



**Universidad
Europea** VALENCIA

Máster Universitario en Psicología

General Sanitaria

Trabajo de Fin de Máster

**Abordaje psicológico en la salud
mental materno infantil**

Presentado por: María Isabel Sánchez Almaraz

Tutora: D^a. Lidón Mars Aicart

Curso: 2023

Convocatoria: Ordinaria

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción.....	08
1.1. Formulación y justificación del problema.....	08
1.2. Objetivos.....	15
2. Método.....	15
2.1. Criterios de elegibilidad.....	16
2.2. Fuentes de información.....	16
2.3. Estrategia de búsqueda.....	16
2.4. Proceso de selección de los estudios.....	17
2.5. Codificación.....	17
3. Resultados.....	18
3.1. Selección de los estudios.....	18
3.2. Características de los estudios incluidos.....	18
3.3. Resumen de los estudios.....	26
4. Discusión.....	29
4.1. Re-afirmar los objetivos de la revisión y las preguntas de investigación.....	29
4.2. Interpretación de los resultados.....	30
4.3. Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación.....	32
4.4. Limitaciones de los hallazgos.....	33
5. Referencias bibliográficas.....	34



ÍNDICE DE FIGURAS

1. Figura 1.	18
-------------------	----



ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 1.....	16
2. Tabla 2.....	19

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Fin de Máster nace a raíz de la necesidad de estudiar en profundidad la importancia que tienen los cuidadores primarios, en especial las madres, en los primeros momentos de vida de sus bebés. En la actualidad, el momento de la llegada de un nuevo miembro a la familia para muchas mujeres, lejos de ser un momento feliz y vivenciarlo con ilusión, es experimentado a través del malestar con sintomatología depresiva o con estrés elevado durante el parto y posparto, derivando en muchas ocasiones en trastornos como la Depresión Posparto (DPP) o el Estrés Postraumático (TEPT). Esta situación afecta a la interacción en la díada madre-hijo y por tanto en su vínculo de apego generando diversas problemáticas entre ellas afectando al posterior neurodesarrollo del infante.

1.1. FORMULACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El propósito de esta revisión sistemática de la literatura es profundizar en esta cuestión tan relevante en la salud mental materno infantil, puesto que la evidencia científica (p.e. Bozkurt et al., 2017; González et al., 2017; Cook et al., 2018; Dau et al., 2019; Binda et al., 2019; Turpin et al., 2019) arroja que las madres con síntomas de depresión y/o estrés post traumático suelen tener interacciones más pobres en calidad y cantidad con sus bebés, desarrollando un vínculo de apego deficiente y, en consecuencia, afectando al posterior neurodesarrollo durante la primera infancia de estos bebés. Esta cuestión impulsa realizar un análisis con exhaustividad a diferentes niveles para identificar cuáles son las intervenciones que se llevan a cabo en la población materno infantil, si son suficientes y si sus resultados son efectivos a la hora de fomentar el vínculo de apego madre-hijo evitando las problemáticas posteriores en el desarrollo del nuevo ser.

Según la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, WHO por sus siglas en inglés, 2022) durante el periodo tanto prenatal, perinatal como posnatal, la salud mental de la mujer puede experimentar cambios. Estos serán debidos a la transformación vital y al cambio de identidad que implica quedarse embarazada y/o dar a luz, así como también estarán implicados otros factores como los sociodemográficos, económicos y/o sociales. Todos ellos pueden afectar a la salud mental y física de las mujeres y por lo tanto al bienestar del núcleo familiar y del bebé (Dennis et al., 2017).

La guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno infantil de la WHO (2022) expone que una de cada cinco mujeres experimentará algún tipo de problema de salud mental durante el embarazo o el primer año tras el parto. Entre los principales síntomas que pueden aparecer en esta población, encontramos sentimientos de tristeza, anhedonia, falta de energía, preocupación obsesiva, desesperanza, falta de autoestima o somatizaciones entre otros.

Según la revisión sistemática realizada por Woody y colaboradores (2017) sobre la prevalencia e incidencia en mujeres con sintomatología afectiva perinatal, la ansiedad y

depresión prenatal y posnatal es muy frecuente, concretamente afecta a una de cada diez mujeres en países con un nivel económico elevado y una de cada cinco mujeres en aquellos que tienen un nivel económico inferior. Además, según la guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno infantil publicada recientemente por la WHO (2022), aquellas que ya tenían problemas de salud mental pueden notar que éstos empeoran durante esta etapa.

Tal y como indica el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) publicado por APA (2014), la DPP se define como un “trastorno del estado de ánimo que inicia en los primeros 12 meses posteriores al parto y presenta síntomas por al menos dos semanas”. La DPP se caracteriza por la presencia de síntomas como humor depresivo, falta de interés o de placer al realizar actividades, alteración en el sueño (insomnio o hipersomnia), pérdida o falta de energía, agitación o retraso psicomotor, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse o ideas suicidas.

