio a nivel teórico y de investigación, las aplicaciones clínicas prácticas no han seguido el mismo ritmo de estudio, por lo que no disponemos de programas claros de intervención centrados en el apego (Galán, 2019).

Afortunadamente, en los últimos años se han diseñado diferentes intervenciones para apoyar el desarrollo saludable de las relaciones tempranas maternofiliales con madres con trastorno mental perinatal. La mayoría de estas intervenciones son individuales, trabajando únicamente con una sola diada. Son programas como *Minding the baby* (MTB; Sadler et al., 2013) y *Child and Family Interagency Resource, Support and Training* (Child FIRST; Lowell, Carter, Godoy, Paulicin y Briggs-Gowan, 2011), que se consideran intervenciones preventivas apropiadas para las díadas que están en riesgo de exclusión social y de desarrollo de problemas

mentales. Otras intervenciones individuales, como *Child Parent Psychotherapy* (CPP; Lieberman et al., 2004) y *Attachment and Biobehavioural Catch-up* (ABC; Bernard, Dozier, Bick, Lewis-Morrarty, Lindhiem y Carlson, 2012) o el *Modelo Ulm* (Zwönitzer et al., 2015) se dirigen a mejorar el apego en madres o padres que han sufrido dificultades en su propio desarrollo o traumas tempranos. Estas intervenciones proporcionan psicoeducación temprana sobre las relaciones de apego a través de visitas domiciliarias y su objetivo es aumentar la capacidad de reflexión de los padres, particularmente en relación con la crianza de los hijos.

Las terapias individuales y centradas en la diada madre-bebé parecen ser efectivas, pero requieren muchos recursos. Aunque menos, también existen algunos programas de intervención grupal dirigidos a trabajar sobre la relación madre-bebé que también han demostrado resultados favorables. Son programas como *Circle of security* (COS Group; Marvin, Cooper, Hoffman y Powell, 2002), *Mom Power* (MP; Muzik et al., 2015) o *Watch, Wait and Wonder* (WWW; Cohen et al. 1999), dirigido a familias con niños a partir de los 10-12 meses. En nuestro entorno, destaca el programa *Ganar en salud y bienestar de 0 a 3 años* (Rodrigo et al., 2017), en formato en línea dirigido a población general, aunque también aplicado en grupo presencialmente con familias de riesgo psicosocial (Callejas, Byrne y Rodrigo, 2021). Existen escasos programas grupales de intervención sobre el vínculo materno-filial con bebés menores de un año, de madres con algún trastorno mental. El programa *Community HUGS* (Ericksen et al., 2018) consiste en una intervención grupal de 10 sesiones con el objetivo de mejorar la interacción madre-bebé en mujeres con algún tipo de trastorno mental y con bebés menores de 12 meses. Los resultados preliminares con 16 díadas mostraron una mejoría significativa en los cuestionarios de estrés parental, en la sensación de autoeficacia y en las escalas de depresión, ansiedad y estrés materno, así como una mejoría en la interacción madre-bebé medida de forma observacional. Resultados similares encuentra otro estudio con mujeres con depresión o ansiedad postparto y bebés de entre seis y 12 meses, mejorando las puntuaciones de

la psicopatología materna y el estrés parental (De Camps Meschino, Philipp, Israel y Vigod, 2016). Ninguno de estos estudios utiliza ninguna medida estandarizada para la medición del vínculo materno ni de la interacción madre-bebé.

En resumen, aunque existe evidencia creciente de la eficacia del tratamiento grupal sobre la relación maternofilial, no existen estudios centrados en la intervención muy precoz (con bebés de menos de seis meses) de madres con trastorno mental durante el postparto. La mayoría de las intervenciones realizadas se han llevado a cabo con bebés y niños mayores, cuando el apego infantil ya está establecido y, por tanto, hay que trabajar en su reparación, y no únicamente en la prevención a través del vínculo materno.

El objetivo principal del presente trabajo fue evaluar el efecto de una intervención grupal dirigida a mejorar el vínculo madre-bebé en mujeres con trastorno mental perinatal y con sus lactantes menores de seis meses, mediante instrumentos estandarizados para evaluar objetivamente la calidad del afecto y la conducta materna antes y después de la intervención. Como objetivos secundarios, se estudiaron las variables clínicas que podrían estar relacionadas con la calidad de la relación madre-bebé antes de la intervención, así como el efecto de esta sobre la sintomatología clínica de la madre.

Método

Diseño del estudio y descripción de la muestra

El presente estudio piloto tiene un diseño longitudinal pre-post intervención, sin grupo control. La muestra de pacientes está constituida por 32 madres y 33 bebés (una pareja de gemelos), que estaban en tratamiento en nuestra Unidad de Salud Mental Perinatal (USMP) por presentar algún trastorno mental durante el embarazo o el primer año postparto, entre los años 2014 y 2017. Podía incorporarse al grupo cualquier mujer en tratamiento en nuestra unidad, independientemente del diagnóstico, que tuviera la custodia de su bebé y que aceptara acudir al grupo de forma regular. Los criterios de exclusión fueron la presencia de sintomatología

psicótica positiva o presentar riesgo autolítico grave, que requiriera una intervención más intensiva sobre su psicopatología (en régimen de hospitalización total o parcial).

Se les ofreció a 58 pacientes en tratamiento en la USMP. 43 mujeres aceptaron y acudieron a la primera sesión del grupo, pero únicamente 32 lo hicieron de forma regular al menos a cinco de las ocho sesiones y realizaron la evaluación post-intervención. La asistencia media de las pacientes que acudieron al grupo fue del 90 % de las sesiones.

El análisis de los resultados de este grupo fue aprobado por el Comité de Ética de nuestro hospital mediante un proyecto de revisión de historias clínicas, presentado en 2020 para la revisión retrospectiva de historias (HCB 2020/1360). El consentimiento informado no pudo pedirse de forma retrospectiva a las pacientes participantes del estudio, ya que ya estaban de alta en nuestra unidad.

