

Trastornos del vínculo con origen en la etapa perinatal. Contribuciones del psicoanálisis y la neurociencia

IMKE DACHS^{1A}, EULÀLIA SAYRACH^{2A} Y ROSER FRAGO^{3A}

RESUMEN

Trastornos del vínculo con origen en la etapa perinatal. Contribuciones del psicoanálisis y la neurociencia. Se presentan en este artículo dos casos atendidos en un centro de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) en los cuales el vínculo materno filial está gravemente comprometido desde etapas prenatales. Tanto desde aportes psicoanalíticos como de estudios neurocientíficos actuales, se expone cómo el periodo perinatal es clave para que el bebé pueda construir una base emocional sana que repercutirá en su desarrollo posterior. Se subraya la importancia de destinar recursos a la intervención precoz en mujeres gestantes o en periodo de puerperio que puedan presentar dificultades emocionales, para fortalecer el vínculo con sus hijos e hijas y prevenir una mayor tendencia a problemas de salud mental en estos. **Palabras clave:** *perinatal, embarazo, intervención precoz, vinculo prenatal, trastornos vinculares.*

ABSTRACT

Bonding disorders starting in the perinatal stage. Contributions of psychoanalysis and neuroscience. This article presents two cases attended in a child and adolescent mental health center (CSMIJ) in which the maternal-filial bond is severely compromised since prenatal stages. Both psychoanalytical contributions and current neuroscientific studies show how the perinatal period is key for the baby to build a healthy emotional base that will have repercussions on its later development. The importance of allocating resources to early intervention in pregnant or postpartum women who may present emotional difficulties is emphasized, in order to strengthen the bond with their children and prevent a greater tendency to mental health problems in them. **Key words:** *perinatal, pregnancy, early intervention, prenatal bonding, bonding disorders.*

RESUM

Trastorns del vincle amb origen a l'etapa perinatal. Contribucions de la psicoanàlisi i la neurociència. Es presenten en aquest article dos casos atesos en un centre de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) en què el vincle maternofilial està greument compromès des d'etapes prenatales. Tant des d'aportacions psicoanalítiques com d'estudis neurocientífics actuals, s'exposa com el període perinatal és clau perquè el nadó pugui construir una base emocional sana que repercutirà en el desenvolupament posterior. Se subratlla la importància de destinar recursos a la intervenció precoç en dones gestants o en període de puerperi que puguin presentar dificultats emocionals, per enfortir el vincle amb els seus fills i filles i prevenir una tendència més gran a problemes de salut mental en aquests. **Paraules clau:** *perinatal, embaràs, intervenció precoç, vincle prenatal, trastorns del vincle.*

Salud mental materna y conductas de apego

Todos somos producto de nuestra historia de desarrollo en el útero materno
Pampa Sarkar

Según la teoría del apego desarrollada por Bowlby (1993) a mediados del siglo XX, los

humanos nacemos con la capacidad para apearnos a un cuidador, pero necesitamos las condiciones favorables para poderla desarrollar. Sin esta posibilidad, las consecuencias en el psiquismo pueden ser muy graves. En los Servicios de Salud Mental infanto-juveniles (CSMIJ), muy frecuentemente nos encontramos con cuadros psicopatológicos derivados de

¹Psicóloga clínica i psicoterapeuta especializada en psicologia perinatal. ²Subcoordinadora CSMIJ, arteterapeuta, treballadora social. ³Llicenciada mèdica, màster en psicopatologia clínica ^ACSMIJ Santa Coloma de Gramenet. Programa Salut Mental Perinatal. Contacte: esayrach@fvb.cat

problemas vinculares que clínicamente pueden presentarse como problemas conductuales o psicosomáticos.

Los estudios de Bowlby, que muchos otros investigadores han desarrollado posteriormente, han servido de base para realizar numerosas intervenciones en el campo de la promoción de la salud mental en la infancia. Hoy sabemos que el objeto de un apego seguro sería dotar al individuo en evolución de mecanismos de seguridad y confianza que sean competentes y que puedan serle útiles para el resto de su vida.

Lyons-Ruth (2009) señala que el sistema de apego actuaría como mecanismo preventivo del estrés ambiental.

Por este motivo, en nuestra labor terapéutica con las familias que atendemos, muy a menudo tratamos de promover actitudes y conductas propias de este tipo de apego, con el objetivo de reparar daños vinculares y relaciones familiares.

Autores tan relevantes como Schore (2005) o Siegel (2016) han demostrado que las experiencias de apego y las relaciones tempranas con la madre moldean directamente la arquitectura cerebral y tienen efectos perdurables toda la vida. Pero incluso antes de las primeras relaciones de apego, existe toda una teoría, la llamada *teoría de la programación fetal*, según la cual algunas estructuras cerebrales podrían quedar programadas para la vida adulta en función del estado de la madre durante algunos periodos del embarazo, así como tener efectos a largo plazo en la salud física futura. Esta teoría surgió de la hipótesis que los cambios metabólicos en el útero establecerían patrones fisiológicos y estructurales que programarían la salud posterior (Ramírez-Vélez, 2012), incluida la salud mental.