Sin embargo, la DPP no es la única dificultad que las mujeres pueden sufrir en el periodo perinatal, algunos autores (Acuña et al, 2021; Malpartida, 2020) han observado otras manifestaciones que afectan a la salud mental maternal como los conocidos *Baby Blues* o la psicosis posparto. Según Acuña y colaboradores (2021) se denomina *Baby Blues* a la alteración del estado del ánimo que aparece entre los dos y cuatro días posteriores al parto, y no pasa de las dos primeras semanas, esta afectación sería debida a los cambios hormonales, sociales y psicológicos a los que se enfrentan las madres. Algunos estudios como el de Malpartida (2020) han hallado que esta tristeza se da entre el cincuenta y ochenta por ciento de las mujeres que han dado a luz. En referencia a la psicosis posparto, se trata de un trastorno mental grave, que afecta a una de cada mil mujeres en el que experimentan episodios de confusión, delirios, alucinaciones y desorganización del pensamiento, ocurriendo entre los primeros días y hasta seis semanas después del parto (Malpartida, 2020). Se considera una emergencia psiquiátrica ya que podría peligrar tanto la integridad de la mujer como la del bebé.

Por otro lado, muchas mujeres presentan síntomas de trastorno por estrés post-traumático (TEPT). Según el DSM-5, este trastorno consta de cuatro grupos de síntomas basados en la intrusión y reexperimentación, la evitación, alteraciones del estado del ánimo y de la cognición, así como una alteración del nivel de actividad (American Psychiatric Association, APA, 2014). Se estima que un tres por ciento de las mujeres lo manifestarán durante el embarazo, mientras que un cuatro por ciento tras el parto (Yildiz et al., 2017). No obstante, estas cifras aumentan hasta entre un quince y dieciocho por ciento en mujeres que sufren complicaciones durante el embarazo, que tienen partos prematuros o sufren violencia obstétrica (Cook et al., 2018).

Para evaluar estos síntomas la escala más utilizada es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (Matthey & Agostini, 2017), que evalúa síntomas de depresión y ansiedad. Aunque según Acuña y colaboradores (2021), también se suelen utilizar la Entrevista Clínica Estructurada (First et al., 1999) o el Cuestionario de Depresión de Beck (Sanz et al., 2003). De igual manera para la valoración de los síntomas relacionados con el TEPT, la escala más utilizada según Turpin et al. (2019) es la Perinatal Posttraumatic Stress Questionnaire, cuestionario que ha sido

traducido y validado al castellano por Hernández-Martínez et al. (2021), asegurando una adecuada consistencia interna, así como validez de criterio y constructo. Sin embargo, según Solís y colaboradores (2019) en la evaluación, pueden encontrarse dificultades a la hora de discriminar entre aquellas preocupaciones comunes de un trastorno mental notable, así como a la hora de realizar un buen diagnóstico diferencial con otros trastornos como el trastorno bipolar, el síndrome confusional, trastornos orgánicos como el hipotiroidismo u otros trastornos metabólicos. Para disminuir este riesgo la WHO (2022) señala la importancia de que los equipos de profesionales de salud mental materno infantil realicen las pruebas pertinentes y pregunten a la mujer por la gravedad de los síntomas, desde hace cuánto tiempo llevan experimentándolos y hasta qué punto están afectando a su vida cotidiana.

La etiología de estas afecciones que padecen las mujeres durante el periparto y posparto es multifactorial, es decir, se produce una confluencia entre distintas variables como los factores biológicos y los factores psicosociales (Malpartida, 2020).

Según la WHO (2022) algunos de los factores de riesgo que incrementan las probabilidades de sufrir problemas de salud mental durante la etapa de embarazo y posparto son:

- Embarazos adolescentes
- Experiencias negativas en embarazos previos
- Pobreza
- Ausencia de oportunidades educativas
- Desnutrición
- Violencia de género
- Embarazo no deseado
- Abuso de sustancias
- Problemas de fertilidad
- Red de apoyo social deficiente
- Enfermedades físicas

Así mismo, la WHO (2022) expone que también existen factores de protección que permiten el desarrollo de un estado de bienestar en el que las mujeres puedan desarrollar su potencial en esta faceta de su ciclo vital. Algunos de los factores protectores son:

- Fuerte apoyo social (familia, amigos o comunidad)
- Oportunidades educativas (asistir a la escuela o haber finalizado estudios)
- Posibilidad de tener ingresos económicos estables
- Experiencias positivas sobre el embarazo y parto (sentimiento de estar informada y ser capaz de tomar decisiones)
- Profesionales de atención sanitaria respetuosos, empáticos y competentes

Por otro lado, durante la etapa prenatal surge la formación del vínculo materno y el apego, unas bases sobre las que se establecerá la futura relación entre los padres y su hijo (Roncallo et al., 2014).

Es Muller (1992) quien define el constructo de vínculo materno filial como “relación única de la madre hacia el feto, independientemente de los sentimientos que ésta tiene acerca de sí misma como madre o mujer embarazada”.

Según Kurt et al. (2019) en el puerperio aparece una fase donde la madre se encuentra decidida a desarrollar una intimidad con su bebé, momento en el que aparecen las interacciones positivas (tocar, hablar o mirar entre otras) que dan lugar a la creación del apego y del vínculo materno filial.