Intervención grupal

Tras el parto, a las pacientes en seguimiento en la USMP CLINIC-BCN que cumplían los criterios de inclusión, se les ofreció la participación en un grupo de vínculo junto con sus bebés. El objetivo del grupo era aprender a conocer mejor al bebé, entender mejor sus señales comunicativas y fomentar el cuidado sensible y responsable para mejorar el vínculo maternofilial. El grupo consistió en ocho sesiones semanales de 90 minutos de duración en las que se trabajaron diferentes actividades para fomentar la interacción madre-bebé desde una metodología experiencial, fomentando la participación de las madres y el aprendizaje vicario en un ambiente tranquilo y libre de juicios. Todas las sesiones fueron dirigidas por una psicóloga clínica especialista en salud mental perinatal y psicología infantil (SA o SL).

Las sesiones se dividieron en tres partes diferenciadas (ver tabla 1 del anexo):

Parte 1. Atención al estado de la madre. Las sesiones empezaban con un espacio donde cada mujer podía explicar cómo se había sentido a lo largo de la semana y plantear dudas o dificultades respecto al cuidado o interacción con su bebé, que se intentaban resolver entre todas las participantes en el grupo (pacientes

y terapeuta). Después, y antes de empezar la parte de interacción con el bebé, se practicaba algún ejercicio de regulación emocional (respiración, relajación, estiramientos, yoga, mindfulness, etc.).

Parte 2. Interacción con el bebé. En este momento se realizaba alguna actividad que fomentaba el contacto físico, visual y/o verbal con el bebé. Fueron actividades como el masaje infantil, el juego, el baile o la música.

Parte 3. Proporcionar conocimientos y psicoeducación. Por último, se dedicaba la parte final del grupo a hacer psicoeducación sobre algún tema relacionado con el vínculo madre-bebé y la crianza, como, por ejemplo, aumentar el conocimiento sobre el desarrollo infantil y las necesidades de los bebés, aprender a leer sus señales, manejar las emociones propias y del bebé y la gestión del llanto, entre otros.

Todas estas actividades se diseñaron desde el modelo de la terapia cognitivo-conductual y siguiendo los principios de la parentalidad positiva (<https://familiasenpositivo.org/>) y la mentalización (Bateman y Fonagy, 2012). La parentalidad positiva se refiere al comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación, que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño (Comité de ministros a los Estados Miembros Rec, 2006). El concepto de mentalización se refiere a una actividad mental, intuitiva y emocional, que permite la comprensión del comportamiento propio y ajeno en términos de estados y procesos mentales (Graell y Lanza Castelli, 2018). Estimular esta función reflexiva en la madre es de especial importancia para establecer la comprensión de las señales de un bebé, entenderlas independientemente de las propias y poder actuar para regularlas de forma adecuada, lo que se conoce como *Mind-Mindedness* (Carvacho, Farkas y Santelices, 2012).

Instrumentos de evaluación

Las pacientes fueron evaluadas con diferentes instrumentos al inicio y al final de la intervención grupal.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS;

Cox, Holden y Sagovsky, 1987; Garcia-Esteve, Ascaso, Ojuel y Navarro, 2003). Se trata de un cuestionario autoaplicado que consta de 10 preguntas y se utiliza para identificar pacientes con riesgo de padecer depresión perinatal. La escala indica cómo se ha sentido la madre durante la semana anterior. La puntuación de corte se sitúa en una puntuación directa igual o superior a 13.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushore, 2010). De este cuestionario únicamente administramos la parte que evalúa la ansiedad estado. Esta parte evalúa el estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo en el momento actual.

Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ; Brockington, Fraser y Wilson, 2006b; Garcia-Esteve et al., 2016). Este cuestionario autoaplicado evalúa el vínculo de la madre con el bebé. Consta de 25 ítems representativos de cuatro factores que, conjuntamente, explican más del 50 % de la varianza: *Vínculo alterado*, *Rechazo e ira*, *Ansiedad en el cuidado del bebé* y *Riesgo de abuso*. En un estudio de validez reciente llevado a cabo por nuestro equipo en mujeres con trastorno mental, se establecieron unos puntos de corte en el PBQ: 13 fue el punto de corte óptimo para detectar trastorno del vínculo madre-bebé leve, con retraso o ambivalencia en los sentimientos positivos hacia el bebé (sensibilidad: 92 %, especificidad: 87 %), y 18 fue el punto de corte óptimo para detectar trastorno del vínculo grave, con amenaza de rechazo o rechazo establecido del bebé (sensibilidad: 100 %, especificidad: 78 %) (Torres-Giménez et al., 2021). Siguiendo este criterio, clasificamos a nuestra muestra en tres grupos: *Sin trastorno del vínculo* (puntuación de 0 a 12), *Trastorno del vínculo leve* (puntuación de 13 a 17) y *Trastorno del vínculo grave* (puntuación igual o superior a 18).

CARE-Index (Crittenden, 1979-2004). Evalúa la interacción entre un adulto y un niño, normalmente en el contexto maternofilial, desde el nacimiento hasta los 15 meses. Se realiza mediante una grabación de entre tres y cinco minutos de interacción libre madre-bebé y la

evaluación consta de siete escalas: *expresión facial, expresión vocal, posición y contacto corporal, afecto, ritmo de los turnos, control y elección de actividad*. Hay tres escalas referidas a la madre (*Sensibilidad, Control e Indiferencia*), cuatro al bebé (*Cooperación, Compulsividad, Dificultad y Pasividad*) y una escala global de *Sincronicidad diádica*, que muestra una puntuación resumen de la calidad de la interacción, uniendo criterios sobre sensibilidad materna, cooperación del bebé y características del juego y riesgo. Esta escala tiene un rango de puntuación de 0 a 14 y clasifica las puntuaciones en cuatro categorías: *Rango de alto riesgo* (de 0 a 4 puntos), *Rango de cuidado inepto* (de 5 a 6 puntos), *Rango adecuado* (de 7 a 10 puntos) y *Rango sensible* (de 11 a 14 puntos). El CARE-Index requiere una formación específica para poder puntuarla. Todas las pruebas CARE-Index realizadas en este estudio fueron valoradas por una única psicóloga clínica (AT), formada en la evaluación de la prueba.

Escala de satisfacción con el Grupo de Vínculo Madre-bebé. Se administró de forma anónima a las pacientes un pequeño formulario para valorar su satisfacción con el grupo. Se formularon tres preguntas que las pacientes tenían que valorar en una escala Likert de 0 a 10, donde 0 era la mínima satisfacción y 10, la máxima. Las tres preguntas formuladas eran:

1. En general, ¿cómo ha cubierto sus expectativas el grupo?
2. ¿Le ha gustado el formato? (grupal, semanal, número de participantes...)
3. En general, ¿le han gustado los contenidos trabajados en las sesiones?

