

TRABAJO DE FINAL DE MÁSTER

Recuperando el tiempo perdido: diseño de un proyecto de intervención dirigido a madres que sienten rechazo emocional hacia sus hijos en el posparto

Cristina Herrero Blanco

Máster en Psicología General Sanitaria. Universidad Ramon Llull

Cristina Günther Bel

Barcelona, 2024

Índice

Resumen	3
Introducción	5
Análisis y detección de necesidades.....	9
¿Qué dicen los profesionales? Entrevista a dos profesionales de la USM.....	9
Lo que pasa en el grupo: fragmentos de transcripciones	11
Objetivos.....	14
Objetivos generales	14
Objetivos específicos	14
Diseño del plan de intervención.....	15
Grupo terapéutico para madres en el postparto	15
Conclusión.....	22
Referencias.....	25

Resumen

La relación entre la madre y el recién nacido es uno de los procesos psicológicos más importantes que se dan durante nuestro desarrollo. En el periodo perinatal, concretamente en el posparto, pueden darse dificultades en dicha relación debido a diversos factores: patología de salud mental- depresión postparto-, factores contextuales, dificultades en el parto y conflictos emocionales de la madre. Consta que entre el 7.8 – 8.6% de madres de la población general, y entre el 10-30% de población que requiere atención psiquiátrica postparto, muestran problemas en el vínculo con sus hijos. El presente proyecto de intervención da respuesta a la carencia de programas específicos para tratar el rechazo emocional, entendiéndolo como una dificultad en el vínculo materno-filial. Los objetivos principales son promover la integración y comprensión del rechazo emocional en la experiencia de maternidad y prevenir patrones desadaptativos en la interacción materno-filial. Está compuesto por tres módulos con un total de 10 sesiones aplicables dentro del contexto público de la salud mental, empleando herramientas de cohesión grupal, regulación emocional, técnicas cognitivo-conductuales y ejercicios narrativos-sistémicos desde una mirada integradora y compasiva.

Palabras clave: periodo de postparto, vinculo materno-filial, rechazo emocional, mirada integradora y compasiva

Abstract

The relationship between mother and her newborn is one of the most important psychological process during our development. In the perinatal period, specifically in the postpartum period, difficulties may arise in this relationship due to some factors: mental health pathology - postpartum depression -, contextual factors, difficulties in childbirth and emotional conflicts of the mother. It is known that between 7.8 - 8.6% of mothers in the general population, and between 10-30% of the population that requires postpartum psychiatric care, show problems in their bond with their children. The present intervention project responds at this necessity treating the symptom of emotional rejection, understanding it as a difficulty in the mother-child bond. The principal objectives are to promote the integration and understanding of emotional rejection in the motherhood experience and prevent maladaptive patterns in mother-child interaction. It is composed of three modules with a total of 10 sessions applicable within the public context of mental health, using tools of group cohesion, emotional regulation, cognitive-behavioral techniques and narrative-systemic exercises from an integrative and compassionate perspective.

Key words: postpartum period, mother-child bond, emotional rejection, integrative and compassionate view

Introducción

Se entiende por periodo perinatal aquel que va desde el embarazo de la mujer hasta los 18 meses después de haber dado a luz. La transición a la maternidad conlleva grandes cambios a nivel emocional e identitario; a nivel fisiológico-cerebral, en la salud física y mental; y a nivel sociofamiliar (Nanzer et al. 2017; Coe et al. 2021). Concretamente, en el momento del postparto, tanto la madre como la pareja se enfrentan a grandes cambios: reajustes emocionales, conductuales y cognitivos (Razurel et al. 2011) ante la llegada de un nuevo miembro al sistema familiar. La relación que se establezca entre la madre y el recién nacido es uno de los procesos psicológicos más importantes que se desarrollan después del parto. Es necesaria una vinculación afectiva entre ambos que incluya una relación recíproca, favorable y significativa. De este modo se disminuye el impacto de factores adversos durante el desarrollo (Palacios-Hernandez, 2016). Seligman (2018) comenta en su libro sobre relaciones en el desarrollo lo siguiente:

los bebés y sus cuidadores comparten un lenguaje afectivo desde el principio de la vida, se observan y a veces se imitan mutuamente de forma natural y frecuente. Esto genera una regulación y comprensión mutuas cuando las cosas van lo suficientemente bien [...] Estas pautas de interacción son constitutivas de un sentido básico de identidad personal. Cuando un cuidador le da a un infante la sensación de tener un efecto sobre él, está aprendiendo a sentirse como una persona que marca la diferencia en el mundo. (p. 139, 141)

No se tienen que dar complicaciones o estresores extra en el desarrollo del vínculo madre-hijo. Sin embargo, no siempre todo va lo *suficientemente bien*. Consta que entre el 7.8 – 8.6% de madres de la población general, y entre el 10-30% de población que requiere atención psiquiátrica postparto, muestran problemas en el vínculo con sus hijos (Ferrer & Hidalgo, 2020). En estos casos, el acceso a la parentalidad implica cierta fragilidad psíquica y, además, supone un duelo del desarrollo de la propia persona y del ideal parental que

comporta un potencial depresivo e incluso traumático (Nanzer et al. 2017; Coe et al. 2021; Larbán, 2013). Algunos de los factores de riesgo importantes para que esto ocurra son: que sea un embarazo no deseado, que haya problemas de salud mental previos y/o re-experimentación de experiencias negativas en la infancia materna, la falta de apoyo familiar, los problemas de pareja y tener una situación socioeconómica vulnerable (Razurel et al. 2011; Krauskopf & Valenzuela, 2020; López et al., 2021; OMS, 2022). Recientes estudios muestran como las complicaciones obstetricas durante el parto y procesos obstétricos percibidos como violentos (psicoafectiva y verbalmente) afectan gravemente a la salud mental de la madre y al vínculo con el recién nacido (Larbán, 2013; De Souza et al. 2017; Martínez-Vázquez et al. 2022)

El tipo de vínculo emocional que la madre establece con el recién nacido está influido por el estado emocional materno. Altos índices de estrés, ansiedad o depresión están asociados a una baja vinculación maternofilial (Las Heras, 2014; Dachs et al. 2023). Las repercusiones de este estado depresivo no afectan solo a la salud mental de la madre, sino que, al verse repercutida la vinculación con el bebé pueden generarse grandes repercusiones en el bienestar psicosocial de este (Palacios-Hernandez, 2016). Pueden darse déficits en su desarrollo social y cognitivo, posibles síntomas depresivos en edades tempranas y problemas de conducta. El grado de riesgo de estas alteraciones se relaciona directamente con la duración y gravedad de los síntomas maternos (Krauskopf & Valenzuela, 2020). Es sabido que el abandono, el descuido y la desatención son experiencias que conforman historias de sufrimiento. La falta de una adecuada presencia afectiva afecta profundamente al desarrollo del niño, pudiendo llegar a hablar de desarrollos traumáticos, donde no sucede un evento concreto, sino que el descuido se convierte en la norma (Francesetti, 2023).

