

# Vínculo tras el rechazo emocional posnatal: caso clínico.

## *Bonding after post-emotional rejection: clinic case.*

Ingrid Ximenez de Embun Ferrer (1), Idaira Izquierdo Hidalgo (2).

(1) Psicóloga Clínica Interna Residente - Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

(2) Psicóloga Perinatal y Profesora asociada en la Universidad de Almería, La Laguna.

**Resumen:** El puerperio es considerado en sí mismo como un agente promotor de activación biológica y como un escenario de conflictos intrapsíquicos: no solo se confronta la identidad maternal, sino que confronta el imaginario de la madre en relación al bebé gestado<sup>1</sup>. Bajo este paradigma, el presente caso (a) aborda la actitud de rechazo de la madre hacia su hijo prematuro considerándola una actitud evitativa en un escenario de encuentro entre la madre con el hijo, así mismo (b) ahonda en las diferentes hipótesis teóricas para la ocurrencia de la actitud de rechazo de las madres teniendo en cuenta los criterios clínicos de trastorno fóbico para el diagnóstico diferencial.

**Palabras Clave:** caso clínico, rechazo emocional, fobia, vínculo, intervención psicoterapéutica.

**Abstract:** The puerperium is considered as a promoter of biological activation and as a setting of intrapsychic conflicts: it not only confronts the maternal identity but also confronts the imaginary of the mother in relation to the pregnant baby<sup>1</sup>. Under this paradigm, the present case (a) addresses the attitude of rejection of the mother towards her premature child considering it an avoidant attitude in the encounter between the mother and the child, likewise (b) explore the different theoretical hypotheses for the occurrence of the attitude of rejection of the mothers taking into account the clinical criteria of phobic disorder for differential diagnosis.

**Key words:** clinical case, emotional rejection, phobia, bonding, psychotherapeutic intervention.

## Introducción

El periodo perinatal es una etapa que involucra muchos cambios hormonales y psicosociales que convergen y fluctúan a lo largo del puerperio. El periodo gestacional permite a los futuros padres y al bebé la oportunidad de prepararse tanto biológica como psicológicamente para el

nacimiento, así como para un proceso conceptualizado como “anidación psicobiológica”<sup>1</sup>. La preparación psicológica supone un proceso de adaptación cognitiva, en las representaciones sobre el futuro hijo y sobre sí mismos como padre y madre, pero también supone una adap-

---

**Nota del Autor:** Ingrid Ximenez de Embun Ferrer - ORCID iD: 0000-0002-7396-8368. No tenemos ningún conflicto de interés a declarar.

tación afectiva e instrumental, en los aspectos prácticos que requiere la aparición de un nuevo miembro familiar. De hecho, la evidencia científica de las últimas décadas ha asociado estas fluctuaciones adaptativas en el proceso biopsicosocial de las gestantes con el inicio, recaída o exacerbación de diferentes trastornos mentales de las gestantes<sup>2</sup>. Es en este contexto donde la sintomatología afectiva, así como la ansiedad suceden foco principal para la exploración e indagación de la psicopatología perinatal. La relevancia de estas variables a estudio recae en el hecho de ser considerados factores de riesgo para la alteración en el desarrollo del vínculo entre madre e hijo<sup>3</sup>.

El vínculo materno-infantil hace referencia al establecimiento temprano de una relación afectiva de la madre hacia su hijo que se caracteriza por sentimientos positivos y de calidez emocional<sup>4</sup>. Bajo este paradigma teórico, los trastornos del vínculo se presentan en el 7,1% al 8,6% de las madres de la población general<sup>5,6</sup> y se presentan en el 10-30% de las mujeres que requieren asistencia psiquiátrica tras el parto, aunque pueden presentarse sin trastorno psicopatológico materno<sup>5,7</sup>.