Se calculó la media de cada una de las preguntas y también la valoración global, a través de la puntuación media de las tres preguntas de cada participante.

Análisis estadístico

Se realizó el estudio de medias y frecuencias para los datos sociodemográficos y clínicos. Se calcularon correlaciones entre las escalas de psicopatología materna y la escala de vínculo madre-bebé en la evaluación inicial. Las diferencias en los instrumentos pre y post-intervención se analizaron mediante la *Prueba t de Student* de medidas apareadas. Se clasificó a

las pacientes según si tenían un vínculo adecuado con sus bebés o si tenían un trastorno del vínculo (leve o grave) y se comparó la proporción de cada una de estas categorías antes y después de la intervención mediante un análisis de tablas cruzadas y la *Prueba no paramétrica de McNemar*. Los análisis se realizaron mediante el programa estadístico SPSS 23.0.

Resultados

Descripción de la muestra

La evaluación inicial la realizaron 43 mujeres. De estas, únicamente 32 acudieron al menos a cinco de las ocho sesiones (la media de asistencia de las que acudieron fue del 90 % de las sesiones) y completaron las evaluaciones post grupo. Comparando las pacientes que abandonaron el grupo ($n = 11$) con las que lo finalizaron ($n = 32$), no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de los cuestionarios EPDS, PBQ ni STAI-E iniciales, así como tampoco en la edad de la madre ni en las semanas de gestación. Únicamente encontramos diferencias significativas en la edad del bebé al inicio del grupo, siendo mayores los bebés de las madres que abandonaron el grupo (media: 5,11; desviación típica (dt): 3,06) que los bebés de las que lo completaron (media: 3,06; dt : 1,69) ($t = 3,151$; $p = 0,003$).

La muestra final estuvo formada por 32 mujeres. La edad media fue de 37,09 (dt : 4,6) años (rango: 21-44 años). En relación con el diagnóstico principal de la madre en el momento de iniciar el grupo, 13 pacientes (39,4 %) presentaban trastorno depresivo, 10 (30,3 %) trastorno de ansiedad, siete (21,2 %) trastorno obsesivo-compulsivo, una (3 %) trastorno por estrés post-traumático, una (3 %) trastorno psicótico y una (3 %) trastorno de personalidad. Con relación a la medicación, 18 pacientes (54,4 %) habían tomado medicación durante el embarazo: siete (38,9 %) tomaban inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), una (5,6 %) antipsicóticos y 10 (55,6 %) realizaban un tratamiento farmacológico combinado.

Respecto a los datos obstétricos de estas 32 mujeres, la media de semanas de gestación fue de 38,45 (dt : 2) semanas (rango: 34 - 41,2). En cuanto al tipo de parto, en 13 pacientes (40,6

%) se practicó una cesárea. Catorce (43,8 %) de las pacientes presentaron algún problema médico durante el embarazo: cuatro (12,1 %) tuvieron problemas relacionados con preclampsia, eclampsia o síndrome de HELLP, una (3 %) tuvo diabetes gestacional, dos (6,1 %) anemia, tres (9,1 %), presentaron problemas en el útero y una paciente (3 %) requirió de reposo durante el embarazo. En cuanto al tipo de lactancia en el momento del inicio del grupo, veinte madres (62,5 %) daban lactancia materna exclusiva, siete (21,9 %) lactancia artificial y cinco (15,6 %) lactancia mixta.

Por lo que se refiere a los datos de los bebés, la edad media al inicio del grupo fue de 3,03 (*dt*: 1,7) meses (rango: 1 - 8 meses) y 17 bebés (51,5 %) fueron niñas. El peso medio al nacer fue de 2,932 kg (rango: 1,900 - 3,850 kg) y la talla media al nacer fue de 47,7 cm (rango 41 - 52,5 cm). 16 bebés (48,5 %) presentaron problemas médicos en el embarazo o el nacimiento: cinco (15,2 %) nacieron de forma prematura, tres (9,1 %) presentaron crecimiento intrauterino retardado (CIR), tres (9,1 %) pérdida del bienestar fetal, una (3 %) tuvo anoxia, una (3 %) ictericia neonatal, dos (6,1 %) bajo peso al nacer y un bebé (3 %), conducto arterioso persistente (CAP).

Correlación psicopatología materna y vínculo madre-bebé

En el estudio de correlación entre las escalas clínicas y el vínculo madre-bebé no se observó ninguna relación significativa entre las escalas psicopatológicas EPDS y STAI-E y la escala de vínculo PBQ en las medidas tomadas antes de la intervención de grupo.

Comparación entre evaluación inicial y post-intervención grupal

Comparando la evaluación al inicio y al final de la intervención de las 32 pacientes que completaron el grupo, no se encontraron diferencias significativas en puntuaciones de depresión y ansiedad mediante EPDS y STAI. Las puntuaciones en el cuestionario de vínculo madre-bebé PBQ entre ambas evaluaciones sí mostraron una disminución estadísticamente significativa después de la intervención grupal (ver tabla 2 del anexo).

Al comparar los factores del PBQ, se observó disminución de las medias en todos los factores en la evaluación final, mostrando mejores puntuaciones en todas las áreas del vínculo evaluadas. Las diferencias significativas entre la evaluación inicial y final se observaron en los factores 2 (*Rechazo e ira*) ($t = 2,63$; $p = 0,014$) y 3 (*Ansiedad en el cuidado del bebé*) ($t = 2,87$; $p = 0,008$) (ver Figura 2 del anexo).

En las puntuaciones de la prueba CARE-Index, entre la evaluación pre y post intervención, se obtuvieron diferencias significativas en cinco de las ocho escalas que evalúa (ver Figura 3 del anexo). Se observaron mejores puntuaciones en la escala global de *Sincronicidad madre-bebé* ($p = 0,001$), además de en la categoría de clasificación de la interacción. Así, la media inicial se sitúa en el *Rango Inepto* (media: 6,17) y tras la intervención esta puntuación global aumenta, situándose en el *Rango adecuado* (media: 7,33). Respecto a las subescalas donde se detectaron cambios significativos, aquellas que evaluaban la conducta materna detectaron un aumento de la *Sensibilidad* ($p < 0,001$) y una disminución de la *Conducta controladora* ($p = 0,025$). Respecto a las escalas que evaluaban la conducta del bebé, observamos un aumento significativo de la *Cooperación* ($p = 0,004$) y una disminución de la *Conducta difícil* por parte del bebé ($p = 0,009$).