En este sentido, la neurociencia ha contribuido en sus últimas décadas a conocer cuán importante es el papel del estrés materno en el desarrollo cerebral del feto y en la capacidad de gestionar la ansiedad y el estrés durante la vida adulta. Sabemos que elevados niveles de cortisol (hormona del estrés) alcanzan el cerebro del bebé en desarrollo y pueden dañar su sistema límbico, área que media las emociones, el aprendizaje y la memoria. Padecer ansiedad durante la gestación probablemente produce cambios duraderos en el sistema de adaptación

al estrés del hijo, haciéndolo más vulnerable y aumentando el riesgo de padecer trastornos de conducta, emocionales y de hiperactividad (Simon et al., 2009; Olza y Gainza, 2007; Van den Bergh y Marcoen, 2004).

La ansiedad durante el embarazo se puede manifestar en forma de preocupación acerca del bienestar fetal, rumiaciones, insomnio, nerviosismo o tensión. Estos síntomas son respuestas adaptativas frente a una situación desconocida o nueva. En casos más graves, pueden presentarse estados de pánico, agorafobia, síntomas obsesivos o de estrés postraumático, además de síntomas depresivos comórbidos (Maldonado-Duran, 2011). Cuando la ansiedad es muy intensa o insoportable también puede expresarse en forma de desconexión como mecanismo de defensa ante un sufrimiento máximo, con la consiguiente afectación en el vínculo con el bebé (Schoore, 2022).

También existe mucha literatura respecto a la depresión postparto y, aunque no nos extenderemos en hablar de ella, remarcaremos que está fuertemente asociada a la depresión prenatal (Maldonado-Duran, 2011) y que sufrir depresión durante el embarazo también conlleva riesgos para la formación del feto (bajo crecimiento intrauterino o parto prematuro, entre otros) y en el posterior comportamiento del recién nacido (dificultades en autorregulación y conducta en la infancia). En cuanto a la vinculación materno-filial, hay autores que sostienen que el impacto de la depresión preparto es incluso más severo que en los casos de depresión en el puerperio, ya que las madres que la padecieron durante el embarazo fueron menos sensibles después con sus hijos (Flykt et al., 2010).

Parece claro, entonces, que tratar los trastornos emocionales durante el embarazo resulta imprescindible tanto para el bienestar de la mujer como para prevenir posibles futuras patologías en su descendencia.

Sensibilidad materna y vínculo prenatal

Sabemos que el apego, los cuidados maternos, el estado de la mujer durante el embarazo y determinados factores ambientales pueden afectar el desarrollo del bebé y perdurar a lo largo de su evolución. Incluso desde enfoques

teóricos de transmisión intergeneracional se defiende que la conducta de la madre puede influir no solo en el desarrollo emocional del hijo, como se afirma desde postulados psicoanalíticos sino que podría transmitirse y perdurar en generaciones futuras (Smoller, 2013).

Recientemente, se ha incrementado el interés por conocer y evaluar todos aquellos procesos psicológicos que se inician desde antes del nacimiento. En este aspecto, la psicología perinatal ha tenido un enorme papel. Esta rama de la psicología, surgida de la colaboración de diferentes profesionales reunidos entorno a madres y padres y al feto-bebé (Missonier, 2013), está orientada a la prevención, cuidado, apoyo, diagnóstico y tratamiento de las familias desde la concepción hasta el puerperio, teniendo en cuenta que el establecimiento de un vínculo saludable entre la madre, el bebé y la familia es especialmente relevante (Sánchez, 2013).

El psicoanálisis siempre ha señalado que la gestación es un tiempo de preparación psicoafectiva para el cuidado del bebé y podemos decir que, actualmente, este supuesto ha sido confirmado por la neurociencia. De entre los hallazgos relacionados con la modificación del cerebro de la mujer gestante, destacamos el interesante descubrimiento de Barba-Müller (Hoekzema et al., 2016) por arrojar luz empírica a lo que comúnmente siempre se ha llamado “instinto maternal”. En su estudio, observó que durante el embarazo se reduce el volumen de materia gris en áreas relacionadas con la cognición social de la mujer, lo cual se asocia a una mayor capacidad de la madre para inferir las necesidades de su bebé, durante los dos primeros años desde la gestación.

En 1967, Winnicott ya había expuesto el concepto de preocupación materna primaria refiriéndose a una condición de incremento de la sensibilidad durante el embarazo y días cercanos al parto. Sabemos que es de vital importancia, para un recién nacido, disponer de una madre interesada en identificar sus diferentes estados, razones de llanto o posibles molestias y, sobre todo, que, ante estas experiencias de malestar, pueda sostenerlo emocionalmente, utilizando el concepto de *holding* del mismo autor. Bion (1962) también utilizó el término *reverie* para referirse al estado mental de la madre

requerido para conectar con las necesidades de su bebé, contener sus angustias y devolverse las transformadas de tal manera que puedan ser toleradas.