Según los últimos datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) una de cada diez mujeres en etapa perinatal se ven afectadas por sintomatología depresiva. Los síntomas generales son: sentimientos de tristeza y displacer con actividades que antes sí se disfrutaban; baja energía y motivación; preocuparse o pensar en exceso;

desregulaciones en el sueño y en la alimentación; baja concentración y dificultad en la toma de decisiones; sentimientos de culpabilidad y desesperanza; pensamientos autolesivos o suicidas; dolores físicos no específicos y somatizaciones; así como recuerdos o sueños de experiencias negativas personales. Sin embargo, de manera más específica y distinguiéndose de una eventual patología pre-existente pueden darse los siguientes síntomas que afectan directamente a la díada madre-bebé (Nanzer et al. 2017; OMS, 2022): preocupaciones excesivas por el recién nacido, sentimientos de incapacidad para cuidar al bebé y pensamientos negativos sobre el mismo.

En el DSM 5 (2013) e ICD-11 (2019) no aparecen términos en relación a alteraciones o trastornos en el vínculo materno-filial más allá de trastornos de apego en el bebé o trastornos mentales asociados al embarazo, parto o postparto. Sí aparece como concepto de interés clínico los problemas de vinculación entre padres-hijos, pero hasta la fecha no hay nombrada una alteración considerada como desorden psicopatológico (Palacios-Hernandez, 2016; Brockington 2018). El Psiquiatra perinatal Ian Brockington (2011) propone por primera vez el concepto de *trastornos del vínculo materno-infantil* en etapas tempranas o *síndrome de Rechazo Emocional*. Se conocen las siguientes características: (1) respuesta emocional *anormal* hacia el recién nacido: distanciamiento afectivo, rechazo e incluso odio, (2) deseo expresado de renunciar permanentemente la atención y escapar de los cuidados del bebé desarrollando conductas evitativas o de huida, delegando el cuidado o renunciándolo y (3) el deseo de que el bebé desaparezca o ideas pasivas de muerte hacia él. Según Brockington (2019), 1 de cada 100 mujeres sufre rechazo emocional hacia el bebé. El recién nacido tiene riesgo de negligencia, abuso emocional e incluso físico. De los trastornos vinculares que distingue dicho autor, destaca el rechazo emocional con un mayor impacto en la descendencia. Se han detectado factores que pueden favorecer la presencia de dicha sintomatología - en consonancia con los factores mencionados anteriormente- (Brockington, 2019; Al-Halabí et al. 2021): (a) tener diagnóstico de depresión se ve como factor principal, aunque no queda claro si la relación es

de causalidad o bidireccional, (b) que sea un embarazo no deseado, (c) el temperamento del recién nacido: temperamentos difíciles o lloros intensos, (d) que sean madres con relaciones difíciles respecto a sus propias madres. El gran estigma hacia el rechazo emocional, así como la dificultad de admitir sentirlo y *el mito del amor inmediato* hacia los hijos recién nacidos dificultan su detección y tratamiento (Brockington, 2019; Al-Halabí et al. 2021). Brockington (2016) afirma que el rechazo puede ya identificarse como una entidad clínica y mórbida, la cual necesita de identificación e intervención.

En respuesta a la necesidad de tratar los síntomas de depresión postparto y las dificultades vinculares que pueden emerger entre madre e hijo se han planteado distintas intervenciones. La terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal han sido las más estudiadas y validadas, así como la atención domiciliaria. La formación de grupos de acompañamiento y psicoeducativos también han mostrado resultados favorables (Nillni et al. 2018; González Murillo, I. 2023). El acompañamiento y apoyo mutuo entre madres también resulta ser promotor de bienestar y de protección (Vega, 2022). El modelo psicodinámico también ha dado resultados (Leis et al. 2009). Concretamente, la Psicoterapia Centrada en la Parentalidad (PCP) se está planteando como una opción favorable para el tratamiento específicamente del vínculo maternofilial contando con el recién nacido para la intervención (Nanzer et al. 2023). Sin embargo, en las intervenciones específicas para el vínculo materno-infantil sigue siendo difícil hacer comparaciones profundas sobre la eficacia entre unas intervenciones u otras (Mascheroni & Ionio, 2019; Nillni et al. 2018). En lo que respecta al rechazo emocional de manera específica, se ha demostrado la importancia del desarrollo de tratamientos e intervenciones por las repercusiones que tiene tanto para el bebé como para el progenitor (Gracia, 2005).

En respuesta a la carencia de programas específicos que traten este tema, el presente trabajo tiene el objetivo de diseñar un proyecto de intervención para tratar el rechazo

emocional de la madre hacia el recién nacido desde una mirada integradora, dentro del contexto de la Salud Mental Pública.

Análisis y detección de necesidades

El proyecto de intervención propuesto en el presente trabajo va dirigido a un grupo de madres en el periodo de postparto que ha sido observado desde abril de 2023 en una Unidad de Salud Mental Pública (USM). A continuación, se presentan los resultados del análisis de necesidades basados en dicho grupo. Por una parte, se comparte el punto de vista de los profesionales que lo coordinan y que forman parte del equipo de la USM. Y, por otro lado, se exponen fragmentos de transcripciones con contenido verbalizado por las participantes del grupo, quienes dieron su consentimiento de participación. Por todo ello, se concluye que este grupo (descrito en apartados posteriores) tendría potencial para verse beneficiado de una intervención centrada en el rechazo emocional.

¿Qué dicen los profesionales? Entrevista a dos profesionales de la USM

Los profesionales entrevistados han sido la psicóloga clínica coordinadora del grupo mencionado anteriormente, con formación en psicología perinatal y un psiquiatra de la unidad con especialización en psicología infantil y juvenil (ver entrevista completa en Apéndice A). La entrevista con ambos profesionales ha dado una perspectiva general de cómo tratar el rechazo emocional de la madre dentro de los límites reales con los que se cuenta en el sistema público de salud, dando una visión cercana y concreta de los aspectos importantes a tratar.