Porcentaje de mujeres con trastorno del vínculo madre-bebé

Se clasificaron las pacientes en dos grupos, según su puntuación total en el PBQ: *mujeres sin trastorno del vínculo (TV) madre-bebé* (PBQ < 13) y *mujeres con un trastorno del vínculo madre-bebé* (PBQ igual o > 13). El porcentaje de mujeres con TV al inicio del grupo ($n = 17$; 60,7 %) disminuyó tras la intervención grupal ($n = 8$, 28,6 %), siendo esta modificación en los porcentajes de mujeres en cada grupo estadísticamente significativa ($p = 0,012$).

Además, si clasificamos a las pacientes con TV entre las que presentaron un TV leve (PBQ entre 13 y 18) o un TV grave (PBQ por encima de 18), la proporción de mujeres que mejoró su vínculo tras el grupo fue considerable en el grupo del TV grave: como muestra la figura 4 del anexo, se pasó de 10 mujeres con TV grave

al inicio del grupo a únicamente una al final, aumentando de 11 a 20 las que no mostraron TV en después de la intervención. De nuevo, estos cambios en los porcentajes son significativos estadísticamente (*McNemar* = 9,6; $p = 0,022$).

Satisfacción de las pacientes con el grupo

Tal como muestra la tabla 3 del anexo, las puntuaciones medias del cuestionario de satisfacción administrado a las pacientes fueron muy satisfactorias para las tres preguntas, así como para la valoración global, superando la puntuación de 9 en todas las cuestiones.

Discusión

El presente estudio muestra los resultados preliminares de una intervención grupal dirigida a mujeres con un trastorno mental en el postparto en tratamiento en una unidad especializada en salud mental perinatal. Esta intervención está dirigida a la mejoría del vínculo madre-bebé en etapas muy precoces (entre los 0 y 6 meses del bebé) y se ofrece de forma coadyuvante al tratamiento multidisciplinar naturalístico que estas mujeres siguen en la unidad para mejoría de su psicopatología.

En los últimos años, han aparecido diferentes intervenciones dirigidas a mejorar el vínculo madre-bebé, ya que cada vez existe más evidencia de su importancia en el desarrollo del niño y el bienestar de la madre y el resto de la familia. La mayoría de los tratamientos descritos en la bibliografía actual dirigidos a población de riesgo para el trastorno mental son en formato individual, aunque ya hay algunos estudios en formato grupal. La edad de los bebés a los que van dirigidos estos estudios son menores de tres años, una edad temprana en el desarrollo del niño, pero quizás tardía para trabajar el vínculo y el apego. Se sabe que el apego que el bebé desarrollará hacia su madre a los 12 meses se debe en gran parte a los cuidados recibidos por ella durante el primer año de vida, siendo especialmente importante los primeros seis meses. Durante este primer semestre, la conducta y sentimientos de la madre hacia el bebé son de vital importancia para que vaya estableciendo una relación con su madre de confianza y seguridad y pueda establecer

un apego seguro con ella. Por este motivo, la intervención precoz, en los primeros seis meses de vida del bebé es de suma importancia, ya que puede mejorar las conductas y los sentimientos de la madre hacia su hijo en este periodo y establecer una mejor base para que el apego se vaya desarrollando de forma óptima en esa diada. En nuestro conocimiento, este sería el primer estudio dirigido a la intervención muy precoz (antes de los seis meses de edad) del vínculo madre-bebé con mujeres diagnosticadas de un trastorno mental perinatal y que hace una valoración con instrumentos estandarizados de los diferentes componentes del vínculo e interacción madre-bebé.

Analizando los instrumentos de evaluación administrados antes y después del grupo de vínculo madre-bebé, se hallan diferencias significativas en los sentimientos y conductas de la madre hacia su bebé en las participantes que finalizaron la intervención. Se encuentran diferencias significativas en los factores de *Rechazo e Ira* hacia el bebé y *Ansiedad ante su cuidado*, del cuestionario PBQ. La disminución de la escala *Rechazo e Ira* está relacionada con una mejor aceptación del bebé y un menor riesgo de presentar sentimientos de ira y rabia hacia el bebé. Una disminución en la escala de *Ansiedad en el cuidado* se relaciona con un menor temor ante la presencia del bebé, con sentimientos de mayor capacidad para su cuidado y mayor sensación de autoeficacia como madre. No se hallan diferencias significativas en el factor *Vínculo Alterado*, aunque las puntuaciones medias también muestran una disminución importante. Finalmente, el último factor de *Riesgo de abuso* no muestra diferencias significativas porque las puntuaciones en la evaluación basal ya eran muy bajas y, por tanto, apenas había posibilidad de mejorar estas puntuaciones.

Los mismos cambios positivos se detectan entre la primera y la segunda evaluación con el instrumento CARE-Index, que valora la calidad de la interacción entre madre y bebé. Tras asistir al grupo de vínculo madre-bebé, se observan mejores puntuaciones en la interacción entre ambos en las escalas que valoran la conducta materna, las que valoran la conducta del bebé, así como la escala de interacción global. En la evaluación basal, la puntuación media de

la escala global *Sincronicidad diádica* es de 6,17, puntuación situada en el *Rango de cuidado inepto*. Esta categoría se define por detectar conductas problemáticas en la interacción entre madre y bebé, con un juego limitado entre ambos, pero sin evidencia de hostilidad ni de falta de empatía. Tras realizar la intervención, esta puntuación global muestra un resultado de 7,33 puntos, situándose en la categoría *Rango adecuado*. Esta puntuación muestra un juego más adecuado, aunque pueden existir todavía algunos periodos de falta de sincronía, ya que la puntuación óptima de la prueba se sitúa a partir de 11 puntos.