Es importante diferenciar ambos conceptos. Por una parte, el apego se define clásicamente según Bowlby (1976) como “cualquier comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido”. Más adelante, Ainsworth (1989), a través de su experimento llamado “situación extraña” en la que los bebés eran expuestos a una serie de separaciones y reencuentros con su figura de apego, identificó diferentes tipos de apego: el apego seguro (el más adaptativo), el evitativo y el resistente-ambivalente. El apego seguro consiste en una relación entre la madre y el bebé, en el cual la madre se convierte en una base de confianza, permitiendo a los niños explorar su entorno, sabiendo que ésta estará disponible cuando ellos lo necesiten. Son madres que responden de manera sensible, rápida y de manera adecuada a las demandas de sus bebés (González, 2022). En cuanto al apego evitativo, los bebés que han establecido esta relación con su madre se muestran de manera más independiente, pareciendo que no necesitaran de su madre. Así mismo, estas madres no se muestran tan sensibles a las demandas, observándose una actitud más fría o incluso, intrusiva (Aizpuru, 1994). Finalmente, el apego resistente-ambivalente se caracteriza por bebés en los que exploraban pobremente, mostrando preocupación y malestar ante la ausencia de la figura materna, pasando desde el enfado hasta evitar contacto físico. La actitud de las madres se caracteriza por la inconsistencia de las conductas, pasando de ser cálidas a frías, de más sensibles a menos, llegando a limitar la capacidad de exploración de su bebé (Botella & Corbella, 2005). Así mismo, Main & Solomon (1986), incluyeron un cuarto tipo de apego, denominado apego desorganizado, incluyendo características de los otros apegos pero que no podían clasificarse en ninguno de los grupos mencionados previamente. Se trata de bebés que se muestran inseguros y confusos ante la ausencia de su madre, mostrando a su regreso, una actitud triste, con conductas desorganizadas como llanto, rigidez o estereotipias.

Se puede observar la diferencia de que el apego hace referencia más a un conjunto de interacciones bidireccionales entre la madre y el bebé, mientras que el vínculo materno filial es más un sistema unidireccional con expresiones de la madre hacia su hijo que van desde lo cognitivo hasta lo afectivo (Roncallo et al., 2014).

Ambos vínculos son primordiales para que el bebé consiga un desarrollo integral positivo a lo largo de su infancia, ya que son las relaciones sobre las que se sustentará su seguridad y confianza, sabiendo que esos cuidadores primarios son los que estarán con ellos incondicionalmente (Torras de Bea, 2010).

Por otra parte, Molero et al. (2011) definen figura de afecto principal como “aquella que no sólo es accesible al niño, sino la que responde apropiadamente a sus requerimientos,

proporcionándole una protección, seguridad y consuelo”. Es por ello la importancia que tiene la relación que se establece con la madre, y por tanto, el impacto que tendrá sobre dichas interacciones síntomas depresivos o de estrés postraumático en la figura de apego principal, ya que dificultará el desarrollo de esos sentimientos de confianza y afecto para un correcto desarrollo social, cognitivo y emocional (Dreyfus, 2019).

Como se ha mencionado previamente, la DPP presenta síntomas comunes con la depresión que ocurre en otras etapas de la vida, con la diferencia de los grandes efectos negativos que este trastorno puede tener en el bebé (Olhaberry et al., 2013). Uno de los principales factores que merman la calidad de la interacción entre una madre y su bebé es la DPP, impactando en su desarrollo a través de la falta de intercambios positivos entre ambos (Stein et al., 2014). Las madres con DPP reportan sentimientos hostiles y de estrés en relación con la interacción con sus bebés, así como una percepción negativa en referencia a la conducta que presenta su hijo (Cornish et al., 2006). Una de las principales características de estas madres es que son menos responsivas, más hostiles y críticas, menos activas y más evitadoras, afectando a sus competencias de cuidados, lo que provoca que tengan más dificultades para establecer un vínculo maternal y una relación de apego segura (Quezada & Santelices, 2010).

La DPP favorece la aparición de numerosas consecuencias negativas en el bebé, ya que el desarrollo neuronal infantil en periodo perinatal se ve afectado por el contexto en el que las experiencias cotidianas con su cuidador son deficientes y en el que el vínculo con la madre es deficitario (Olhaberry et al., 2013).

Algunas de las consecuencias biológicas que se encuentran en este tipo de población es que los niveles de cortisol en el feto aumentan debido a la activación del sistema de respuesta de estrés de la madre, lo cual produce retrasos en el desarrollo, problemas de salud mental y déficits cognitivos a lo largo de la infancia (Ashman et al., 2012).

Por otro lado, los hijos de madres que han sufrido DPP presentan una mayor probabilidad de psicopatología general y en particular de trastornos del ánimo a medida que vayan creciendo (Olhaberry et al., 2013), así como desarrollan estados afectivos negativos fruto de dichas interacciones negativas (Tronick y Reck, 2009).