Ambos profesionales están de acuerdo con que el rechazo no está suficientemente visibilizado entre población usuaria y profesionales de la salud, a pesar de tener el conocimiento de la existencia de dicho concepto. Afirman que las trabas para su visibilización están en la psicopatologización en sí misma, es decir, se da más atención al constructo clínico que puede estar detrás del rechazo (p.ej.: depresión perinatal) que, a la problemática de vinculación, a pesar de toda la angustia que este sentimiento genera en la madre. De la misma

manera, señalan que los preconceptos de los profesionales, prejuicios e ideal de amor inmediato hacia el bebé son también una traba para su abordaje. Mencionan también cómo los propios aspectos emocionales de la madre (conflictos internos, carencias, factores contextuales) tienen una gran influencia en el desarrollo del rechazo emocional.

En lo que respecta al abordaje se da importancia a poder entender si realmente esta sensación de rechazo está asociada a una psicopatología predominante previa, si tiene que ver con la historia vincular de la madre – su propia historia – o si el contexto que rodea a la madre también influye en su malestar por no ser promotor de que la persona emplee sus propios recursos. Ambos están de acuerdo en que, si la sensación de rechazo se queda enquistada, es importante pararse a entender la historia y conflictos de la madre.

Los profesionales insistieron en la importancia de los siguientes elementos a tener en cuenta en una intervención sobre el rechazo: validación empática del sentir de la madre por parte del profesional, relativización de la extrañeza o rareza del sentimiento de rechazo, integración del sentido que dicho sentimiento tiene en la madre y, por tanto, desculpabilización por sentirlo. Ayudar a la madre a mentalizar todo esto podría ayudar a integrarlo dentro de su historia y a poder abordar este tema desde una mirada compasiva. Todo esto no podría ser posible si antes las madres no cuentan con la disponibilidad para poder verbalizar y compartir que es lo que están sintiendo, por lo que se propone el espacio terapéutico grupal como un espacio donde se puede dar este primer paso. Sin perder de vista los factores que llevan a la madre a sentir el rechazo, ni la recomendación de una intervención integral donde se traten estos aspectos, se valora positivamente que pueda haber un abordaje puntual de esta cuestión dentro del sistema público de salud.

Para poder hacer espacio a esta intervención en el contexto de la sanidad pública, según estos profesionales que están lo suficientemente sensibilizados con este sistema, se ven necesarios algunos elementos. En primer lugar, una supervisión como profesionales de la actitud al respecto de este tema, contar con más profesionales formados en Salud Mental

Perinatal y que estén abiertos a conceptos como el del rechazo emocional. Por otro lado, expresan la recomendación de formación de grupos o departamentos especializados dentro de las USM. Destacan sobre todo la necesidad de tiempo, porque *“los tiempos de la sanidad pública no son los tiempos de la salud mental”*.

Concretando más en cómo podría ser un grupo terapéutico que tratara el rechazo dentro de la USM tienen en cuenta lo siguiente: el poder contar con mujeres y madres que tengan el deseo de poder pensar y tratar el rechazo, que pudiera ser un grupo de tiempo prolongado, donde el concepto del rechazo haya sido expuesto y expresado por las madres. Podría tratarse de un grupo no muy numeroso, de 4 a 7 personas, y no con muchos profesionales, aunque si se contemplara la coordinación con otros profesionales externos (trabajo social, ginecología-obstetricia, etc.).

Según los profesionales resulta ambicioso decir que hay una corriente o mirada mejor que otra para tratar este tema, puesto que dependería del profesional y de dónde éste se posiciona. Lo que sí destacan es que desde las miradas psicodinámicas, modelos relacionales y teorías del apego el rechazo se nombra y se habla. Están de acuerdo en que técnicas más integrales, corporales, mindfulness o terapias de tercera generación están dando resultados para tratar sintomatología asociada a psicopatologías donde el rechazo emocional está presente y, además, cuentan con la ventaja de que manejan herramientas y técnicas que son fácilmente comprensibles para el usuario. Y esto es un aspecto importante a tener en cuenta.

Lo que pasa en el grupo: fragmentos de transcripciones

Durante la observación y el transcurso del grupo se ha ido detectando la necesidad de detenerse en el malestar verbalizado por las madres a raíz de su maternidad y la falta de comprensión hacia su situación. Como dijo una participante, *“es como que no puede ser estar mal. Como tú lo has querido y has decidido ser madre, no puedes estar mal. Y la gente te dice que no puedes estar mal, que mira qué bonito lo que tienes... y tú piensas, pues si tengo algo bonito y me siento mal ¿es que soy mala?”*.

A medida que han ido transcurriendo las sesiones, las participantes iban compartiendo más sus experiencias. Y es aquí donde se ha puesto de relevancia el rechazo emocional y la sensación de incapacidad de la madre. Se compartía que *“rechazo al bebé y prefiero que esté lejos de mí. En casa todo bien, tengo apoyos y todo, pero no la quiero ver. No la puedo coger”*. A lo que otra mujer añadía: *“a veces yo pienso que si pudiera devolverle le devolvería porque, aunque me tenga al lado no para de llorar. Necesita que le tenga cogido en brazos. Antes estaba tan cansada que no podía darle el pecho. Me absorbía todo demasiado y no sentía tampoco ese apego de tenerle en brazos y darle el pecho. Él tampoco tenía ese apego conmigo”*. Con relación a esto, aparecían preguntas durante las sesiones y a la vez respuestas: *“¿por qué este rechazo a la niña? Creo que el parto tuvo mucho que ver. Mi parto fue horrible. Estuve horas y horas mientras escuchaba a los profesionales reírse y abrir botellas de champán porque era el día de navidad. Y yo estaba ahí. Tenía frío y mucho miedo”*. Que no era un discurso aislado en el grupo, sino compartido: *“yo también, tuve muy mala experiencia. Y odiaba a mi hija porque le echaba la culpa de todo el dolor que pasé, lo pasé muy mal, estaba muy nerviosa”*.