Es preciso señalar que el vínculo madre-hijo surge en la interacción biológica de dependencia entre la madre y el bebé<sup>8</sup>. Si bien es cierto que esta relación diádica se desarrolla en los primeros años tras el nacimiento, esta emerge hacia la unión simbólica entre madre e hijo constituyéndose como referente para vínculos posteriores. Se acepta entonces que “los vínculos suceden como proceso para estructurar la realidad del individuo, sirven como marco de referencia estableciendo límites y prohibiciones”<sup>9</sup>. Recuperando la propuesta de Bion (1992)<sup>10</sup>, el vínculo es un proceso bidireccional en el que el psiquismo del niño influye en el de la madre y viceversa, incorpora procesos de comunicación y aprendizaje<sup>11</sup>.

Aunque el trastorno del vínculo se mencionó por primera vez en el DSM- III, los criterios se han revisado sustancialmente desde ese momento, y no precisamente desde los manuales diagnósticos<sup>12</sup>. Los criterios del DSM-5 mantienen una distinción entre dos tipos básicos de trastorno de vinculación reactiva: 1) inhibido, en el que el niño generalmente es retraído y busca la proximidad de sus cuidadores, y 2) indiscriminado, en el cual el niño

busca la proximidad y el contacto con cualquier cuidador disponible, un complejo de respuestas conocido como sociabilidad indiscriminada<sup>13</sup>. Es uno de los pocos diagnósticos en las nosologías estándar que se aplican a niños menores de 3 años. El trastorno de vinculación temprana madre-hijo no ha sido reconocido en la actual Clasificación Internacional de Enfermedades<sup>14</sup>.

Brockington (2011)<sup>15</sup> propone una primera clasificación teórica en relación a la alteración del vínculo temprano entre madre-bebé mediante tres características principales: (a) expresión materna de aversión, resentimiento u odio hacia el niño; (b) expreso deseo de renunciar permanentemente a la atención; o (c) el deseo de que el bebé desaparezca. El autor (2006)<sup>16</sup> establece dos categorías dependientes de la gravedad -leve y severa- para el diagnóstico (ver Tabla 1).

Bajo este paradigma, Brockington (2019)<sup>3</sup> formula el marco teórico para considerar las particularidades del trastorno del vínculo tras el parto. Así, el autor considera el trastorno como un síndrome: “Síndrome de Rechazo Emocional” del bebé constituido por una tríada de síntomas:

- a. Respuesta emocional anormal hacia el bebé, caracterizada por distanciamiento afectivo, rechazo, aversión o incluso odio;
- b. Deseo de escapar de los cuidados del bebé desarrollando conductas evitativas o de huida, relegando el cuidado o renunciando;
- c. Ideas pasivas de muerte hacia el bebé.

En cuanto a las condiciones necesarias y suficientes que pudieran explicar la alteración del vínculo materno-filial, la literatura se mantiene virgen y yerma sin poder llegar a identificar factores predisponentes, desencadenantes o de vulnerabilidad. A pesar de ello, Lia, Ceriani, Cravedi y Rodríguez (2005)<sup>17</sup> identifican que nacer antes del periodo gestacional de los 9 meses, crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica tanto en el niño como en la madre y el padre. Los autores señalan como el nacimiento prematuro del bebé conlleva una interrupción en el proceso de anidación psicobiológica. En esta dirección, Ammaniti (1991)<sup>18</sup> y Stern (1997)<sup>19</sup> también anticipan cómo un nacimiento prematuro interrumpe el proceso normal de las gestantes de construcción de representaciones maternas y específicas.

**Tablas 1a-b:** Clasificación de las alteraciones del vínculo según Brockington (2011)<sup>15</sup>.**Tabla 1a: TRASTORNO LEVE: Alteración del vínculo**

*La madre experimenta retraso en la vinculación, ambivalencia o pérdida de la respuesta emocional materna hacia el bebé. Criterios A y C son necesarios.*

- A. La madre, o bien expresa decepción por sus sentimientos maternos, o bien se siente distanciada del bebé.
- B. La amenaza de rechazo o el rechazo establecido no se observa. C. El trastorno ha durado al menos una semana.
- C. Estos sentimientos son angustiantes y generan una demanda de ayuda por parte de la familia o profesional.