Investigaciones actuales han aportado el correlato neurobiológico que confirmaría los postulados psicoanalíticos. Schore (2005, 2022) señala que es necesario que la madre esté *psicobiológicamente* sintonizada con los reflejos del estado interno de su hijo para acceder a una comunicación afectiva con él e indica que cuanto mayor sea esta sintonización, más *sincronizada* será su interacción. Este autor afirma que el apego seguro depende de la sintonía psicobiológica de la madre con las alteraciones dinámicas de la activación autónoma del bebé. A través de la comunicación no verbal entre hemisferios derechos de ambos, madre y bebé modificarían su comportamiento para adaptarlo a cada momento y situación. De las interacciones afectivas reguladas y sincronizadas entre madre y bebé surgiría el sentimiento de seguridad, la curiosidad para explorar y la sorpresa de carga positiva, marcadores todos ellos de una buena salud mental infantil.

Otro aspecto relevante dentro de los procesos prenatales, en el que nos focalizaremos sobre todo en los casos analizados en este artículo, es el que tiene que ver con la vinculación afectiva que se establece con el bebé ya durante los meses de embarazo. Como señala Oiberman (2013), “el parto marca el inicio de la vida, pero no coincide con la relación madre-hijo, hay pues un proceso psicológico que cohabita con el biológico”. Son diversos los autores que hablan de vínculo antes del nacimiento o proceso de vinculación prenatal.

El vínculo prenatal puede definirse como la filiación afectiva por parte de la madre (o padre) hacia su bebé no nato y se caracteriza por los sentimientos y emociones de la madre gestante hacia su futuro hijo. A diferencia del apego, definido como un conjunto de sistemas e interacciones bidireccionales, el vínculo prenatal lo conformarían las manifestaciones cognitivas, afectivas y conductuales exclusivamente de la madre hacia el bebé (Roncallo et al., 2015). La mujer embarazada va construyendo representaciones (imágenes y fantasías) que influirán en las dinámicas, afectos y cuidados hacia el bebé.

Condon y Dunn (1998) hablan de la importancia de conocer la calidad de este vínculo para predecirla en el postparto, las llamadas “vinculaciones idénticas”.

El tipo de vínculo que la madre establecerá con su hijo por nacer estará influido por diferentes factores, como el estado emocional durante el embarazo, pues altos índices de estrés, ansiedad y depresión han estado asociados a una baja vinculación materno-fetal (Roncallo et al., 2015). Otros factores tienen que ver con su propia historia vincular, la edad, las relaciones familiares, el apoyo percibido, la adaptación al embarazo y los antecedentes obstétricos (Villa-González et al., 2015). En cuanto al último punto, se ha observado que las experiencias previas de duelo perinatal suelen condicionar emocionalmente los siguientes embarazos por el miedo a sufrir una nueva pérdida. Son gestaciones vividas a menudo con elevada angustia, lo cual, además de las repercusiones ya mencionadas anteriormente en relación con el desarrollo del feto, suele afectar también a la vinculación con él. Precisamente, algunos de los primeros estudios sobre vínculo prenatal provienen de casos atendidos por duelo gestacional.

Antes de proceder a la exposición de dos casos que ilustran cómo algunas veces el vínculo prenatal está gravemente afectado o anulado, queremos subrayar que las condiciones en las cuales se desarrolle este vínculo constituirán la base emocional sobre la cual se consolidarán personalidades más o menos sanas, más o menos resistentes o con mayor o menor tendencia a presentar problemas de salud mental (Grimalt y Heresi, 2012). Destacamos, al mismo tiempo, la esperanza (o posibilidad de cambio) que aporta Siegel (2016) y que compartimos, cuando afirma que los patrones de apego pueden cambiar con el paso del tiempo; se pueden resolver traumas y duelos, pasar de la inseguridad a la seguridad, ya que entiende el apego como un proceso dinámico. Las diferentes relaciones, ya sea con el otro progenitor si lo hay, con otros familiares, educadores, maestros, amistades o terapeutas pueden ayudar a hacer este cambio: “la clave está en encontrar una forma que estimule la reconexión cerebral de las personas para que puedan avanzar hacia la integración”.

En definitiva, la evidencia avala que favorecer el

bienestar socioemocional de las mujeres desde el principio del embarazo y promover un adecuado vínculo afectivo materno-filial es primordial para poder garantizar el buen desarrollo emocional, cognitivo y social de los menores.

Caso 1

Se presenta, a continuación, un caso en el que se ponen de manifiesto las dificultades en la construcción del vínculo cuando ha habido pérdidas previas a la gestación.

En el CSMIJ, se atiende en primera visita al paciente identificado a los seis años, acompañado por su madre.

Convive con sus padres y su hermana cuatro años mayor que él. Desde el inicio, se observa una madre sensible y con capacidades. Describe una buena relación de pareja, con implicación del padre en la crianza. Ambos trabajan, ella en el ámbito sanitario y él en el mundo de la cultura.

La madre presenta al niño como muy absorbente, con dificultades ante cualquier cambio y con mucha necesidad de anticipación. Explica que está muy apegado a ella, que es muy demandante y eso, a ella, la desborda y agota.

La madre relata que su hijo fue fruto de un embarazo complicado. Previo a este y posterior al nacimiento de la hermana mayor, sufrió dos pérdidas. La primera, a las 35 semanas de gestación. Era una bebé con un problema genético. La detección tardía del diagnóstico (a las 33 semanas) hizo que el sistema legal de España no permitiera la interrupción de este embarazo, por lo que debieron desplazarse a otro país para provocar el parto, añadiendo esta dificultad a todas las complicaciones emocionales y organizativas que la interrupción suponía. “En el caso de malformaciones severas o limitantes de vida, la madre y su pareja experimentan no solamente el shock de la noticia, sino que también se enfrentan a la necesidad de abordar una serie de decisiones duras. Elegir interrumpir el embarazo es, para muchos, un acto en contra de sus identidades maternas o paternas, aunque sientan que sea la mejor opción para ellos y su bebé (...). El impacto sobre las madres y padres puede ser severo y emocionalmente traumático” (Cassidy et al., 2018).