De igual manera, la evidencia actual sugiere que la aparición del TEPT tras el parto puede afectar a la relación maternofilial, y en última instancia, al comportamiento y al desarrollo cognitivo del bebé (Cook et al., 2018). Diversos estudios han evidenciado la relación y las consecuencias entre madres con síntomas de TEPT y sus hijos (Davis et al, 2008; Parfiitt & Ayers, 2009; Forcada-Guex et al. 2011, Garthus-Niegel et al. 2017 y Turpin et al, 2019). En su estudio Davis et al. (2008) evidencian cómo las madres se relacionan con sus bebés, hasta el punto de percibir sus comportamientos como más temperamentales, invasivos y menos cálidos. Parfiitt & Ayers (2009) en su estudio encontraron una correlación significativa entre la presencia de TEPT posparto y un vínculo deficiente con el bebé. De igual manera, Forcada-Guex et al. (2011) encontraron que las madres con altos síntomas TEPT tenían representaciones de sus bebés menos equilibradas y más distorsionadas, favoreciendo el establecimiento de un vínculo deficitario. En otro estudio anterior Forcada-Guex y colaboradores (2006) determinaron cómo los

hijos de madres con esta patología y que, por ende, respondían de manera menos sensible a las demandas de su bebé, manifestaban mayores problemas afectivos y de conducta. En la misma línea de estudio de madres con TEPT, la investigación longitudinal de Garthus-Niegel et al. (2017) reunió a 1472 mujeres con síntomas TEPT tras el parto y encontraron una asociación con un deficiente desarrollo emocional cuando el bebé cumplía 2 años. Según Turpin et al. (2019), las madres con TEPT presentan una gran angustia emocional que hace que su sensibilidad a las señales de su bebé sea menor, y, por lo tanto, estén menos disponibles para apoyar al desarrollo de su hijo. Además, se evidenció en este mismo estudio la correlación entre los síntomas de TEPT de la madre y la afectación de las habilidades de inteligencia del hijo, concretamente cuando la madre informaba de más síntomas de TEPT cuando su bebé contaba con 18 meses de edad, más bajas eran las puntuaciones del cociente intelectual cuando éste cumplía 11 años. De igual manera, observaron que los hijos de madres con TEPT y que habían desarrollado un vínculo deficiente tenían una competencia verbal inferior al grupo control.

Como se puede observar, la presencia de DPP o TEPT durante el embarazo o tras el parto tiene consecuencias severas sobre cómo las madres interactúan con sus hijos y cómo esta manera de relacionarse conlleva unas consecuencias sobre el desarrollo del bebé.

La infancia temprana (de 0 a 6 años) es un período fundamental en el desarrollo de los niños, cobrando un papel imprescindible las interacciones que establecen con sus cuidadores principales (Binda et al., 2019). Algunos estudios como el realizado en Estados Unidos por el U.S. Department of Health and Human Services (2006) demuestran que uno de los predictores más significativos para un correcto desarrollo psicomotor, socioemocional y cognitivo es la calidad de la interacción madre-hijo, es decir, observaron que cuánto más sensible, responsiva y estimulante era la madre en las interacciones con su bebé, mejores resultados se obtenían en las evaluaciones de dichas variables.

Como se puede advertir tras la investigación científica, la salud mental maternal es de gran importancia para que los bebés que nazcan tengan salud y buen desarrollo integral. Sin embargo y pese a ser un problema que afecta a una gran parte de la población femenina, la mayoría de las mujeres en esta situación no recibe la atención que necesita, bien por no ser identificadas o bien por la falta de especialistas en salud mental en el sistema de salud nacional (WHO, 2022).

Esto sigue siendo un problema en la actualidad, aunque ya el National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014) exponía que para una buena atención, el sistema sanitario debía crear unas redes clínicas que ofrecieran un servicio multidisciplinar especializado, un acceso universal a asesoramiento especializado y unos protocolos claros de derivación y gestión de los servicios, enmarcándose en un sistema de atención escalonada.

La asistencia sanitaria en los servicios de salud mental materno infantil, según el NICE (2014) y la WHO (2022), deben basarse en un enfoque de atención escalonada. Este enfoque garantiza la provisión de intervenciones basadas en la eficiencia, redistribuyendo los recursos disponibles en función de las necesidades de cada mujer.

El enfoque de atención escalonada (WHO, 2022) se fundamenta en diferentes escalones que van de menor a mayor intensidad en la intervención y de menor a mayor proporción de mujeres afectadas:

- Intervenciones enmarcadas dentro de la promoción de salud: Las destinatarias de estas intervenciones serían aquellas mujeres que pueden experimentar desafíos, pero se ven capaces de hacerles frente. Algunos ejemplos de promoción serían la proporción de una atención no estigmatizante y respetuosa, psicoeducación accesible para todas las mujeres, manejo del estrés o detección de aquellas que tienen mayor riesgo de experimentar dificultades en este periodo.
- Intervenciones para los desafíos para la salud mental de una duración determinada: La población diana de estas intervenciones serían aquellas mujeres que ven mermada su capacidad de funcionar en su vida cotidiana en una duración menor a dos semanas. La principal estrategia de actuación sería la Terapia Breve.
- Intervenciones para problemas de salud mental leves: Dirigidas a mujeres con síntomas que interrumpen el funcionamiento en su vida diaria durante al menos dos semanas. Las intervenciones que se enmarcarían en este escalón serían terapias psicosociales breves basadas en la evidencia y la derivación a la atención especializada de aquellas cuyos síntomas no mejoren.
- Intervenciones para problemas de salud mental moderados y graves: Dedicado a aquellas mujeres que tienen muchos síntomas y de larga duración que afectan de manera significativa a sus capacidades. La estrategia principal sería la atención de un especialista en salud mental materno infantil.