**Tabla 1b: TRASTORNO SEVERO: Rechazo del bebé**

*Carencia materna de una respuesta emocional positiva hacia el bebé. Se manifiesta un deseo de renuncia del bebé. Pueden identificarse dos tipos de rechazo: Amenaza de rechazo o Rechazo establecido. La principal diferencia entre uno y otro reside en la permanencia de la renuncia.*

**1. Amenazas de rechazo**

En las madres con amenaza de rechazo, el bebé no es bien recibido existiendo un deseo de transferir temporalmente su cuidado. No se observa una marcada aversión hacia el niño/a ni se expresa el deseo de su “desaparición”.

**2. Rechazo establecido. Criterios A, B y C son necesarios.**

- A. La madre expresa aversión, resentimiento u odio hacia su bebé.
- B. Expresión de un deseo de renunciar permanentemente a la atención y el cuidado.
- C. Experimentar un deseo de que el niño/a desaparezca.

En consecuencia, la existencia de respuesta emocional y pensamientos egodistónicos particulares en la alteración del vínculo, conducen a la madre a desarrollar conductas que interfieren en el buen desarrollo de sus competencias maternas<sup>20</sup>. Se acepta que la experiencia subjetiva de temor irracional frente un objeto, animal o situación, viene a conceptualizarse y comprenderse como fobia. El encuentro del sujeto con el objeto situación fóbica activa y desencadena un cortejo sintomático donde en el eje cardinal se coloca a la ansiedad. Desde el punto de vista psicoanalítico, hablar de fobia comporta la idea de que existe un conflicto intrapsíquico que ha sido desplazado y simbolizado en el objeto o situación fóbicos<sup>21</sup>.

Este contexto nos permitiría establecer nuevos escenarios para poder comprender la actitud de aquellas madres que, tras el parto, desarrollan conductas de rechazo hacia el recién nacido considerándolas incluso en rango fóbico. De forma análoga al funcionamiento descrito en una situa-

ción fóbica, el presente caso aborda la actitud de rechazo de la madre hacia su hijo -tras el parto prematuro- considerándola una actitud evitativa en un escenario de encuentro entre el sujeto/madre con el objeto-situación fóbicos/el hijo.

**A Propósito de un Caso Clínico**

Lucas, nace por cesárea a las 26 semanas de edad gestación. Tras un mes de ingreso de la madre por riesgo de pérdida fetal, el parto es inducido al identificar marcadores de sufrimiento fetal.

La madre -de 39 años-, había recibido atención prenatal adecuada según protocolo de abortos de repetición establecido por su Hospital de referencia. Lucas es el 5<sup>o</sup> embarazo mediante técnicas de reproducción asistida -todos ellos mediante fecundación in vitro- siendo el primero de los cinco anteriores embarazos que prospera tras el parto; los tres primeros suceden abortos anteriores a la 13<sup>a</sup> semana y el cuarto, muerte fetal precoz a la 25<sup>a</sup> semana. Al nacer, los puntajes

de APGAR de Lucas son persistentemente bajos tras el retest presentando un esfuerzo respiratorio mínimo e ineficaz, una frecuencia cardíaca baja y un tono pobre, criterios clínicos objetivos que conducen a la intubación de Lucas mediante ventilación con presión positiva. La intubación coincide con una mejoría del ritmo cardíaco, la actividad y la aparición de alguna gesticulación o reflejo. Lucas pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales –UCIN– para la monitorización de constantes y se inician los tratamientos no farmacológicos como minimizar los estímulos ambientales. Se realiza una ecografía cerebral y un EEG para diagnóstico diferencial y de forma paralela se mantiene a la madre ingresada para el seguimiento posparto correspondiente.