Respecto a las escalas que valoran la conducta materna, se observa una mejoría significativa en las escalas de *Sensibilidad* y *Control*. En la escala de *Sensibilidad*, una mayor puntuación está relacionada con la capacidad de la madre de atender a las necesidades del bebé en ese momento. Se entiende que la sensibilidad es una característica diádica, donde se valora cualquier patrón de conducta en la madre que tranquiliza al bebé e incrementa su confort, al tiempo que reduce su angustia y desinterés (Crittenden, 2006). Definido de esta forma, adulto y bebé tienen el mismo protagonismo en esta relación, ya que el temperamento del bebé se vuelve una parte inherente de la sensibilidad del adulto porque un adulto es sensible sólo en el momento en que responde de forma adecuada a las características únicas de ese bebé. Por otro lado, se observa una disminución de la escala de *Control*, que valora conductas pseudosensibles o abiertamente hostiles. La conducta controladora no es congruente con el estado del bebé, aunque pueda ser aparentemente agradable, pero se da una falta de sincronía entre ambos (por ejemplo, la madre sonríe ante el estrés del bebé, presenta intrusiones sutiles o conductas que reflejan algún tipo de hostilidad).

Respecto a las escalas del bebé, se observa una mejoría significativa en las escalas de *Cooperación* y *Bebé Difícil*. El aumento de puntuación en *Cooperación* y la disminución de *Bebé Difícil* está relacionado con la conducta que el bebé muestra en la interacción con la madre, mostrándose más colaborador y disfrutando más de esa relación.

Por último, otra forma de evaluar el tipo de vínculo entre madre y bebé en este estudio fue clasificar las díadas entre aquellas que podían presentar un trastorno del vínculo y las que no. El cuestionario PBQ fue uno de los instrumentos utilizados para la identificación de los trastornos del vínculo, tal como fueron definidos por Brockington (2016b). Siguiendo los puntos de corte detectados en nuestro estudio de validez (Torres-Giménez et al., 2021), clasificamos a nuestra muestra en tres grupos: *sin trastorno del vínculo* (puntuación de 0 a 12); *trastorno del vínculo leve* (puntuación de 13 a 17) y *trastorno del vínculo grave* (puntuación mayor de 18). Se observa una disminución muy significativa en el porcentaje de madres que dejan de tener un TV tras la intervención grupal. Concretamente, del 60,7 % inicial que mostraba un TV de cualquier tipo, únicamente un 28,6 % lo mantiene tras la intervención. Además, el tipo de trastorno del vínculo entre las mujeres que lo mantienen tras la intervención es en todos los casos (excepto uno) un TV leve. En resumen, participar en el grupo de vínculo madre-bebé ha mejorado los sentimientos y las conductas de la madre hacia su bebé, ha mejorado la interacción entre ambos y ha disminuido la proporción de mujeres con un trastorno del vínculo hacia su hijo.

Por último, cabe señalar que la mejoría en el vínculo madre-bebé no es debida a los cambios en la psicopatología materna. En las ocho semanas que duraba la intervención grupal, las mujeres seguían con su tratamiento naturalístico en nuestra unidad especializada en salud mental perinatal. No se observaron cambios significativos en su sintomatología depresiva ni ansiosa entre la evaluación basal y post intervención. Además, contrariamente a lo que esperábamos encontrar, las puntuaciones en depresión y ansiedad materna al inicio del grupo no correlacionaban con las puntuaciones de vínculo madre-bebé. Estos resultados muestran que las alteraciones en el vínculo madre-bebé en mujeres con un trastorno mental pueden no estar totalmente relacionadas con la gravedad de la psicopatología materna y que se deben detectar y atender de forma independiente. Una intervención específica sobre el vínculo madre-bebé puede aportar beneficios

a la diada, mejorando su interacción y relación, de forma paralela a la mejoría de la psicopatología materna, que puede tardar más tiempo en remitir. Cuanto antes mejore el vínculo madre-bebé y mejores cuidados reciba el bebé por parte de su madre, menos impacto tendrá la psicopatología materna sobre el desarrollo del bebé, especialmente en el establecimiento del apego hacia su madre. Se ha comprobado que intervenir sobre el vínculo materno es un trabajo de prevención para el desarrollo de psicopatología o alteraciones en el bebé, y esto es de suma importancia en bebés de riesgo como son los hijos de madres con trastorno mental perinatal (Bergman et al., 2008, 2010; Thomas et al., 2017).

La limitación más importante del presente estudio es la falta de un grupo control de mujeres con un trastorno mental en tratamiento en nuestra unidad y que no hayan realizado la intervención grupal. Además, también sería necesario un seguimiento longitudinal del vínculo entre las madres y bebés participantes en el grupo para poder evaluar el mantenimiento de las mejoras observadas tras el tratamiento. Otra limitación del estudio está relacionada con la clasificación de los trastornos del vínculo únicamente en base a la puntuación en el PBQ. Sería necesaria una entrevista clínica para poder comprobar que esa puntuación se corresponde con el tipo de trastorno valorado a través del cuestionario y evitar así una inadecuada clasificación de los casos.

En resumen, el presente estudio muestra cómo una intervención grupal centrada en el vínculo madre-bebé repercute en una mejoría de la conducta y los sentimientos maternos, así como la interacción entre ambos y la disminución de los trastornos del vínculo existentes. Esto, además, se da a pesar de que en ese periodo la sintomatología depresiva y ansiosa de la madre no ha cambiado significativamente. Estos resultados apoyan los estudios que sugieren que en el periodo postparto únicamente la atención a la psicopatología materna no es suficiente (Forman et al., 2007; Nysten et al., 2006). Es necesario atender al bebé y al vínculo entre ambos para que la madre pueda desarrollar sus capacidades de cuidado maternal y sus sentimientos maternos de forma óptima, al

margen del trastorno mental que sufra. Además, esto se debería hacer lo antes posible, ya que los primeros meses de vida son cruciales para el establecimiento del vínculo madre-bebé y el desarrollo posterior del apego infantil.

Trabajos como este ponen en relieve la importancia del periodo perinatal en la vida de las mujeres y sus bebés, y cómo una intervención adecuada y temprana puede mejorar aspectos tan cruciales para la salud mental de la persona a lo largo de su vida, como son el vínculo materno y el apego infantil. Se debería seguir trabajando para conseguir que todas las mujeres con algún problema de salud mental perinatal fueran atendidas por una unidad especializada, donde se contemple la mejoría de su psicopatología, así como la atención al bebé y la mejoría del vínculo madre-bebé para prevenir problemas en el neurodesarrollo y en la salud mental de ese bebé.