Apostar por una buena salud mental materno infantil puede incrementar los resultados de salud y la calidad de vida de muchas mujeres que atraviesan dificultades durante esta etapa, apoyándose en un entorno seguro y respetuoso, libre de estigmas que permita un mejor cuidado y desarrollo de sus bebés (WHO, 2022).

Según investigaciones como la de Ayerza & Herraiz (2015), en España en 2015 apenas se habían desarrollado programas preventivos para tratar de reducir la incidencia de la DPP, así como el Sistema Nacional de Salud no contaba con tratamientos con una validez clara que los apoyara (O'Hara et al., 2015).

En Estados Unidos, durante la década de los 90, ya se originaron los primeros grupos de intervención dentro de un programa llamado "Mamás y Bebés", basado en la TCC (Le et al., 2011), considerándose con el paso del tiempo una intervención eficaz y tomada como referencia (O'Hara & McCabe, 2013), hasta el punto de que en España, el Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid, se propuso adaptar el programa Mamás y Bebés con mujeres en riesgo moderado que fueran asistidas en la red sanitaria de Madrid (Rodríguez-Muñoz et al., 2016). Este tipo de intervenciones se ven reforzadas por el coste mínimo que suponen, así como por el beneficio que suponen para las mujeres y sus familias en su calidad de vida (Marcos-Nájera et al., 2017).

Para llevar a cabo este tipo de intervenciones, se ha de tener en cuenta la trascendencia que puede tener la formación en los profesionales sanitarios para que puedan identificar, evaluar e intervenir antes de que esos síntomas mermen la salud mental y física de las mujeres y sus bebés (WHO, 2022).

Es evidente que los problemas de salud mental maternal tienen una alta prevalencia y que, intervenir partiendo desde el origen, los factores contextuales, con una buena evaluación que permita detectarla y con intervenciones accesibles para todas las mujeres, con una atención respetuosa y libre de abusos, es un desafío principal al que la sociedad se enfrenta (Marcos-Nájera et al., 2017; WHO, 2022).

De la presente información surge la necesidad de conocer qué intervenciones se realizan en la actualidad para abordar dicha problemática, por ello se propone la siguiente revisión sistemática, con el fin de recopilar las investigaciones científicas más actuales en las que se propongan diferentes tipos de intervención psicológica y analizar los efectos que tengan sobre esta población.

1.2. OBJETIVOS

El objetivo general de este Trabajo de Fin de Máster es identificar las intervenciones realizadas sobre la interacción díada madre-hijo en población materno infantil que padezca síntomas de depresión y/o estrés postraumático durante y posterior al embarazo y ver qué efectos tienen sobre el apego y a su vez sobre el desarrollo del bebé.

Como objetivos específicos se proponen: (1) averiguar las intervenciones que se realizan con madres con DPP y sus hijos enfocadas en fomentar el vínculo afectivo, el apego y las interacciones saludables entre ambos, (2) comprobar si dichas intervenciones con mujeres con DPP son efectivas, (3) averiguar las intervenciones que se realizan con madres con TEPT y sus hijos enfocadas en fomentar el vínculo afectivo, el apego y las interacciones saludables entre la díada madre-hijo y (4) comprobar la efectividad de las intervenciones con madres TEPT y sus hijos.

2. METODOLOGÍA

El presente estudio llevado a cabo trata de una revisión sistemática de la literatura, definida como “examen sistemático de la literatura que identifica, evalúa e interpreta todas las investigaciones disponibles pertinentes a una cuestión de investigación particular, o a un área temática, o a un fenómeno de interés” (Kitchenham, 2004).

El primer paso para llevar a cabo la presente revisión fue la selección del tema. El interés de conocer qué intervenciones se realizan con mujeres con síntomas de DPP o TEPT y cuáles son los efectos que tienen dichas intervenciones surge debido a que, en nuestra sociedad actual, las madres que sufren estos síntomas son, muchas veces, catalogadas como “malas madres”, visión sobre sí mismas que las propias mujeres llegan a compartir, por lo que muchas no piden ayuda

o sienten vergüenza de contar qué es lo que sienten en la nueva etapa vital que implica tener un hijo. Es por ello por lo que se presenta la idea de investigar sobre qué tipo de intervenciones se realizan en esta parte oculta de la maternidad para fomentar las interacciones saludables entre madre e hijo y facilitar la transición a su nueva etapa vital.

2.1. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Con el fin de acercarse al objetivo de estudio, se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión que permitieran facilitar la selección de los artículos que finalmente forman parte de la revisión.

A continuación, en la siguiente tabla (Tabla 1.) se presentan ambos criterios.

Tabla 1.

Criterios de inclusión y exclusión fijados para la revisión sistemática.