Desde la UCIN se solicita interconsulta al equipo de Salud Mental Perinatal para la madre quien presenta sintomatología afectiva, decaimiento del estado de ánimo y afecto ansioso tras hacerle la propuesta de poder conocer a Lucas en la UCIN rechazando el encuentro con Lucas. Acudimos a valorar a la madre transcurridas 6 horas posparto; a nuestra llegada, la madre está consciente y orientada en las tres esferas; abordable y colaboradora. Psicomotrizmente tranquila y limitada funcionalmente por la reciente cesárea. Euprosexica. No se objetivan fallos mnésicos en la exploración grosera. Niega sintomatología confusional durante su ingreso. Presenta facies hipomímicas. Lenguaje coherente, inducido, con latencia del tiempo de respuesta aumentada, parco en contenido y centrado en la negativa a visitar a Luca. Presenta ánimo hipotímico, labilidad emocional durante la entrevista congruente con el contenido. Impresiona de afecto ansioso secundario a las complicaciones gestacionales motivo de ingreso y prematuridad del parto. No desesperanza ni ideación auto/hetero agresiva en el momento actual. Niega alteraciones sensorperceptivas o ideas de cáliz delirante. Oresxia y somnia conservadas.

### **Discusión y Abordaje Terapéutico del Caso**

La evidencia científica contempla como, tras partos difíciles o traumáticos, una falta de respuesta emocional hacia el recién nacido por parte de la madre puede ser una respuesta normal<sup>22</sup>. Si bien es cierto, la alteración en el afecto dirigida al recién nacido, la ausencia de sentimientos de afec-

to, ansiedad, irritabilidad, hostilidad, rechazo o impulsos agresivos hacia el bebé constituyen el cuerpo clínico característico para desembocar en trastorno del vínculo<sup>16</sup>. A pesar de que las principales clasificaciones de las enfermedades psiquiátricas no contemplan la categorización nosológica de los trastornos del vínculo, estos se presentan en el 7.1-8.6% de las madres de la población general<sup>6</sup>.

La relevancia de esta variable de interacción radica en el hecho de que se ha descrito la repercusión de la dificultad de vinculación madre-hijo en el comportamiento y desarrollo posterior del bebé<sup>23</sup>. Así mismo, numerosa literatura científica ha permitido ahondar en como el correlato entre el estado emocional de la madre modula a nivel cualitativo y cuantitativo el espacio de encuentro entre la madre y el hijo destacando los estudios relacionados con el grado de ansiedad materna<sup>24</sup>, el estrés percibido y la presencia de depresión<sup>25</sup>.

Sin duda, y específicamente en relación con la ansiedad, esta puede capitanear comportamientos de evitación, problemas de atención y de preocupación dónde la repercusión a corto y medio plazo de esta ausencia de interacción entre madre y bebé conllevaría una merma en el desarrollo del infante<sup>26</sup> y un viraje hacia conductas propias de una fobia. En el presente caso, la madre de Lucas debutó tras el parto con actitudes de rechazo hacia el recién nacido llegando a negarse a compartir el mismo espacio-entorno que Lucas bajo la justificación de no identificar al recién nacido como su hijo.

### **Hipótesis del caso. Abordaje terapéutico**

El espacio de encuentro entre la madre y Lucas sucede escenario en el que la madre se confronta con sus temores. Así, no se cuestiona que el puerperio es considerado en sí mismo como un agente promotor de activación biológica, pero para la madre de Lucas sucede a su vez como escenario para los conflictos intrapsíquicos de la madre: no solo se confronta la identidad maternal sino que, en el caso presente, la prematuridad de la llegada del bebé, confronta el imaginario de la madre en relación al bebé gestado. Tal como Coderch (2003)<sup>21</sup> señala, no podemos dejar de pensar que las respuestas fóbicas son indicativas de procesos regresivos en la medida en que colocan a la persona en una posición de

temor e indefensión frente a ciertas situaciones donde el conflicto, la ansiedad y los peligros vividos inconscientemente en el mundo interno, son desplazados y vividos en el mundo externo.

El objetivo estructural de la intervención psicoterapéutica con la madre de Lucas radica en moldear la dificultad de vinculación. Al iniciar el abordaje terapéutico con la madre, se establecen dos directrices de trabajo u objetivos principales:

- a. Identificar las expectativas y atribuciones de la madre en relación con la maternidad y a las capacidades parentales y relacionales;
- b. Identificar el corolario imaginario en relación a la propia gestación-parto así como al bebé.

De algún modo, estos preceptos permiten establecer los puntos de partida para la construcción de la narración simbólica de la gestación y, con-

secuentemente, poder permitir la emergencia de la prematuridad y el conflicto vivido. Es pertinente remarcar que las funciones yoicas y el criterio de realidad de la madre se hallan bien conservados, elementos imprescindibles para mantenernos en una construcción del caso desde una posición prominentemente neurótica.