También se ha hablado de la importancia de los eventos familiares y de la propia infancia de la madre. *“Mi madre me dijo que estaba deprimida, claro, como ella ha tenido y tiene depresión, lo sabe. Lloraba mucho todo el rato y no sabía por qué le tenía que dar el bebé a otros porque cuando me quedaba sola con él no podía estar con él, no quería. En vez de relajarlo se ponía peor con mi estado. Su padre le calmaba”*. Afirmaban también que *“la maternidad, la pareja, lo que yo llevaba de mi infancia, no sentirme bien conmigo misma, no sentirme realizada me lleva a este punto”*. En otro caso se hablaba de cómo lo que vives en el desarrollo, durante tu infancia y crecimiento, también afecta a cómo eres como madre.

En otra sesión, hablando específicamente del rechazo emocional con las dos mujeres que más claramente han verbalizado sentirlo, se compartía la necesidad de poder pasar tiempo y establecer una comunicación el bebé más allá de la palabra. Decían: *“Intento ir*

luchando con lo que siento, pero me mata el pensar cómo es que me pasa con ella y no con los otros. Fue buscada, la quería mucho, pero cuando vino no sé qué paso. Con los otros se me pasó el malestar, pero con ella no. Ahora cuando tengo ideas que no tengo que tener la cojo, le doy el pecho... me intento acercar a ella, le hago cosquillas. Cuando puedo me la como. Me voy acercando. Pero hay momentos en los que no puedo y no puedo.”. También se ha comentado que “es muy desagradable, y me siento mal, cuando estoy con ella pero no estoy con ella, la miro y estoy con ella pero mi cabeza está en otro sitio, siento cosas que no me gustan. Es como no estar con ella”. Con relación al parto, otra participante comentaba: “no recuerdo alegría en el momento del parto, al nacer él yo no me sentí bien. Estaba asustada y preocupada por otras cosas que me estaban pasando, como el conflicto con su padre”. Hubo espacio para hablar de las expectativas que se tenían, una de ellas decía “yo quería una niña, estaba convencida de que iba a ser niña, y cuando me dijeron que era niño... lo pasé mal. Me puse triste, no me apetecía tener un niño, no le quise por unos minutos. También estaba con el conflicto que tuve con el padre... no recuerdo alegría de que él naciera, porque estaba destrozada por lo otro que me estaba pasando”. Incluso referían tener un episodio concreto donde se ha podido tener un espacio vivido como reparador: “un día me tuve que quedar con ella a solas y lloraba, y lloraba... y la miré, la miraba llorando y la pedí perdón. Creo que esto que salió de manera sincera le ayudó y yo he cambiado a partir de ahí. Quiero recuperar el tiempo perdido”. La importancia con la que la madre vivió este episodio resultó inspiradora para el grupo y para los profesionales, pudiendo abrir otras perspectivas y dar otro significado a aquello que estaban pasando.

A modo de resumen, se considera importante de cara al diseño de los objetivos y del presente proyecto la necesidad de verbalizar, observar y hacer real el rechazo emocional entre las madres, y entre los profesionales. Del mismo modo, se pone en relevancia poder separar la propia experiencia personal y conflictos internos de la madre, de aquello que la pasa con el recién nacido y con su maternidad. También poder comprender que función está teniendo el

rechazo y qué papel juegan las expectativas así como el conflicto emocional presente en la madre. La experiencia grupal es satisfactoria y es un mecanismo adaptable dentro del sistema público de salud, con buenos resultados clínicos según los profesionales. El hecho de poder tener un espacio en el que poder verbalizar y acoger el malestar se considera un objetivo terapéutico en sí mismo de la misma manera que entender qué significado tiene el rechazo emocional en la madre. Se destaca también que la autocompasión y la confianza son elementos alentadores para que la persona pueda encontrar sus propias herramientas y responsabilizarse, entendiendo este término como la capacidad que tiene la persona para responder ante algo que le pasa.

Objetivos

Tomando en consideración lo investigado sobre el rechazo emocional, el estado actual y complejidad de la cuestión, así como el análisis de necesidades realizado a partir de las entrevistas y el contenido de las sesiones de grupo en las que se ha participado, se proponen los siguientes objetivos generales y específicos que guiarán el proyecto de intervención.

Objetivos generales

Los objetivos generales son: (1) promover la integración y comprensión del rechazo emocional en la experiencia de maternidad y (2) prevenir patrones desadaptativos en la interacción maternofilial.

Objetivos específicos

En cuanto a los objetivos específicos, estos son: (1) facilitar la detección y expresión del rechazo emocional hacia el recién nacido por parte de la madre, (2) disminuir el malestar y la culpabilización en la madre, (3) asimilar la ruptura de las expectativas y fantasías previas con respecto al infante, (4) aumentar el autoapoyo y autocompasión en relación con su situación actual generando un espacio de apoyo mutuo con otras mujeres, (5) mejorar la conexión corporal, identificación de sensaciones y toma de decisiones.

Diseño del plan de intervención

A partir de los objetivos definidos se procede a describir el proyecto de intervención sobre el rechazo emocional. En primer lugar, se describirá los destinatarios y encuadre de la intervención. Posteriormente, se desarrollará la propuesta en módulos de contenido, compuestos estos a su vez por distinto número de sesiones.

Grupo terapéutico para madres en el postparto

El presente proyecto de intervención va dirigido a un grupo de madres – mencionado anteriormente - que presentan dificultades en el vínculo con su hijo recién nacido durante el periodo del posparto, es decir, en los primeros 18 meses después del parto, dentro de una Unidad de Salud Mental Pública. Se considera el formato de intervención grupal como la opción más recomendable de tratamiento, teniendo en cuenta la opinión de los profesionales entrevistados, así como la eficiencia de tiempo y costo, su eficacia en comparación con otros tratamientos, por la retroalimentación que los resultados terapéuticos tienen con la cohesión y alianza grupal que se genera, y por la importancia del apoyo mutuo entre madres para el tratamiento y prevención del malestar (Rosendahl et al. 2021; Vega, 2022)

Las participantes del grupo tienen que cumplir los siguientes criterios de inclusión en coherencia a los factores descritos anteriormente: (1) tener antecedentes personales de psicopatología mental (haber recibido tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, situación psicosocial en riesgo, antecedentes de embarazo o parto de riesgo o historia personal traumática); (2) patología mental actual leve o moderada (depresión post-parto o trastorno de ansiedad leve-moderada); (3) que estén teniendo problemas para dar respuesta a las demandas y dificultades de su nueva realidad materna y familiar; (4) que se encuentren en tratamiento dentro de la USM de cara a prevenir descompensaciones y poder elaborar individualmente lo que se trata en el grupo y, (5) que la madre haya verbalizado sentir rechazo emocional y/o dificultades hacia el recién nacido así como deseo de tratarlo. Este último criterio será imprescindible. Como contraindicación se destaca la participación de personas

con diagnósticos de TMS (trastorno mental severo), ideación suicida, psicopatología disruptiva, consumo activo de tóxicos y discapacidad sensorial o cognitiva; estos serían factores que pueden impedir la participación de la persona en el grupo. El grupo es convenientemente cerrado para asegurar un espacio de intimidad, seguridad, confianza y establecer redes de apoyo (Irvine et al. 2021).