CRITERIOS INCLUSIÓN	CRITERIOS EXCLUSIÓN
Población: madres con síntomas de DPP y/o TEPT durante o tras el parto y sus hijos/as.	Madres con otro tipo de sintomatología.
Intervenciones que reporten resultados con foco principal en la estimulación del vínculo de apego materno filial.	Intervenciones enfocadas sólo en la madre o sólo en el bebé.
Publicaciones científicas entre 2012-2023	Investigaciones publicadas en fechas anteriores a 2012.
Publicaciones en idioma español o inglés	Publicaciones en idiomas que no sean en español o inglés.

Fuente: Elaboración propia.

2.2. FUENTES DE INFORMACIÓN

Las principales fuentes de información utilizadas han sido PubMed, Cochrane, PsycInfo y Psycodoc. Las primeras búsquedas se realizaron entre los meses de diciembre de 2022 y enero de 2023, siendo la búsqueda definitiva con las palabras clave escogidas en febrero de 2023.

2.3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Una vez seleccionado el tema y las fuentes de información, se pasó a la estrategia de búsqueda de estudios. Durante los meses de diciembre de 2022, enero y febrero de 2023 se procedió a la investigación y selección de los artículos, en la que, como se ha mencionado previamente, se realizaron búsquedas en diferentes bases de datos.

Los descriptores utilizados en todas las fuentes fueron “AND” y “OR”, siendo las cadenas de palabras empleadas en inglés: (((((((("POSTPARTUM DEPRESSION") OR ("PPD")) OR ("POST-

TRAUMATIC STRESS DISORDER")) OR ("PTSD")) AND ("MATERNAL ATTACHMENT")) OR ("MOTHER INFANT ATTACHMENT")) OR ("INSECURE ATTACHMENT")) AND ("THERAPY")), en español: (((((((("DEPRESIÓN POSPARTO") OR ("DPP")) OR ("TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO")) OR ("TEPT")) AND ("APEGO MATERNAL")) OR ("APEGO MADRE HIJO")) OR ("APEGO INSEGURO")) AND ("TERAPIA")).

Como filtros se establecieron: (1) la fecha de publicación, limitando a estudios entre 2012 y 2022, y (2) estudios que fueran ensayos clínicos. Los resultados encontrados fueron 21 artículos en PubMed, 97 en Cochrane, 290 en PsycInfo y 5 en Psycodoc.

2.4. PROCESO DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Para facilitar la selección y la eliminación de la documentación duplicada, se utilizó la aplicación Rayyan QCRI, que permite cribar mediante la lectura del título, el abstract y los criterios de inclusión y exclusión, los artículos encontrados en las bases (Ouzzani et al., 2016). Tras este paso, se llevó a cabo una selección de la documentación mediante la lectura a texto completo. Para visualizar este proceso de selección se ha utilizado la declaración PRISMA 2020 usada principalmente para revisiones sistemáticas de estudios que evalúan los efectos de las intervenciones sanitarias, adjuntando los aspectos conceptuales y metodológicos innovadores (Page et al., 2021).

2.5. CODIFICACIÓN

Como se menciona previamente, para la selección final de unidades de análisis, se utilizaron los criterios de inclusión y exclusión escogidos, y a través de la aplicación Rayyan QCRI, se fueron incluyendo o excluyendo. Así mismo, con esta aplicación se fueron clasificando los estudios en función de la población estudiada, el diseño del estudio, el tipo de intervención, las variables medidas, los resultados obtenidos y el nivel de evidencia con el que contaban esas investigaciones. Sólo se contó con un revisor para la extracción de datos.

3. RESULTADOS

3.1. SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS

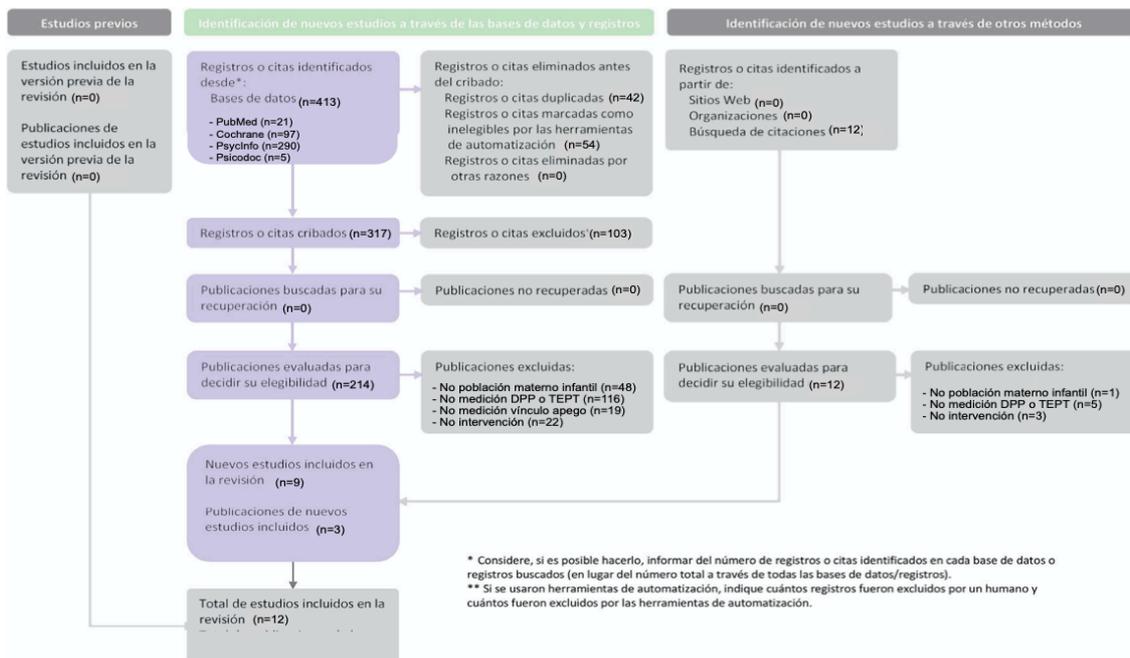
Para realizar la selección de los estudios, se utilizó la declaración PRISMA (2020). Como se puede observar en la Figura 1. el número total de estudios encontrados en las 4 bases de datos