La segunda pérdida se produce por una rotura de la bolsa intrauterina al realizar una amniocentesis. Esta segunda pérdida agrandó el sentimiento de culpa de la madre por haber quedado embarazada antes de tener los resultados de las pruebas genéticas de las que estaban pendientes. Posteriormente, se descubre que ambos padres son portadores de una misma alteración genética, con el riesgo de que la padezca algún futuro hijo.

Durante el embarazo del paciente y ante la amenaza de parto prematuro, se indica reposo a la madre durante el tercer trimestre. Cuenta la madre que el arranque con el niño fue difícil desde muy bebé, ya que le reclamaba mucho. Durante los dos años de guardería, por ejemplo, lloraba continuamente; podía pasar más de dos horas llorando sin calmarse hasta que la avisaban para que lo fuera a recoger. La mujer nos pide ayuda para saber cómo manejarlo y cómo comportarse con él. Reconoce que va muy cansada por motivos laborales y que tal vez no está suficientemente receptiva a las demandas del hijo.

Una vez explorada la situación, se observa que las dificultades del paciente están muy ligadas a estas vivencias de duelo perinatal previas de la madre y a cómo estas han afectado a la calidad del vínculo madre-bebé, repercutiendo en la relación posterior entre ellos y pudiendo llegar a afectar al desarrollo psicológico del niño de no ser atendidas. Se decide tratar conjuntamente a madre e hijo para trabajar el vínculo entre ellos y se les deriva al “Grupo de vínculo” del CSMIJ.

Paralelamente al trabajo del grupo, en entrevistas con la madre y en conjunto con ambos padres en algunos momentos, van apareciendo aspectos que serán muy reveladores y significativos para todo el proceso familiar.

Entre los padres no había habido la oportunidad de poner en voz alta las vivencias alrededor de las dos pérdidas anteriores al nacimiento del chico, generando entre ellos un espacio de incompreensión y distanciamiento. Ambos fueron presa de la soledad de no poder compartir para no herir al otro. Les sostenía la certeza infundada de que hablar del dolor que se siente provoca más dolor en el otro. La pérdida de un hijo antes del nacimiento es difícil y duro de afrontar y el apoyo entre ambos miembros de la pareja es fundamental para evitar estados de

ansiedad y depresión. Tampoco a nivel social se dio el espacio para sentirse acompañados. “Estos padres y madres no pueden compartir su dolor. No existe la posibilidad de hablar de su hijo, por tanto, no pueden cumplir con una de las principales obligaciones hacia los muertos: recordarlos socialmente” (Cassidy et al., 2018). Y les invade la soledad y la invisibilidad por su hijo no reconocido, ni ellos mismos como padres de este.

En el proceso terapéutico, la madre pudo relatar lo difícil que fue para ella la pérdida de su bebé. Cuando parió a la niña y la sostuvo en brazos, le sobrevino una gran culpabilidad porque se veía una niña saludable. Esta niña ya tenía un nombre, Sandra. El padre creía que ella no había asimilado realmente que Sandra no estaba sana, ya que aparentemente estaba bien y que por eso ella se quedó con una culpa enorme y malestar por haber provocado el parto.

Luego, el padre vivió que la madre había deseado tanto tener otro hijo que llegó a obsesionarse con este deseo, sintiéndose él utilizado. Sin darse tiempo para la elaboración de la pérdida, buscaba y necesitaba embarazarse rápidamente de nuevo para llenar este vacío. Quedó de nuevo embarazada sin esperar el consejo genético fruto del resultado de las pruebas ni darse el tiempo físico de recuperación necesario. Antes de acabar la cuarentena, todavía con sangrado, la madre ya trabajaba de nuevo.

En el transcurso de las entrevistas, subyace el malestar de la madre por la vivencia de cuidar de un bebé que no es el bebé que debería haber sido. El paciente ocupa el lugar de sus dos hermanas muertas. Van apareciendo sentimientos muy íntimos, atribuyendo la madre sus dificultades con su hijo a un castigo por su insistencia en tener otro bebé. Su fantasía era algo del estilo de: “he deseado e insistido tanto en tener un bebé que se me ha castigado con un niño absorbente, del que no me puedo ni separar”. “Las investigaciones de diferentes ramas de la salud señalan (...) que el vínculo no surge en el período posterior al nacimiento, sino que tiene su origen en la etapa prenatal” (Roncallo et al., 2015). Además, “mujeres con altas puntuaciones de ansiedad en la gestación también presentan altas puntuaciones después del parto y muestran tendencia a sentirse más desbordadas ante las

tareas propias de la primera crianza, haciendo, a su vez, valoraciones más negativas de la conducta o temperamento de sus bebés” (Di Prieto, 2012). Podemos imaginar la ansiedad que rodeó el embarazo de este hijo y cómo el miedo a la muerte y la culpa por las pérdidas anteriores condicionaron este vínculo, dificultando, por parte de la madre, el poder ofrecer respuestas adecuadas y pertinentes a las necesidades de su hijo. El establecimiento de un vínculo materno-fetal es lo que permite que la madre pueda ir diferenciándose de su bebé, sintiéndolo con su individualidad. En este caso, esta diferenciación quedó muy comprometida.