El circuito de captación y derivación de personas al grupo seguirá el proceso establecido por el Instituto Catalán de Salud (ICS, 2023). El equipo de atención primaria hace la detección de mujeres con un diagnóstico de depresión postparto, trastorno de ansiedad o que muestren sintomatología a raíz de su nueva realidad familiar. Estos profesionales derivan a las mujeres a los referentes del grupo perinatal, quienes hacen una entrevista de acogida más extensa, prestando atención a los conflictos que se han despertado en la madre a raíz de la maternidad. Se propone hacer una primera entrevista de acogida (ver en Apéndice B) explorando el quinto criterio de inclusión anteriormente mencionado, dando espacio a los síntomas compatibles con el rechazo emocional de manera respetuosa desde el primer contacto, si en la derivación del profesional de atención primaria no queda clara la presencia o no de este. Si la persona cumple las condiciones de inclusión al grupo, se le da la información, cuadro normativo del centro y la fecha de comienzo del grupo.

Este grupo está compuesto por un total de 6 madres participantes, pudiendo llegar a 8 máximo sin contar con la presencia física del recién nacido, puesto que la demanda concierne a la progenitora y el trabajo se orienta a sus vivencias internas. Tampoco se solicita la presencia de la pareja (Nanzer et al. 2017). Cada encuentro es en una sala habilitada dentro de la misma USM si fuera posible, o bien puede realizarse en una sala homologada utilizada para fines terapéuticos fuera de la unidad (p.ej.: centro cívico-comunitario). Se recomienda que la sala sea luminosa, con opción a ventilación y luz natural, y que se permita la colocación de sillas de manera circular. Es importante contar con un dispositivo electrónico (ordenador) y

proyector. Dicho encuentro se realiza una vez a la semana en el horario que mejor convenga según la actividad del centro y disponibilidad de los profesionales de referencia.

La duración es de diez sesiones, desarrolladas en el siguiente apartado, y tienen una duración de una hora y cuarto, pudiendo llegar a una hora y media. Están coordinadas por un terapeuta de referencia y coterapeuta. El terapeuta de referencia debe tener conocimientos y formación específica en Psicología Perinatal, así como estar sensibilizado con los conceptos de Salud Mental Perinatal, Depresión posparto y Rechazo emocional. Teniendo en cuenta el criterio de inclusión (4), y, aunque no estén presentes en las sesiones, es necesario estar en coordinación con psiquiatría, enfermería, trabajo social y psicólogos para aquellas mujeres que tienen o necesitan seguimiento individualizado aparte.

El marco relacional es también un aspecto importante a tener en cuenta en la intervención. Se entiende este grupo como un espacio de relación, potenciador del pensamiento, comprensión y apoyo mutuo atendiendo a los factores terapéuticos definidos por Vinogradov y Yalom (1996). El terapeuta debe potenciar, sobre todo, algunos de estos factores grupales: infundir esperanza, universalidad, transmisión de información, desarrollo la socialización, aprendizaje imitativo o vicario, catarsis emocional – entendiéndola como el compartir el mundo interior profundo con el fin de ser aceptado en el grupo – y cohesión grupal. Además, también el grupo se emplea para potenciar y reforzar la adhesión al tratamiento que el paciente ya tiene dentro de la USM. El principio de la mutualidad, desde el Psicoanálisis Relacional (Velasco, 2009), también es un elemento primordial dentro de este marco. El paciente y terapeuta están mutuamente regulados e influidos. Esto facilita un contexto de exploración respetuosa permitiendo que, entre ambos, co-construyan un significado a lo que pasa al paciente. Entonces, la actitud del terapeuta integrará los siguientes elementos (Peñarrubia, 2008; Velasco, 2009; Nanzer et al. 2017): (1) empatía y humanidad, tomando el rol de ser un atento observador intensamente comprometido con lo que le pasa al paciente; (2) tolerancia y neutralidad, acoge sin discriminación los movimientos psíquicos de la

persona especialmente los que tiende a no tolerar – agresividad, tristeza, ambivalencia, etc.- evitando juicios e interpretaciones; (3) apuntar y sostener aspectos positivos y avances de los cuales las personas parecen no ser conscientes; (4) crear una alianza terapéutica tratando de reducir el sentimiento de culpabilidad, la falta de autoestima y confianza que el progenitor tiene de sí mismo; (5) estilo no-directivo, favoreciendo las asociaciones libres del paciente e incitándole a la vez a profundizar en temas abordados de manera espontánea y a su vez, dar herramientas y técnicas para su sufrimiento; será necesario entonces estar (6) presente y ser honesto, mostrando sus dudas, curiosidades, limitaciones, etc. sin que eso pueda ser interpretado como rechazo o no-aceptación de cómo está siendo el paciente en ese momento; y, por último, (7) estar abierto a supervisar la contratransferencia que se le genere con el contenido expresado por el paciente, ser flexible a imprevistos y cambios con respecto al contenido de las sesiones. El formato de coterapia, es decir, la presencia de un coterapeuta en las sesiones, es especialmente útil en el trabajo con población de difícil sintomatología (Vinogradov & Yalom, 1996). Terapeuta y coterapeuta se complementan y ayudan mutuamente, ampliando la gama de observaciones, trabajando conjuntamente para mantener la objetividad frente a la presión grupal y para plantear temas difíciles o encubiertos, así como para el diseño y co-supervisión del contenido de las sesiones.

Desarrollo del proyecto: bloques y sesiones de contenido

Atendiendo a la detección de necesidades, objetivos y aspectos contextuales-relacionales descritos se plantea dividir el proyecto en tres módulos. Las tablas 1, 2 y 3 muestran brevemente el esquema general de dichos módulos y, en consecuencia, del proyecto de intervención en su conjunto. El desarrollo del contenido y metodología de las sesiones puede verse en el Apéndice C y en los subapéndices correspondientes.