utilizadas fueron 413, quedándose un total de 214 artículos científicos para la evaluación final, que, con los criterios de inclusión y exclusión determinados previamente, hizo que se excluyeran un total de 205 estudios y quedaran 9. Por otro lado, se encontraron un total de 12 investigaciones fuera de las bases de datos, incluyéndose finalmente 3 artículos, haciendo un total de 12 unidades de análisis incluidas en la revisión sistemática de la literatura presente.

A continuación, en la Figura 1., se presenta el diagrama de flujo PRISMA.

Figura 1.

Diagrama de flujo PRISMA en el que se detalla el proceso de selección de artículos.



Fuente: Elaboración a través de Page et al. (2021)

3.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS

A continuación, se muestra una visión más detallada de las características y resultados de las diferentes publicaciones que conforman la presente revisión sistemática (Tabla 2.).

Tabla 2.

Visión detallada de las unidades de análisis que forman parte de esta revisión sistemática de la literatura.

Autor/es y fecha de publicación	Diseño del estudio	Sujetos	Intervención	Evaluación	Resultados
Reay et al. (2012)	Ensayo clínico aleatorizado	44 mujeres con depresión posnatal y sus hijos (Grupo experimental N=23/ grupo control N=21)	Psicoterapia Interpersonal Grupal	<p>-Situación sociodemográfica: Cuestionario para obtener información de las participantes y su familia</p> <p>- Depresión: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II),</p> <p>-Calidad vida: Escala Dyadic Adjustment Scale (DAS) para medir la calidad de vida en pareja.</p> <p>-Apoyo social: Interpersonal Support Evaluation List (ISE) para medir el nivel de apoyo social</p> <p>-Apego: Inventario de Apego Maternal (Maternal Attachment Inventory, MAI). Evaluación al inicio como línea base, a las 4 semanas de empezar la intervención, al finalizar la intervención, a los 3 meses de haber finalizado la intervención y a los dos años</p> <p>-Eventos recientes: Se realizó un cuestionario propio con el fin de conocer los cambios personales que habían sufrido en el último tiempo</p> <p>-Salud emocional: Cuestionario ad hoc elaborado para recabar información sobre</p>	<p>El 82% de las madres habían sufrido depresión previamente, siendo ambos grupos parecidos en términos sociodemográficos y con eventos vitales comunes.</p> <p>Las pruebas t para muestras independientes revelaron que: los dos grupos no diferían en las puntuaciones previas al tratamiento en EPDS, BDI, MAI, DAS o ISEL.</p> <p>Se realizó una comparación por pares de las puntuaciones medias de EPDS: los síntomas de las madres del grupo experimental fueron significativamente más bajos que el control al final del tratamiento y a los 3 meses de seguimiento, pero no a los 2 años de seguimiento ($p > 0,05$).</p> <p>El análisis ANOVA reveló que sólo el MAI mostró una diferencia significativa entre las dos condiciones a favor de la terapia interpersonal ($F(2.7,104)03.680$, $p0.017$; $\eta^2 200.088$), igualándose ambos grupos en el seguimiento a dos años en todas las variables.</p>