El cumplimiento de los objetivos cardinales pasaría por la elaboración de una propuesta psicoterapéutica breve (ver *Tablas 2a-2e*) que permitiría que la madre de Lucas pudiera re-elaborar su historia vincular entrando en un estado compartido y sintónico con Lucas. Así, los objetivos secundarios señalados en cada una de las sesiones de la propuesta psicoterapéutica emergen con el fin de poder identificar los mecanismos de defensa de la madre que median en el rechazo hacia Lucas y fomentar el tránsito hacia respuestas que permitan favorecer la vinculación madre-bebé.

**Tablas 2a-2e:** *Objetivos e intervenciones desarrolladas en cada sesión.*

<b>Tabla 2a: 1ª SESIÓN. Tras el parto</b>	
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Intervenciones</b>
Iniciación de la narrativa del proceso de gestación; descripción y construcción del corolario imaginario de la madre.	Re-elaborar la historia vincular de la madre incorporando la dimensión del apego propio con el fin de identificar el tipo de relaciones afectivas con los otros y la capacidad de percibirse a sí misma como proveedora de protección y cuidado.
<b>Tabla 2b: 2ª SESIÓN. En la UCIN</b>	
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Intervenciones</b>
Duelo y pérdida: abandonar mecanismos de negación inherentes al proceso de parto.	Señalar mecanismos de defensa centrados en la evitación experiencial; aceptar, experimentar emociones, adaptarse y reubicar emocionalmente la pérdida (Worden, 1991) de la simbolización y constructo de gestación/maternidad.
<b>Tabla 2c: 3ª SESIÓN. En la UCIN: primer encuentro</b>	
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Intervenciones</b>
Recrear al bebé como sujeto diferenciado; permeabilidad hacia la intersubjetividad.	Potenciar la presencia de: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Habilidades cognitivas: los pensamientos o representaciones mentales acerca del bebé que permiten realizar incluso atribuciones de personalidad y comportamiento a partir de la observación y las primeras interacciones;</li> <li>b) Habilidades emocionales: la empatía y el placer en la interacción;</li> <li>c) Comportamientos asociados a las prácticas de salud en función del bienestar del bebé: participar en los cuidados del bebé, acompañar durante el pase de los médicos, mantenerse informada de la evolución y progreso de forma activa.</li> </ol>

Tabla 2d: 4ª SESIÓN. En la UCIN: delante de la incubadora	
Objetivos específicos	Intervenciones
Hacia a mentalización y actitud especular de la madre.	Abordar la capacidad reflexiva de la madre con respecto las necesidades de Lucas.
Tabla 2e: 5ª SESIÓN. En la UCIN: contacto	
Objetivos específicos	Intervenciones
Definición de las competencias parentales desde la concordancia afectiva (Stern, 1988 & 1999).	Fortalecimiento de la madre en sus recursos psicológicos y sociales; empoderar a la madre en su nuevo rol de madre por medio de un componente motivacional (el vínculo materno-fetal) y un componente instrumental (las prácticas de salud) (Roncallo, 2015).

La sincronización entre madre y bebé permitiría un espacio ideal de encuentro y acoplamiento psicobiológico y una resonancia con efecto regulador de tono positivo e intrínsecamente organizativo. Según recoge Hill (2018)<sup>28</sup>, este proceso repercute de forma similar en las redes neuronales que median en los procedimientos de regulación afectiva de modo que la resonancia afectiva permite una condición metabólica ideal para el crecimiento neuronal en términos de desorganización y reorganización.

### Conclusiones

La experiencia relacional más fundamental en la vida del niño, especialmente en los decisivos primeros meses, es la calidad del vínculo con la madre o con una figura sustituta<sup>29,30</sup>. Ella es la principal fuente de satisfacción de sus necesidades (la misma que las anteriores) La disarmonía relacional madre-hijo se expresa así en una variada sintomatología que puede afectar a la gestación, el período puerperal y todo el transcurso del desarrollo del niño. A pesar de ello, esta disarmonía puede modificarse a través de una intervención psicosocial<sup>3,15,23,27</sup>.