El módulo 1 (ver Tabla 1 y Apéndice C.1) se basa en potenciar la cohesión y crear un primer contacto de seguridad grupal con el objetivo de poder ir nombrando y verbalizando lo que le pasa a cada madre desde una mirada compasiva. Para ello se utilizan ejercicios de

cohesión grupal básicos (como elaborar valores grupales comunes), técnicas de externalización a través de la visualización del vídeo: *Depresión Postparto explicado en primera persona* (Hospital Clínic de Barcelona, 2019) y discusión de este, y técnicas de regulación emocional. Es importante dar espacio al papel de las expectativas y fantasías previas que la madre tiene o podía tener para así comenzar a integrar la ruptura con el ideal en su particular tránsito a la maternidad y a la crianza, en concreto, a la relación con el recién nacido. Para facilitar este proceso se utilizan las “Cartas Terapéuticas” (Montesano et al. 2012).

Tabla 1

Esquema Módulo 1 (desarrollado en Apéndice C.1)

Módulo 1. ¿Qué nos pasa? Identificando lo que siento		
Objetivos	Cohesión y presentación del grupo, fomentando el apoyo mutuo Facilitar la detección y expresión del rechazo desde una mirada compasiva Identificar fantasías y asimilar la ruptura de expectativas	
Sesiones	Contenido	Material
Sesión 1. Primer encuentro (C.1.1*)	Ejercicio de cohesión grupal y regulación emocional Construcción de valores comunes	Cartulina o pizarra Material para escribir Ejercicio de regulación emocional (Apéndice D)
Sesión 2. Salud mental y rechazo emocional (C.1.2*)	Visualización del vídeo: <i>Depresión postparto explicado en primera persona</i> (Hospital Clínic de Barcelona, 2019).	Dispositivo electrónico y pantalla proyectora
Sesión 3. Mensaje a la madre que por un momento fui (C.1.2*)	Expectativas y fantasías previas al parto: la relación con el bebé	Folios Material para escribir

*Nota: subapéndices donde están desarrolladas las sesiones

El módulo 2 (ver Tabla 2 y Apéndice C.2) es el más extenso, está compuesto por un total de cuatro sesiones. El objetivo es poder dedicarle más tiempo a la integración, comprensión y desculpabilización, contemplando la opción de reforzar el seguimiento terapéutico individual de la persona. Se combina, la mirada cognitiva-conductual, a partir de la cual poder analizar la funcionalidad del rechazo y, a su vez, la perspectiva psicodinámica a través de elementos de la PCP (Nanzer et al. 2017). Dicho modelo tiene como objetivos (1) modificar las representaciones internas desadaptativas y mal adaptadas del adulto en

referencia a su identidad parental, y (2) ayudar a la reintegración en el mundo interno del progenitor de los elementos proyectados sobre el niño y sobre la relación madre-hijo.

Tabla 2

Esquema Módulo 2 (desarrollado en Apéndice C.2)

Módulo 2. ¿Cómo es que hemos llegado hasta aquí? Comprendiendo lo que nos pasa		
Objetivos	Disminuir malestar y culpabilización aumentando la comprensión del rechazo emocional dentro de la experiencia de maternidad Aumentar el autoapoyo y la compasión hacia una misma Fomentar la integración y el compromiso con su proceso terapéutico	
Sesiones	Contenido	Material
Sesión 4. Resignificar el rechazo emocional. Parte 1. C.2.1*	Factores que pueden interrumpir el vínculo maternofilial	-
Sesión 5. Resignificar el rechazo emocional. Parte 2. C.2.2*	Posibles funciones del rechazo emocional	-
Sesión 6. Integrar el rechazo dentro del proceso de maternidad. Parte 1. C.2.3*	¿Qué tiene que ver mi historia con lo que me pasa? Reintegrar en el mundo interno del progenitor los elementos proyectados sobre el niño y sobre la relación madre-hijo (Nanzer et al. 2017)	Dos fotos: una de la madre cuando era pequeña, una del bebé
Sesión 7. Integrar el rechazo dentro del proceso de maternidad. Parte 2. C.2.4*	¿Qué tiene que ver mi historia con lo que me pasa? Reintegrar en el mundo interno del progenitor los elementos proyectados sobre el niño y sobre la relación madre-hijo (Nanzer et al. 2017)	Dos fotos: una de la madre cuando era pequeña, una del bebé

*Nota: subapéndices donde están desarrolladas las sesiones

El módulo 3 (ver Tabla 3 y Apéndice C.3), haciendo mención a una de las frases de las participantes del grupo observado, tendrá el principal objetivo de potenciar y enfatizar las respuestas adaptativas de las participantes, para prevenir así el enquistamiento de la madre en este episodio de su maternidad y ampliar los patrones de respuesta. Con el fin último de poder valorar alternativas para disfrutar del vínculo con el recién nacido. Para ello, se han utilizado ejercicios propuestos por la OMS (2015) dentro de su programa *Pensando Saludable* para madres con depresión postparto. Dichos ejercicios están adaptados y versionados para este

programa en concreto (ver Apéndice E). Y también, desde la perspectiva sistémica, se ha empleado las herramientas de “Cartas Terapéuticas” y “Rituales Terapéuticos” (Pubill, M. J. 2018).

Tabla 3

Esquema Módulo 3 (desarrollado en Apéndice C.3)

Módulo 3. “Recuperando el tiempo perdido”		
Objetivos	Potenciar la confianza en el autoapoyo y la toma de decisiones Fortalecer compromiso e importancia sobre su autocuidado Ampliar patrones de respuesta y prevenir modos de actuar desadaptativos	
Sesiones	Contenido	Material
Sesión 8. Resignificar lo que pienso C.3.1*	Facilitar la identificación y reestructuración de pensamientos desadaptativos apoyándose en contenido visual (OMS, 2015)	Material para escribir Fotocopias Apéndice E
Sesión 9. Ampliar la capacidad de respuesta C.3.2*	Herramientas y recursos personales para fomentar el autoapoyo	-
Sesión 10. Ritual de Cierre C.3.3*	Escribir una carta simbólica al recién nacido	Material para escribir

*Nota: subapéndices donde están desarrolladas las sesiones

Durante el desarrollo de las sesiones, será imprescindible tener en cuenta el ritmo y deseo de cada madre para trabajar el rechazo, respetando sus límites y resistencias, así como valorando conjuntamente con las participantes el contenido de las sesiones o actividades propuestas. Es recomendable poder valorar la evolución y cambio en el estado de las madres participantes. Tomando como referencia un programa de intervención australiano *Together in Mind* (Irvine et al. 2021) para madres con dificultades en el vínculo con sus bebés, se recomienda evaluar con la Escala MPAS (Condon & Corkindale, 1998). Dicha escala mide el vínculo emocional temprano entre madre e hijo y su relación de apego. La pasación de la escala se lleva a cabo antes – en la primera sesión - y después de la intervención – última sesión-. A la hora de aplicar la intervención y seguir las pautas propuestas para el desarrollo de las sesiones es necesario dar margen y espacio a las demandas del grupo en cuestión y a la

creatividad de los miembros y profesionales, pudiendo modificar o reestructurar el contenido para que así haya una mayor sensibilidad a sus necesidades.