El no poder hacer espacio mental ni contar con ayuda social ni profesional para poder hacer esta elaboración previa provocó que, con el tiempo, fuera más complicado para la madre sostener a un bebé cada vez más inseguro del vínculo con su madre y más demandante, entrando en un círculo difícil de cortar para ambos. Bebés con menor capacidad de autorregulación y más irritables son percibidos por sus madres de forma más negativa. Estas pueden presentar alteraciones emocionales pre y post natales, influyendo de esta forma significativamente en las interacciones y pautas de cuidados y crianza (Di Prieto, 2012). Seis años más tarde, llegará al CSMIJ con un problema vincular.

Participaron activamente en todas las sesiones del Grupo de Vínculo. Éste sirvió para confirmar el diagnóstico inicial de trastorno del vínculo, poniendo de manifiesto una relación muy fusionada entre ambos y una gran dificultad en la madre para poder ver aspectos positivos en su hijo, además de una tendencia a desconfiar de sus intenciones. El trabajo durante el proceso grupal ayudó a trabajar la diferenciación, empezar a movilizar la situación y poner el foco de trabajo en la relación y no en dificultades propias del niño.

Posterior al grupo, observando que había habido cambios significativos entre ellos, se decide dejar de atender al niño y se ofrece un espacio individual a la madre para reforzar y sostener los cambios iniciales y acompañarla en el proceso de afianzar una nueva relación más sana y satisfactoria entre madre e hijo. De esta manera, también mandamos un mensaje a madre y niño de que él es un niño sano y no requiere en

estos momentos de más intervención directa por nuestra parte.

En este espacio, la madre va aportando su deseo de poder vivir y sentir a su hijo de otra manera y lo difícil que es para ella la relación con él. Queda capturada y encallada por pequeños detalles de la cotidianeidad sin poder contener a su hijo ni leer sus acciones como algo natural y propio de la edad, sino que le percibe como muy complicado. Incluso llega a interpretar algunas actitudes del niño con un punto de maldad. Cuando el niño falla en algo, la madre se siente muy herida, viviéndolo como si fuera ella quien estuviera fallando en su función materna y como persona. Este trabajo posterior al grupo con la madre a solas permitió poner el foco en su mirada y vivencias, liberando al chico de parte de sus proyecciones y ofreciendo un soporte a la madre, desculpabilizándola e integrando su propia historia. Conectar su relación actual con su narrativa permitió identificar aquellos patrones en su forma de estar y de captar a su hijo que tenían que ver con todo lo que ella como madre había depositado en él y con aquello que esperaba de él.

Para estos padres, entender su propia historia gestacional, releer los miedos previos y durante el embarazo de su hijo, y poner en voz alta sus vivencias, les ayudó a sentirse más cercanos, compartir sus procesos y comprenderse mutuamente. Poder renombrar y reconocer a su bebé fallecida, Sandra, como una más de sus hijos y darle su lugar contribuyó a ver al hijo menor de otra manera, con su individualidad, y empezar a gozar de su maternidad y paternidad y de la relación con él.

Caso 2

Veamos, en la siguiente viñeta clínica, un ejemplo de detección precoz de dificultades vinculares durante el embarazo y la intervención realizada desde el CSMIJ con la gestante. Se trata de una mujer que, junto a su marido, acudían a las visitas como padres de una menor en seguimiento por un trastorno del espectro autista. La paciente en cuestión era una niña de cinco años, la cual, desde muy pequeña, había estado siguiendo estrictos controles médicos por diferentes complicaciones neurológicas que, en el

momento de la primera visita psicológica, estaban controladas y no eran motivo de preocupación. Era una niña afable, inteligente, capaz de establecer contacto con otros.

Lo que inquietaba a los padres, en especial a la madre, eran las enormes dificultades de relación que presentaba debido a su elevada impulsividad y rigidez, algo que repercutía en sus diferentes contextos de interacción. Así, la madre se mostraba cansada de tener que disculparse en los parques cuando su hija empujaba a otros niños, expresaba estar harta de mantener reuniones con la tutora para hablar del comportamiento de la niña en el aula (escolarizada en centro ordinario), sentía impotencia teniendo que defender las actuaciones de esta con sus iguales cuando los monitores de las extraescolares cuestionaban que pudiera realizar según qué actividades, etc.