De forma adicional, la literatura revisada identifica como el nacimiento de un bebé prematuro ocasiona elevados niveles de angustia en el entorno familiar y tiene repercusiones de diversa índole que pueden afectar al desarrollo de un vínculo afectivo de calidad entre el bebé y el cuidador principal, generalmente la madre<sup>18,17,19,20</sup>. Condicionalidad que debe ser tenida en cuenta a la hora de abordar y encuadrar las intervenciones psicoterapéuticas con los padres.

El espacio de encuentro entre la madre y el hijo sucede escenario en el que la madre se confronta con sus temores. Así, el puerperio es considerado en sí mismo (a) como un agente promotor de activación biológica y (b) como un escenario de conflictos intrapsíquicos: no solo se confronta la identidad maternal sino que, en el caso presente, la prematuridad de la llegada del bebé, confronta el imaginario de la madre en relación al bebé gestado<sup>21</sup>. Es evidente que esta propuesta pudiera resultar reduccionista si solo aceptáramos estas variables en juego; es por ello por lo que, a lo largo de las sesiones desarrolladas anteriormente, se ha tenido en cuenta que Lucas es fruto de un 5º intento de fecundación asistida y, por lo tanto, es preciso incorporar en este corolario imaginario, los precedentes y antecesores a Lucas.

Del mismo modo, la literatura coincide en aceptar que los trastornos afectivos, así como la ansiedad influyen de forma negativa en el período prenatal pudiendo repercutir en el crecimiento intrauterino del feto, nacimientos prematuros, la regulación neurológica del neonato y problemas de conducta en la infancia<sup>31</sup>. Todo ello, tal y como se ha expuesto en apartados anteriores, sesgaría la posibilidad de facilitar un buen vínculo entre madre-hijo.

La intervención con la madre de Lucas permite aportar evidencia clínica en cuanto a la implicación y repercusión de la intervención precoz ante una respuesta materna identificada como factor de riesgo para el trastorno vincular entre madre e hijo. El abordaje terapéutico orientado a potenciar las habilidades cognitivas y emocionales de la madre, así como la aproximación hacia la actitud

reflexiva y de mentalización, contribuyen a la sincronización de la díada madre-bebé permitiendo una re-elaboración de la funcionalidad materna.

Los resultados de diversas investigaciones acerca del vínculo materno-fetal alumbran la importancia de conocer los factores que se ponen de manifiesto en la filiación afectiva de la madre hacia su hijo no nato. Esta perspectiva permite la planificación y adecuación de intervenciones en el periodo prenatal, con el fin de cuidar el desarrollo físico del feto y la vinculación posterior del bebé con su madre<sup>23,32</sup>. Una intervención de estas características debe ser concebida necesariamente desde un enfoque interdisciplinar en donde la evaluación y detección de factores de riesgo psicosociales contribuya a mejorar la salud materno-fetal, funcionando a su vez como red de apoyo para la madre.

Por último, secundamos la propuesta descrita por Roncallo (2015)<sup>23</sup> en relación con las prácticas concernientes a la atención temprana. La autora señala como tradicionalmente estas se centran en el periodo evolutivo de 0 a 6 años; si bien es cierto que, a la luz de las evidencias científicas, el vínculo madre-hijo se empieza a forjar en la etapa gestacional, bajo esta contemplación, se advierte como el vínculo descrito en el periodo neonatal puede asumirse como un continuo del existente en el embarazo, derivando en prácticas de salud fundamentales para el desarrollo del feto.

### Conflicto de intereses

Las autoras declaran no presentar fuentes de financiación o relación personal alguna que pudiera provocar un conflicto de interés en relación con el presente documento.

### Contacto

Ingríd Ximenez de Embun Ferrer ✉ [ingridximenez@live.com](mailto:ingridximenez@live.com) ☎ 34/664 369 964  
Servicio de Salud Mental, Hospital Universitario de Canarias  
Carretera de Ofra s/n • 38320 San Cristóbal de La Laguna, Tenerife (España).