Conclusión

Según Brockington (2016) el rechazo emocional hacia el bebé es ya una entidad mórbida y clínica: causa un intenso sufrimiento en la madre y en el bebé, y las madres buscan ayuda en los servicios sanitarios. Se requiere entonces poder reconocer y describir este fenómeno, nombrarlo, distinguirlo de otras entidades clínicas, medirlo y estudiarlo. Y, en consecuencia, poder diseñar intervenciones destinadas a dicho fenómeno que tan importante resulta para el desarrollo del bebé y la salud materna (Gracia, 2005). El presente diseño de intervención, a modo de síntesis, se propone dar respuesta a estas demandas. De acuerdo con los profesionales entrevistados, dicha intervención es un “primer paso” hacia la visibilización y comprensión de este fenómeno. Va encaminada a potenciar el autoapoyo y a reducir el sufrimiento y la culpabilidad de la madre asociadas a sentir el rechazo emocional. De acuerdo con la literatura (Razurel et al. 2011; Krauskopf & Valenzuela, 2020; López et al., 2021; OMS, 2022), la opinión de los profesionales y la experiencia grupal descrita anteriormente resulta importante poder detenerse en los aspectos emocionales y contextuales maternos para entender la historia y los conflictos actuales de la madre que pueden estar interviniendo en dicho rechazo. Entender y mentalizar. El presente proyecto responde entonces a la necesidad de poder nombrar, reconocer y conocer, así como tratar de manera concreta el rechazo emocional para evitar que se produzcan patrones desadaptativos en la interacción madre-hijo. O, que, si se producen, sean con el menor impacto posible en el desarrollo de ambos fomentando el autoapoyo y los recursos personales maternos. El abordaje terapéutico orientado a potenciar las habilidades cognitivas y emocionales, la actitud reflexiva y la mentalización, contribuyen a la sincronización de la relación madre-bebé, permitiendo una reelaboración de la funcionalidad materna (Ferrer & Hidalgo, 2020). Es, en este sentido, lo que

pretende el presente proyecto de intervención junto con desarrollar una mirada más compasiva por parte de la madre, hacía ella misma y hacia el otro, su hijo recién nacido.

De acuerdo con la opinión de los profesionales entrevistados, se ve factible y viable la posibilidad de implementar un programa de intervención de estas características dentro del contexto de la salud mental pública. El rechazo emocional es un término sabido y conocido, pero poco atendido en la práctica. Este grupo sería de nuevo, “un primer paso” para ello. Normalmente el diseño de proyectos ya implementados en el contexto de la salud pública es de diez sesiones (ICS, 2023), por lo que se ajustaría a sus tempos. Al ser un grupo reducido (de 6 participantes), cerrado y sin la presencia física del recién nacido, se ve viable que pueda ser un grupo cohesionado y que funcione como facilitador del trabajo emocional llevado a cabo. Sin embargo, como limitación y de acuerdo con los profesionales, no se debe perder de vista el resto de los factores que pueden estar detrás del malestar materno y las dificultades en el vínculo (diagnóstico concreto, dificultades sociofamiliares y antecedentes psiquiátricos, etc.). Se ve necesario que cada madre continuara su proceso de manera individual no siendo esta intervención grupal un tratamiento integral y longitudinal, sino más bien una intervención de apoyo, reconocimiento, desculpabilización e inicio a la integración y reconciliación. Las dificultades que pueden preverse a la hora de la puesta en práctica son, entre ellas, la necesidad de que la unidad de salud mental esté equipada y preparada para integrar la Salud Mental Perinatal dentro de su programa y equipo – como pueden ser profesionales formados, población que cumpla los requisitos – y que su aplicación depende, en gran medida, de la actitud terapéutica y la cohesión grupal. Esto puede dar a confusiones en su aplicación o a vacíos estructurales, que bien puestas al servicio de la creatividad grupal y de los profesionales podrían resultar nutritivos.

En prospectiva, se ve imprescindible el desarrollo de programas integrales y holísticos, contando con equipos multidisciplinares e intervenciones socio-comunitarias, favoreciendo la integración de servicios y equipos que puedan atender a las necesidades de salud mental

materna. Otra propuesta de acción sería poder generar herramientas y planes de actuación en base a la experiencia grupal, poder compartir y empoderar cada historia, dentro de la USM utilizando materiales, testimonios, herramientas, etc. entre las madres. Es decir, fomentar la durabilidad del apoyo mutuo y construir una red de apoyo real y lo suficientemente duradera. De tal manera que el rechazo emocional no quede invisibilizado y pueda haber amplias respuestas para integrarlo como un capítulo más en la vida de las personas, así como un aspecto más a tener en cuenta en su mundo interno.