Este malestar de la madre aparecía unido a un sentimiento de soledad por la ausencia del marido en la gestión de los conflictos de la niña. Sentía tanto dolor y desamparo que, en más de una ocasión, había verbalizado la posibilidad de separarse de él. Esta idea, que deambulaba por las visitas sin llegar a materializarse nunca, el padre la había traído también a sesión como una amenaza verbal recurrente de su mujer. Este hecho desconcertaba al marido, ya que, al mismo tiempo, ella mostraba deseos de tener un segundo hijo, algo que él le recriminaba, entremezclado con quejas por la falta de relaciones sexuales. La desesperación de ella, la incompreensión del marido y la falta de comunicación entre ambos, se traducían en visitas de elevada tensión emocional, llenas de reproches y dolor expresado por canales inadecuados que cada vez los alejaba más como pareja. En ese momento, la paciente estaba siendo atendida en un centro psicológico privado con buena evolución y desde el CS-MIJ pudimos centrarnos en atender a la pareja parental.

Coincidiendo con un periodo postvacacional, los padres acudieron a la visita con una noticia. La madre refirió estar embarazada y lo expresó de una manera muy significativa, diciendo “me he hecho un tratamiento de reproducción asistida y estoy embarazada”. Una frase que no dejaba lugar para al marido, para el padre, algo que contrastaba con el procedimiento empleado,

pues el tratamiento había consistido en una *fecundación in vitro* con los propios gametos de la pareja, dando aún más sentido a la queja del padre por la ausencia de relaciones íntimas. La madre no expresó ninguna emoción más que una leve sonrisa al contarlo. No había signos de alegría o ilusión en su rostro. Lo que transmitía era una anestesia emocional, semejante a la desconexión que describe Schore (2022), que llevaba a preguntarse ¿de dónde surgía el deseo de tener otro hijo y cuál era la finalidad de ese embarazo?

Sin necesidad de explorar demasiado, la mujer dejó intuir rápidamente que ese bebé había sido concebido con la idea de ayudar a la hermana mayor en sus dificultades de relación. ¿Qué mejor para su hija, que tener a alguien cerca con quien ensayar las habilidades sociales de las que tanto carecía? Lo que aparecía como una instrumentalización del bebé se fue haciendo cada vez más patente con la falta de vínculo prenatal observable en las visitas, donde la madre sólo podía pensar en el feto como un objeto estimulante y terapéutico para la hermana. Sin darle una identidad propia separada de las limitaciones de la primogénita, su forma de mentalizarlo remitía casi a esos niños llamados *medicamento*, hijos que son engendrados en laboratorios para ayudar a curar a un hermano gravemente enfermo. En su caso, la patología no era somática, sino relacional, y, en su imaginario, la presencia de un otro, un igual, con quien su hija pudiera interaccionar y practicar, podía suponer la cura no solo de los déficits de su trastorno sino también la de su propia pesadumbre y del distanciamiento de la pareja.

Sin entrar en debates morales sobre la finalidad con la que la madre había decidido traer al mundo a ese bebé, pasaban los meses de gestación y preocupaba la falta de mentalización del bebé como sujeto y, por consiguiente, la ausencia de vínculo con él. Esto se constataba con la falta de emociones, pensamiento o conductas para con el bebé. Seguía debidamente los controles ginecológicos rutinarios y se cuidaba como forma de asegurar el bienestar del bebé, pero no había nada más allá de estas conductas funcionales básicas. Siguiendo a Doan y Zimmerman (2008), que definen tres componentes del vínculo prenatal, cognitivo, emocional y

conductual, esta mujer sólo manifestaba algunos aspectos del último de ellos.

Diferentes autores hablan del apego prenatal como un proceso que se da durante el embarazo, en el que emergen sentimientos, emociones y comportamientos de interacción entre la gestante y el feto y que tienen que ver con las representaciones mentales que esta hace de su bebé, las cuales se relacionan con su propia identidad materna (Grimalt y Heresi, 2012; Eswi y Khalil, 2012). Nada de esto se observaba en las visitas, pues la madre no se refería a él, no lo imaginaba, no hacía atribuciones ni se preguntaba nada acerca de su hijo. Su irrupción en la sesión era siempre en términos de estímulo o instrumento favorecedor del desarrollo social de la hija mayor.

Al preguntarle, afirmaba que no le hablaba, ni cantaba, ni se tocaba o acariciaba la barriga como había hecho en su primer embarazo, forma de comunicación habitual con el feto. Tampoco tenía nombre ni en la familia había un espacio para él o ella. Un dato significativo era que, llegados a los seis meses de gestación, aún no había notado los movimientos fetales, pero, además, no mostraba preocupación al respecto (algo que suele angustiar mucho a las embarazadas, ya que es un signo de alarma y motivo para comprobar el bienestar fetal). Esta ausencia de percepción de los movimientos fetales podría interpretarse como una falta de diálogo emocional entre madre e hijo. Según Martínez y Villarraga (en Villa-Gonzalez, 2015), desde las seis o siete semanas de gestación, aun con un sistema sensorial muy inmaduro por parte del embrión, ya existe la posibilidad de un intercambio donde el feto reacciona a los estímulos maternos.

El vínculo prenatal es la primera relación importante para el bebé y que está altamente relacionada con la relación madre-hijo después del nacimiento (Eswi Y Khalil, 2012; Bouchard, 2011; Alhusen, 2008; Condon y Dunn, 1998). Teniendo en cuenta la conducta de riesgo de la madre, se consideró imprescindible la intervención con esta. En ese momento, ella pasó a ocupar el lugar de paciente en las sesiones, aceptando una intervención centrada en acompañarla en el proceso de la bimaternidad y en la construcción del vínculo maternofilial. El objetivo principal

fue aumentar la conciencia de su estado, crear un espacio mental para el bebé que estaba gestando, entendido como sujeto único y diferenciado, para posteriormente generar interacciones que potenciaran la filiación afectiva hacia el bebé y fomentaran la sensibilidad materna y su rol maternal.