### Referencias

- Jofré, R. y Enríquez, D. Nivel de estrés de las Madres con Recién nacidos Hospitalizados en la UCIN Hospital Guillermo Grant. *Ciencia y Enfermería* 2002; 8: 31-36.
- Frías, A. [et al.]. Obsessive-compulsive disorder in the perinatal period: epidemiology, phenomenology, pathogenesis, and treatment. *Anales de psicología* 2015; 31(1): 1-7.
- Brockington, I. Salud mental materna y trastornos del vínculo en el posparto. *Psicosomática psiquiátrica* 2019; 8: 52-65.
- Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D. y Glover V. A new Mother-to-infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8(1): 45-51.
- Palacios Hernández B. Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Rev Univ Ind Santander Salud* 2016; 48(2): 164-176.
- Van Bussel, J.; Spitz, B. y Demyttenaere, K. Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond: reliability and validity of the dutch version of the MPAS, PBQ and MIBS. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13(5): 373-384.
- Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004; 363(9405): 303-310.
- Benhaim, D. Intersubjetividad y vínculo. *Psicoanálisis e intersubjetividad* 2012; 6: 5-11.
- Burutxaga, I. [et al.]. Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de psicoanálisis* 2018; 15: 1-17.
- Bion, W. R. *Cogitations*. London: Karnac; 1992.
- Pichon-Rivière, E. *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1985.

12. American Psychiatric Association-APA. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III*. Barcelona: Masson; 1984.
13. American Psychiatric Association-APA. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015.
14. Organización Mundial de la Salud-OMS. *10ª revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para diagnóstico, CIE-10*. Madrid: Méditor, 1992.
15. Brockington I. Maternal rejection of the young child: Present status of the clinical syndrome. *Psychopathology* 2011; 44(5): 329-336.
16. Brockington, I.; Fraser, C. y Wilson, D. The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9(5): 233-242.
17. Lía, A., Ceriani, J.M., Cravedi, V. y Rodríguez, D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Archivos argentinos de pediatría* 2005; 103: 36-45.
18. Ammaniti, M. Maternal representations during pregnancy and early infant mother interactions. *Psychiatr Infant* 1991; 34(2): 341-58.
19. Stern, D. *La constelación maternal: la psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós; 1997.
20. Barudy, J. y Dantagnan, M. *Los buenos tratos en la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa; 2005.
21. Coderch, J. Las fobias como respuesta a la ansiedad. *Temas de psicoanálisis* 2003; VIII-IX: 165-179.
22. Navarro, P. [et al.]. Non-psychotic psychiatric disorders after child-birth: prevalence and comorbidity in a community sample. *J Affect Disord* 2008; (1-2): 171-176.
23. Roncallo, P.; Sánchez, M. y Arranz, E. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología* 2015; 8(2): 14-23.
24. Glover, V. Annual research review: Prenatal stress and the origins of psychopathology. An evolutionary perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2011; 52: 356-367.
25. Milgrom, J. [et al.]. Stressful impact of depression on early mother-infant relations. *Stress and Health* 2006; 22: 229-238.
26. Dubber, S. [et al.]. Postpartum bonding: the role of prenatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of women's mental Health* 2014; 18: 187-195.
17. Worden, W. *El tratamiento de duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós; 1991.
28. Hill, D. *Teoría de la regulación del afecto. Un modelo clínico*. Barcelona: Eleftheria; 2015.
29. Kimelman M. Psicopatología del bebé. En Almonte y Montt (dir.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp.16-28). Santiago: Editorial Mediterráneo; 2013.
30. Lecannelier F. *Apego e Intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago Chile: Editorial LOM; 2006.
31. Goecke, T. [et al.]. The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre-and postpartum depression in first-time mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2012; 286: 309-316.
32. Muñoz, M.; Poo, AM.; Bajeza, B. y Bustos, L. Riesgo relacional madre- recién nacido. Estudio de prevalencia y variables asociadas. *Rev Chil Pediatr* 2015; 86(1): 25-31.

• Recibido: 23/05/2020.

• Aceptado: 02/07/2020.