Bibliografía

- Alhusen, J., Hayat, M. y Gross, D. (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of women's mental health*, 16.
- Atkinson, L., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Parker, K. C. y Guger, S. (2000). Attachment security: a meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review*, 20(8), 1019-40.
- Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2012). Borderline Personality Disorder, en A. W. Bateman y P. Fonagy (eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Bergman, K., Sarkar, P., Glover, V. y O'Connor, T. G. (2008). Quality of child-parent attachment moderates the impact of antenatal stress on child fearfulness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49, 1089-1098.
- Bergman, K., Sarkar, P., Glover, V. y O'Connor, T. G. (2010). Maternal prenatal cortisol and infant cognitive development: Moderation by infant-mother attachment. *Biological Psychiatry*, 67, 1026-1032.
- Bernard, K., Dozier, M., Bick, J., Lewis-Morrarty, E., Lindhiem, O. y Carlson, E. A. (2012).

- Enhancing attachment organization among maltreated children: Results of a randomized clinical trial. *Child Development*, 83, 623-636.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Brockington, I., Aucamp, H. y Frase, C. (2006a). Severe disorders of the mother-infant relationships: Definitions and frequency. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 243-251.
- Brockington, I. F., Fraser, C. y Wilson, D. (2006b). The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 233-42.
- Callejas, E., Byrne, S. y Rodrigo, M. J. (2021). Feasibility and effectiveness of the positive parenting programme "Gaining health & well-being from birth to three." *Psychosocial Intervention*, 30(1), 35-45.
- Carvacho, C., Farkas, C. y Santelices, M. P. (2012). Mind Mindedness o la capacidad del adulto para tratar al niño(a) como un individuo con mente: Nuevas perspectivas para el estudio de la interacción entre el(la) niño(a) preescolar y sus figuras de apego. *Summa Psicológica UST*, 9(2), 69-78.
- Cohen, N., Lojkasek, M., Muir, E., Muir, R., Parker, C. J., Barwick, M. y Brown, M. (1999). Watch, wait, and wonder: An Infant-led Approach to Infant-parent Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20, 429-451.
- Cox, J. L., Holden, J. M. y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Crittenden P. (2006). *CARE Index Infant Manual. Spanish*. Miami, USA: Family Relations Institute.
- Crittenden, P. M. (1979-2004). *CARE-Index: Coding Manual*. Manuscrito no publicado, Miami, FL., disponible por el autor.
- De Camps Meschino, D., Philipp, D., Israel, A. y Vigod, S. (2016). Maternal-infant mental health: postpartum group intervention. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 243-51.
- Ericksen, J., Loughlin, E., Holt, C., Rose, N., Hartley, E., Buultjens, M., Gemmill, A. W. y Milgrom, J. (2018). A therapeutic playgroup for depressed mothers and their infants: feasibility study and pilot randomized trial of Community HUGS. *Infant Mental Health Journal*, 39(4):396-409.
- Erickson, N., Julian, M. y Muzik, M. (2019). Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother-infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk. *International Review of Psychiatry*, 31(3), 245-263.
- Familias en positivo. *Concepto de parentalidad positiva* [en línea] Recuperado de: <https://familiasenpositivo.org/parentalidad-positiva/concepto>
- Farré-Sender, B. (2018). *El vínculo materno-infantil: evaluación y detección de los factores de riesgo prenatales en madres diagnosticadas de un trastorno mental* [tesis doctoral]. Universitat de Barcelona.
- Forman, D. R., O'Hara, M., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E. y Coy, K. C. (2007) Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology*, 19, 585-602.
- Galán Rodríguez, A., (2019). La dimensión clínica de la teoría del apego ¿una promesa incumplida? *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 33, 35-44.
- García-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. y Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75(1):71-6.
- García-Esteve, L., Torres, A., Lasheras, G., Palacios-Hernández, B., Farré-Sender, B., Subirà, S., Valdés, M. y Brockington, I. F. (2016). Assessment of psychometric properties of the Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) in Spanish mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 385-94.
- Graell, A. y Lanza Castelli, G. (2018). El trabajo con los padres en atención temprana, en la institución pública, desde un enfoque basado en la mentalización. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 32, 9-18.
- Kingston, D., Tough, S. y Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 683-714.
- Korhonen, M., Luoma, I., Salmelin, R. y Tamminen, T. (2012). A longitudinal study of maternal prenatal, postnatal and concurrent

- depressive symptoms and adolescent well-being. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 680-92.
- Lera-Miguel, S. y Andrés-Perpiñá, S. (2019). Nuevo y urgente reto para las políticas sanitarias, la salud mental perinatal: romper el bucle. *Boletín Psicoevidencias*, 55. ISSN 2254-4046.
- Lieberman, A. F. (2004). Child-Parent Psychotherapy: A Relationship-Based Approach to the Treatment of Mental Health Disorders in Infancy and Early Childhood. En A. J. Sameroff, S. C. McDonough y K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* (p. 97-122). New York: The Guilford Press.
- Lowell, D. I., Carter, A. S., Godoy, L., Paulicin, B. y Briggs-Gowan, M. J. (2011). A randomized controlled trial of Child FIRST: A comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. *Child Development*, 82, 193-208.
- Martins, C. y Gaffan, E. A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 737-746.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K. y Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & human development*, 4, 107-24.
- Muzik, M., Rosenblum, K. L., Alfafara, E. A., Schuster, M. M., Miller, N. M., Waddell, R. M. y Kohler, E. S. (2015). Mom Power: preliminary outcomes of a group intervention to improve mental health and parenting among high-risk mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 507-521.
- Navarro, P., Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Aguado, J., Gelabert, E. y Martín-Santos, R. (2008). Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: prevalence and comorbidity in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 109(1-2), 171-6.
- Navarro, P., Torres, A., Subirà, S. y Garcia-Esteve, L. (2016). Epidemiología de los trastornos mentales perinatales. En: Garcia-Esteve y Valdés Miyar (eds), *Manual de Psiquiatría Perinatal*. Madrid: Ed Panamericana.
- Nylen, K. J., Moran, T. E., Franklin, C. L. y O'Hara, M. W. (2006). Maternal depression: a review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal*, 27(4), 327-343.
- Palacios-Hernández, B. (2015). *Comparative study of the factors involved in mother-infant bonding in women with and without postpartum depression* [tesis doctoral]. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=117369&orden=0&info=link>
- Pearson, R. M., Evans, J., Kounali, D., Lewis, G., Heron, J., Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G. y Stein, A. (2013). Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *Journal of the American Medical Association*, 70(12), 1312-9.
- Reck, C., Klier, C. M., Pabst, K., Stehle, E., Steffenelli, U., Struben, K. y Backenstrass, M. (2006). The German version of the Postpartum Bonding Instrument: psychometric properties and association with postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 265-71.
- Rodrigo, M. J., Martín-Quintana, J. C., Máiquez, M. L., Álvarez, M., Byrne, S., Rodríguez-Gutiérrez, E., Padilla-Curra, S., Suárez-Perdomo, A. y García-Poole, C. (2017). *Parentalidad Positiva: Ganar Salud y Bienestar de 0-3 Años. Guía para el desarrollo de talleres presenciales grupales*. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.
- Sadler, L. S., Slade, A., Close, N., Webb, D. L., Simpson, T., Fennie, K. y Mayes, L. C. (2013). Minding the Baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home-visiting program. *Infant Mental Health Journal*, 34, 391-405.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushore, E. (2010). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: Sección de Estudios de TEA Ediciones, S. A.
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M. y Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, 15, 384(9956), 1800-19.
- Sui, G., Pan, B., Liu, G., Liu, G. y Wang, L. (2016).