“Cuidar la salud mental de las madres supone mejorar la salud de la sociedad actual y futura” (MARES, 2023)

Referencias

- Al-Halabí, S., García-Haro, J., De La Fe Rodríguez-Muñoz, M., Fonseca-Pedrero, E., & De Salud Del Principado De Asturias, S. (2021). Conducta suicida y periodo perinatal: entre el tabú y la incompreensión. *Papeles del psicólogo*, 42(2).
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol.296>
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. 5th Ed. ed. Edit. APA. Washington, D.C., USA.
- Brockington, I. (2011). Maternal rejection of the young child: present status of the clinical syndrome. *Psychopathology*, 44(5), 329-336.
<https://doi.org/10.1159/000325058>
- Brockington, I. (2016). Emotional Rejection of the Infant: Status of the Concept. *Psychopatology*, 49(4). <https://karger.com/psp/article-abstract/49/4/247/285204/Emotional-Rejection-of-the-Infant-Status-of-the?redirectedFrom=fulltext>
- Brockington, I. (2019) «Salud mental materna y trastornos del vínculo en el posparto». *Psicosomàtica y Psiquiatria*, 2019, n.º 9,
<https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum0909>
- Coo, S., Mira, A., Valdés, M. I. G., & Berrocal, P. Z. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes pediátrica*, 92(5), 724.
<https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i5.3519>
- Condon, J. T., & Corkindale, C. (1998). The Assessment of Parent-to-infant attachment: Development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(1), 57-76.
<https://doi.org/10.1080/02646839808404558>

- Dachs, I., Sayrach, E., & Frago, R. (2023). Trastornos del vínculo con origen en la etapa perinatal. Contribuciones del psicoanálisis y la neurociencia. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 6, 55-65.
<https://www.fundacioorienta.com/es/producto/trastornos-del-vinculo-con-origen-en-la-etapa-perinatal-contribuciones-del-psicoanalisis-y-la-neurociencia/>
- De Embun Ferrer, I. X. & Izquiero Hidalgo, I. (2020). *Vínculo tras el rechazo emocional posnatal: caso clínico*. Dialnet.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7553717>
- De Souza, K. J., Rattner, D., & Gubert, M. B. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista De Saude Publica*, 51(0). <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006549>
- González Murillo, I. (2023). *Intervenciones de enfermería para la detección y la prevención de la depresión postparto*. <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/45439>
- Gracia, E. (2005). *Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos*. Dialnet.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1181746>
- Hospital Clínic de Barcelona. (2019, 26 noviembre). *La depresión postparto explicada en primera persona | PortalCLÍNICA* [Vídeo]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=eBV1UVcxUJg>
- Institut Català de la Salut (2023). *Guia d'intervenció grupal psicoeducativa en atenció primària*. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/9437>
- Irvine, A., Rawlinson, C. J., Bor, W., & Hoehn, E. (2021). Evaluation of a collaborative group intervention for mothers with moderate to severe perinatal mental illness and their infants in Australia. *Infant Mental Health Journal*, 42(4), 560-572.
<https://doi.org/10.1002/imhj.21922>

Lasheras, G. (2014). *Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. resultados preliminares*. Dialnet.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4678862>

Francesetti, G. (2023). Fundamentos de psicopatología fenomenológica-gestáltica: una introducción ligera. pp. 73 - 81. Asociación Cultural los Libros del CTP.

Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139-149.

<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004>

Larbán Vera, J. (2013). Transmisión psíquica inconsciente de contenido traumático.

Psicopatol. salud ment., 22, 19-25. [https://www.fundacioorienta.com/wp-](https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Larban-Juan-22.pdf)

[content/uploads/2019/02/Larban-Juan-22.pdf](https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Larban-Juan-22.pdf)

Leis, J. A., Mendelson, T., Tandon, D., & Perry, D. F. (2009). A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 12(1), 3-13.

[https://doi.org/10.1007/s00737-008-](https://doi.org/10.1007/s00737-008-0039-0)

[0039-0](https://doi.org/10.1007/s00737-008-0039-0)

López, A. J. (2021). *La violencia obstétrica como factor de riesgo para la formación del vínculo y el apego materno-infantil: una revisión sistemática*. Dialnet.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8346867>

Martínez-Vázquez, S., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-

Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2022). Relationship between

perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: an observational study. *Midwifery*, 108, 103297.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103297>

- Mascheroni, E., & Ionio, C. (2019). The Efficacy of Interventions aimed at Improving Post-partum bonding: A review of interventions addressing parent-infant bonding in healthy and at risk populations. *Journal of Neonatal Nursing*, 25(2), 61-68. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.09.003>
- Nanzer, N., Knauer, D., Espasa, F. P., Qayoom-Boulvain, Z., Hentsch, F., Clinton, P., Trojan, D., & Scouëzec, I. L. (2017). *Manual de psicoterapia centrada en la parentalidad*. Ediciones Octaedro.
- Nanzer, N., Gomà, M., & Llairó, Antònia. (2023). Una psicoterapia centrada en la parentalidad para tratar la psicopatología perinatal, sostener el vínculo madre-bebé y prevenir los trastornos en el niño. *Rev. psicopatol. salud ment. niño adolesc ; (monografico 6): 21-32, Jun. 2023*.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-223874>
- Nilni, Y. I., Mehralizade, A., Mayer, L., & Milanović, S. (2018). Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal Period: A Systematic review. *Clinical Psychology Review*, 66, 136-148.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.004>
- Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno- infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud vol.48 no.2 Bucaramanga Apr./June 2016*.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-0807201600020000
- Peñarrubia, F. (2008). *Terapia gestalt: La vía del vacío fértil*. pp. 195-207. Alianza Editorial.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women

- during the postpartum period: a Qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 237-242.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.06.005>
- Rosendahl, J., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M., & Strauß, B. (2021). Recent developments in group psychotherapy research. *American Journal of Psychotherapy*, 74(2), 52-59.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>
- Seligman, S. (2018). *Las relaciones en el desarrollo. Primera infancia, intersubjetividad y apego*. pp. 139-149. Editorial Eleftheria.
- Sociedad Marcé Española (MARES) (2023). *¿Por qué la salud mental materna debe ser una prioridad? Día Mundial*. <https://www.sociedadmarce.org/dia-mundial-SMM.cfm/ID/6888/ESP/-por-salud-mental-materna-debe-ser-prioridad-.htm>
- Vega. (2022). El apoyo entre madres en el posparto mejora el bienestar y ayuda a prevenir trastornos mentales. *Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal*.
<https://saludmentalperinatal.es/2020/02/25/el-apoyo-entre-madres-en-el-posparto-mejora-el-bienestar-y-ayuda-a-prevenir-trastornos-mentales/>
- Velasco, R. (2009). ¿Qué es el Psicoanálisis Relacional? *Clínica e Investigación Relacional*, 3 (1): 58-67.
<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/CEIRPortada/tabid/216/Default.aspx>
- Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de Psicoterapia de grupo*. pp. 25-32. Editorial PAIDOS IBERICA.
- World Health Organization. (2022). "Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services". *WHO*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>

World Health Organization (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleven Revision (ICD-11). 10th ed. Edit. World Health Organization. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2015). *Pensamiento saludable. Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal.*

<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-MSD-MER-15.1>