A pesar de la presentación inicial, tan disociada y alejada emocionalmente de su bebé, era una mujer que quedaba pensativa cada vez que se le hacía alguna pregunta que la obligaba a conectar con el bebé que llevaba dentro. Con relativa facilidad, la madre pudo darse cuenta de la falta de mentalización de ese nuevo bebé con el que no había establecido aún ningún lazo afectivo, descubrimiento que la llenó de culpa y que necesariamente fue abordada en las sesiones de terapia. Una vez transformada en motor reparatorio, esa culpa la impulsó a adoptar conductas compensatorias que iniciaron el proceso de vinculación natural con el bebé. Así, la madre empezó a presentarse a las visitas con otro semblante, con actitudes de clara filiación con el bebé. Ejemplos de ello eran comportamientos tan sencillos como acariciarse la barriga espontáneamente cuando se sentaba, llevar siempre puesto un colgante con estimulación vibroacústica que golpeaba suavemente su vientre con cada movimiento, explicar ilusionada cómo había empezado a notar las patadas que el bebé le daba o cómo, igual que había hecho con su primera hija, estaba tejiendo una pequeña colcha para su segundo hijo. A la vez que la madre fue generando un espacio interno para ese bebé, la familia al completo fue también construyendo un nido para albergarlo, creando espacio externo para recibirlo y acogerlo.

La gestación terminó casi un mes antes, lo cual dejó a la familia con la sensación de no haberse preparado lo suficiente para la llegada del bebé y a la madre con un sentimiento de vacío y una nostalgia del embarazo ya concluido al que ahora desearía volver para saborear con más detalle. Sin embargo, la pareja de padres también estaba feliz de tener al bebé en casa y del modo en cómo se estaban organizando familiarmente. La madre se presentó a la primera visita postparto, aún en cuarentena, pletórica con su criatura en brazos, mostrando el enamoramiento propio de las madres que aman a sus bebés,

fusionada y en sintonía con su criatura, en palabras de Schore (2022). Explicaba que había pensado solicitar una excedencia laboral para poder ser ella quien cuidara del bebé una vez terminada la baja maternal. Sus preocupaciones en ese momento giraban en torno al manejo de los posibles celos de la mayor, a las limitaciones para llegar a todo y no dejar a ninguno desatendido, angustias típicas de la bimaternidad que indicaban que la mujer estaba transitando adecuadamente el proceso de incorporar un nuevo miembro a la familia, donde cada uno tenía su espacio y lo reclamaba. Se percibía una madre con una mente capaz de conectar con las necesidades de un recién nacido junto a las de una hija que, aunque ahora se la llamara “mayor”, no dejaba de ser una niña con necesidades infantiles y algunas dificultades que debía seguir bajando en espacios terapéuticos.

Reflexiones finales

La gestación es un periodo de importantes cambios biológicos, fisiológicos y también emocionales. “La salud mental materna tiene una influencia en el desarrollo temprano, no sólo a través de la programación fetal, sino debido a sus efectos sobre otras variables como el vínculo (pre y postnatal), la sensibilidad a la crianza y las características del cuidado temprano (...). El desarrollo temprano deviene de una compleja y dinámica interacción de variables biopsicosociales desde el embarazo hasta el periodo postnatal (configuración biológica, entorno familiar, experiencias de cuidado y condiciones psicológicas)” (Roncallo et al., 2015).

Cuando los menores son acogidos desde antes del nacimiento en un entorno familiar que genera seguridad y confianza, donde se recogen y comprenden sus necesidades y estas son atendidas de forma adecuada, las criaturas crecen pudiendo incorporar un sentimiento de seguridad en sí mismos y en su entorno social que les permite desarrollarse con normalidad. Siegel (2016) afirma que “los patrones repetidos de interacción conforman el crisol de experiencias de las cuales está formado el modelo de trabajo interno. El modelo mental permite al niño utilizar la figura de apego como base segura para salir y explorar el mundo”.

Fruto de casos como los expuestos en este artículo, surgió en el CSMIJ la necesidad de dar una respuesta preventiva y especializada, articulándose un proyecto de intervención dirigido a mujeres en situación de riesgo vincular durante la etapa perinatal. El objetivo del programa sería fomentar la salud mental de los menores desde antes del nacimiento, ya que el riesgo de no intervenir podría generar patologías en un futuro. La intervención temprana con la madre gestante podría traducirse en una mejor calidad en las relaciones familiares en su conjunto y a una vivencia de la gestación y de la crianza más gratificante. La población diana serían mujeres embarazadas que fueran madres de pacientes atendidos en el CSMIJ, en las que se detectaran dificultades vinculadas con su futuro bebé y/o mujeres gestantes atendidas en las ABS de zona con una situación de riesgo vincular. Se propone una intervención desde un enfoque interdisciplinar que contemplaría los factores biopsicosociales en juego y la red de apoyo natural de la gestante.