- The Long-Term Effects of Maternal Postnatal Depression on a Child's Intelligence Quotient: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies Based on 974 Cases. *Journal Clinical Psychiatry*, 77(11), e1474-e1482.
- Thomas, J. C., Letourneau, N., Campbell, T. S., Tomfohr-Madsen, L., Giesbrecht, G. F., Kaplan, B. J. y Singhal, N. (2017). Developmental origins of infant emotion regulation: Mediation by temperamental negativity and moderation by maternal sensitivity. *Developmental Psychology*, 53, 611-628.
- Torres-Giménez, A., Roca-Lecumberri, A., Sureda, B., Andrés-Perpiñá, S., Palacios-Hernández, B., Gelabert, E., Farré-Sender, B., Subirà, S. y García-Esteve L. (2021). External Validation and Test-Retest Reliability of Postpartum Bonding Questionnaire in *Spanish Mothers*. *Span J Psychol*, 11(24), e47. doi: 10.1017/SJP.2021.44. PMID: 34629123.
- Valdés Miyar, M. y García-Esteve, L. (2016). Estrés prenatal materno. En L. García-Esteve y M. Valdés Miyar (eds). *Manual de Psiquiatría Perinatal*. Madrid: Ed Panamericana.
- Van der Waerdenm J., Bernardm J. Y., De Agostini, M., Saurel-Cubizolles, M. J., Peyre, H., Heude, B. y Melchior, M. (2017). EDEN Mother-Child Cohort Study Group. Persistent maternal depressive symptoms trajectories influence children's IQ: The EDEN mother-child cohort. *Depression and Anxiety*, 34(2), 105-117.
- Velders, F. P., Dieleman, G., Henrichs, J., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Verhulst, F. C., Hudziak, J. J. y Tiemeier, H. (2011). Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: the impact on child emotional and behavioural problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(7), 341-50.
- Zwönitzer, A., Ute Ziegenhain, U., Bovenschen, I., Bressemer, K., Pillhofer, M., Fegert, J., Spangler, G., Gerlach, J., Gabler, S. y Künster, A. K. (2015). Effects of early intervention in children at risk: Short-term and long-term findings from an attachment-based intervention program. *Mental Health and Prevention* 3(3), 98-102.

Anexos

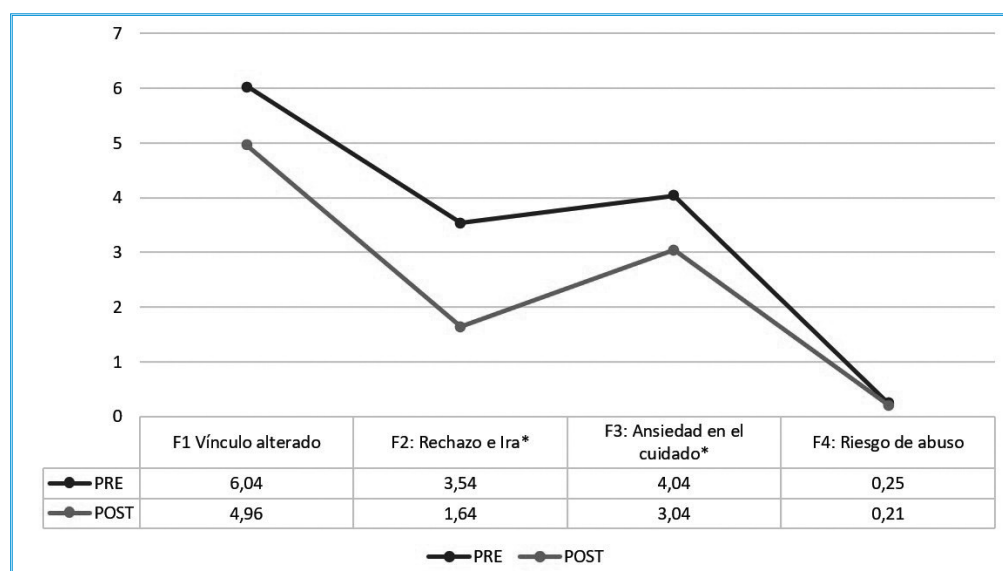
Tabla 1. Contenido del Grupo de vínculo madre-bebé.

SESIONES	PARTE 1: ATENCIÓN AL ESTADO DE LA MADRE	PARTE 2: INTERACCIÓN CON EL BEBÉ	PARTE 3: CONTENIDO DE PSICOEDUCACIÓN
Sesión 1	Presentación, normas grupo, evaluación	Masaje piernas	Explicación del masaje infantil
Sesión 2	Revisión semana y tareas. Respiración diafragmática	Masaje piernas y abdomen	¿Qué es el vínculo madre-bebé?
Sesión 3	Revisión semana y tareas. Estiramientos + Respiración	Masaje piernas, abdomen y brazos	Crianza respetuosa y evolución humana
Sesión 4	Revisión semana y tareas. Estiramientos + Respiración	Música y baile con el bebé	Desarrollo físico y cognitivo del bebé
Sesión 5	Revisión semana y tareas. Mindfulness	Masaje completo	Desarrollo emocional del bebé (I)
Sesión 6	Revisión semana y tareas. Mindfulness	Relajación y Yoga con el bebé	Desarrollo emocional del bebé (II)
Sesión 7	Revisión semana y tareas. Estiramientos + Respiración	Lectura de cuentos y baile con bebé	Juego infantil
Sesión 8	Revisión semana y tareas. Estiramientos + Respiración	Masaje completo	Perfección vs conexión. Evaluación final. Valoración grupo.

Tabla 2. Comparación de los resultados pre-post grupo en los cuestionarios EPDS, STAI-E y PBQ.

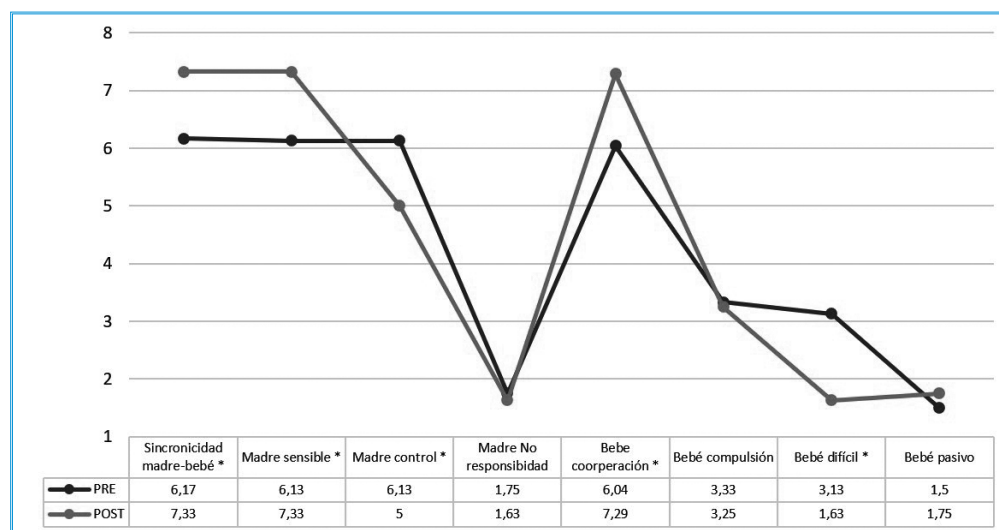
	PRE X (SD)	POST X (SD)	t	p
EPDS	8,21 (5,78)	7,88 (5,94)	0,38	0,703
STAI-E (centil)	41,59 (29,36)	39,31 (27,91)	0,53	0,601
PBQ	13,86 (8,04)	9,79 (6,01)	2,69	0,012

Figura 2. Comparación pre-post intervención de los factores del cuestionario PBQ.



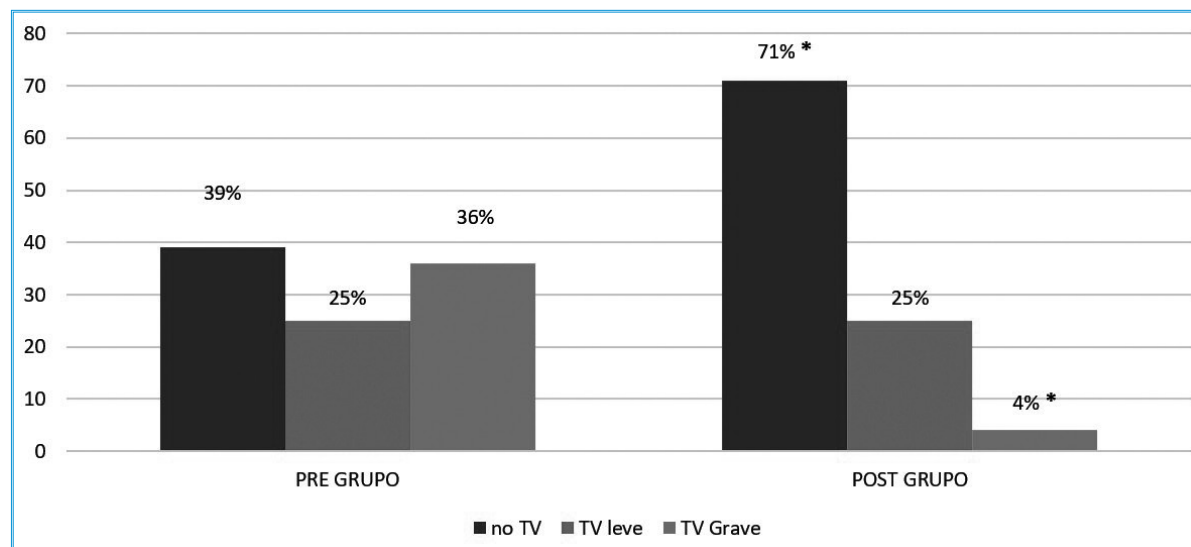
(*) Diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación pre y post.

Figura 3: Puntuaciones pre y post intervención en las escalas del CARE-Index, instrumento de evaluación de la interacción madre-bebé.



(*) Diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación pre y post.

Figura 4. Porcentaje de pacientes y tipo de trastorno del vínculo al inicio del grupo y al final.



No TV: Mujeres sin trastorno del vínculo madre-bebe; TV leve: mujeres con trastorno del vínculo leve (PBQ entre 13 y 18); TV grave: mujeres con trastorno del vínculo grave (PBQ más de 18).

(*) Diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación pre y post.

Tabla 3. Satisfacción de las pacientes con el grupo. Puntuación de 0 a 10 en las 3 preguntas formuladas y media de estas 3 preguntas en la Valoración Global.

	Media	Desv. típ.
Expectativas sobre el grupo	9,21	0,97
Formato grupo	9,53	0,61
Contenido sesiones	9,11	1,15
Valoración Global	9,28	0,84