La atención temprana en madres durante la etapa perinatal sería un eslabón previo a la prevención primaria, ya que, hasta el momento actual, la intervención se ha realizado a partir del nacimiento. La intervención precoz y de calidad durante la etapa perinatal debería contemplarse como una oportunidad de mejora del bienestar global del bebé (físico y emocional), del núcleo familiar y la sociedad en su conjunto. Destinar recursos asistenciales en esta línea, debería conducir a resultados satisfactorios y objetivables en el futuro, es decir, disminuir la psicopatología derivada de los trastornos vinculados.

Compartimos por lo tanto la frase de Vivette Glover (Punset, 2009) cuando afirma que “favorecer el estado emocional de las gestantes es mejorar la sociedad”.

Bibliografía

- Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(3), 315-328. <https://10.1111/j.1552-6909.2008.00241>
- Bion, W. R. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós, 1997.
- Bouchard, G. (2011). The role of psychosocial variables in prenatal attachment: an examination

- of moderational effects. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 1997-2007. <https://10.1080/02646838.2011.592975>
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Paidós.
- Cassidy, J., Olza, I., Ancel, A. M., Jort S., Sánchez, D., Claramunt, M. A., Pi-Sunyer, M. T., Bianco, G. y Martínez Serrano, P. (2018). *Informe Umamanita. Encuesta sobre la Calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina*. Unamita. Recuperado de: https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2020/10/Informe-Umamanita-Calidad-Atencion-Muerte-Intrauterina-2018_1.pdf
- Condon, J. T. y Dunn, D. J. (1988). Nature and determinants of parent-to-infant attachment in the early postnatal period. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(3), 293-299.
- Di Pietro, J. A. (2012). Maternal stress in pregnancy: Considerations for fetal development. *Journal of Adolescent Health*, 51(S3-S8). <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.04.008>
- Doan, H. M. y Zimerman, A. (2008). Prenatal attachment: A developmental model. *International Journal Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 20, 20-28.
- Eswi, A. y Khalil, A. (2012). Prenatal Attachment and Fetal health locus of control among low risk and high-risk pregnant women. *World Applied Sciences Journal*, 18(4), 462-471. Recuperado de [http://www.idosi.org/wasj/wasj18\(4\)12/1.pdf](http://www.idosi.org/wasj/wasj18(4)12/1.pdf)
- Flykt, M., Kanninen, K. y Sinkkonen, J. P. (2010). Maternal depression and dyadic interactions: the role of maternal attachment style. *Infant and Child Development*, 19, 530-550.
- Grimalt, L. y Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(3), 239-246.
- Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C. et al. (2016). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*, 20, 287-296. <https://doi.org/10.1038/nn.4458>
- Lyons-Ruth, K. (2008). La interfaz entre el apego y la intersubjetividad: perspectiva desde el estudio longitudinal de apego desorganizado. *Revista de Psicoanálisis*, 29.
- Maldonado-Duran, J. M. (2011). *Salud mental perinatal*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Missonier, S. (2013). Génesis y aspectos epistemológicos de la psicología clínica perinatal. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 22, 9-18.
- Oiberman, A. (2013). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal*. Ed. Lugar.
- Olza, I. y Gainza, I. (2007). La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna durante el embarazo en el neurodesarrollo infantil. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 24(2,3,4). Recuperado de: <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/98/88>
- Punset, E. (2009). *Redes. Educar desde el útero*. [Documental]. Agencia Planetaria, S.A. Recuperado de: <https://www.rtve.es/play/videos/redes/educacion-emocional/598988/>
- Ramírez-Vélez, R. (2012). Programación fetal in útero y su impacto en la salud del adulto. *Endocrinología y Nutrición*, 59(6), 383-393.
- Roncillo, C., Sanchez de Miguel, M. y Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología*, 8(2), 14-23. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.0706>
- Sánchez, M. (2013). *¿Qué es la psicología perinatal?* [en línea]. Recuperado de: <https://asociacionpsicologiaperinatal.es/que-es-la-psicologia-perinatal>
- Schore, A. (2005). Apego, regulación de los afectos y el hemisferio derecho en desarrollo: Relación de la neurociencia del desarrollo en pediatría. *Pediatrics in Review*, 26(9).
- Schore, A. (2022). *El desarrollo de la mente inconsciente*. Eleftheria.
- Siegel, D. J. (2016). *Neurobiología interpersonal*. Barcelona: Eleftheria.
- Simon, E., Boegels, S., Stoel, R. y De Schutter, S. (2009). Risk factors occurring during pregnancy and birth in relation to brain functioning and child anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1024-1030.
- Smoller, J. (2013). *La otra cara de lo normal*. RBA libros.

Van den Bergh, B. R. H. y Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems and anxiety in 8 and 9 year olds. *Child Development*, 75, 1085-1097.

Villa-González, I. C., Blanco, C. L. M., Giraldo, V. I. C., Ramírez, V. M. A. y Orozco, H. G. (2015).

Vínculo prenatal: la importancia de los Estilos Vinculares en el cuidado gestacional. *Revista Katharsis*, 22, 267-303.

Winnicott, D. (1967). *El concepto del individuo sano*. Conferencia pronunciada en la división de Psicoterapia y Psiquiatría Social de la Real Asociación Médico-Psicológica.