				tratamientos psicológicos y físicos a los cuales se habían sometido previamente.	
Horowitz et al. (2013)	Ensayo clínico aleatorizado de medidas repetidas	134 díadas madre-hijo con diagnóstico de DPP (puntuación >10 EPDS)	Intervención conductual centrada en las relaciones (CARE)	Situación sociodemográfica: Mother's Information Tool (MIT) (información de edad, educación, empleo, antecedentes familiares...) Se evaluó en la Fase II -Depresión: EPDS y Escala Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) tanto en la Fase I de preselección como en la Fase II. Entrevista diagnóstica (SCID-1) para clasificar a los participantes, eliminando previamente a la Fase II a las que no tenían depresión. -Relación Madre-hijo: Escala Nursing Child Assessment Teaching Scale (NCATS), para medir la eficacia de las interacciones madre-hijo, en la Fase II. -Grado de satisfacción: Fase III se entrevistó a varios de los participantes de ambos grupos con el fin de evaluar su percepción de utilidad del programa	No diferencias significativas en la línea de base de ambos grupos Aumento de la efectividad de la relación materno-filial: se realizó un análisis RANOVA, no se obtuvo interacciones significativas entre el grupo control y el experimental, aunque sí mejoraron significativamente periodos de tiempo específicos (entre las 6 semanas y los 9 meses) en ambos grupos. Depresión: no se encontró diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control, aunque ambos tuvieron disminuciones significativas en la gravedad de los síntomas en el periodo de 6 semanas a 9 meses. Entrevista de satisfacción: la mayor parte de madres de ambos grupos manifestaron que la intervención fue un apoyo para ellas.
Thomas et al. (2014)	Diseño pre-post sin grupo control	37 mujeres en el segundo o tercer trimestre de embarazo con antecedentes de depresión o con síntomas	Intervención grupal prenatal (Terapia cognitivo conductual y terapia interpersonal)	- Depresión: Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), antes de la intervención (T1) y después (T2). EPDS, en tres tiempos, antes, después y a los dos meses de intervenir. -Ansiedad: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), pre y post intervención. -Apego maternal prenatal: Condon Maternal Antenatal Attachment Scale, pre y post intervención. -Grado de satisfacción: CSQ-8 post intervención. Formulario creado ad hoc sobre	Reducciones significativas en el nivel de depresión CES-D (p<0,001), una reducción significativa en el estado de ansiedad (p<0,001) y una mejora significativa en el apego materno (p= 0,006) al final T2 en comparación con T1. Satisfacción: la puntuación media total en el CSQ-8 fue de 30,4 (rango de 24 a 32), lo que sugiere una alta satisfacción con la intervención recibida. La escala EPDS correlacionó significativamente (p<0,001) con el CES-D en T1 (r=0,72) y T2(r=0,78).

		emergentes		el cumplimiento de sus expectativas y si recomendarían el programa.	
Goodman et al. (2015)	Ensayo clínico aleatorizado piloto	42 díadas primizas madre-hijo con puntuación superior >9 < 20 en la EPDS (Grupo experiment al N=21/ grupo control N=21)	Psicoterapia Diádica Perinatal	-Depresión: Entrevista diagnóstica SCID-I y EPDS (para evaluar la gravedad) pre, post intervención y durante el seguimiento. -Ansiedad Maternal: STAI pre, post intervención y durante el seguimiento. -Autoestima materna: inventario Maternal Self-Report Inventory (MSRI) al inicio y su versión abreviada al final y en el seguimiento. -Estrés parental: Índice de Estrés Parental (PSI-SF), mide angustia parental y la interacción disfuncional entre padres e hijos. -Interacción madre-hijo: Las díadas se grabaron en sesiones de juego libre tanto después de la intervención como durante el seguimiento, y se analizaron con el manual Coding Interactive Behavior (CIB) con el fin de evaluar la sensibilidad de las interacciones.	No hubo diferencias significativas en variables sociodemográficas. Depresión: de las 13 mujeres que cumplían los criterios de depresión mayor o menor al inicio, 10 ya no cumplían los criterios después de la intervención y 12 no tenían un diagnóstico de depresión en el seguimiento. Ansiedad: al inicio 17 mujeres cumplían criterios para uno o más trastornos de ansiedad, mientras que tras la intervención ese número se redujo a 8. Autoestima: Las puntuaciones aumentaron desde el inicio hasta después de la intervención, e incluso en el seguimiento de 3 meses ($p < .001$). Interacción maternofilial: no diferencias estadísticamente significativas en tiempo ni grupo.
Suess et al. (2016)	Diseño cuasiexperimental	78 díadas madre-hijo (grupo experimental) y 29 díadas (grupo control) en riesgo de abandono y maltrato	Programa de intervención STEEP	-Apego: Procedimiento de la situación extraña a las edades de 12 y 24 meses. Attachment Q-Sort (AQS) a los 24 meses de edad. -Estrés parental: PSI-SF, tanto a los 12 como a los 24 meses de edad del bebé. -Crianza: The Adult/Adolescent Parenting Inventory (AAPI), evalúa las actitudes de la madre respecto a la crianza y educación. A los 12 y a los 24 meses. -Depresión madre: EPDS a los 12 y 24 meses.	A los 12 meses del bebé, el 71,8% de las díadas del grupo experimental habían desarrollado una relación de apego seguro en comparación con el 45,5% del grupo control ($p < .05$). Esta diferencia fue significativa ($\chi^2 [1100] = 5,301$, $p = 0,02$, Cramer $V = 0,23$). A los 24 meses la distribución de apegos fue similar para ambos grupos. Desorganización del apego: grupo experimental probabilidad 4,2 veces mayor al control de desarrollar un apego organizado a los 24 meses de edad. Diferencias de apego, las madres experimentales tuvieron mayor puntuación en el AQS con un efecto de tamaño medio ($d = 0,42$).

				-Exposición al riesgo: evaluando ciertas categorías como la edad, la educación, la economía o los antecedentes familiares.	Estrés parental, a los 12 meses las madres del grupo experimental obtuvieron puntuaciones más altas que el control en el PSI, diferencia que desapareció a los 24 meses de edad. Así mismo a los 12 meses no se encontraron diferencias significativas en las actitudes parentales, aunque por otro lado a los 24 meses las madres de STEEP obtuvieron puntuaciones en el AAPI significativamente más bajas. Finalmente, en cuanto a la depresión, no hubo diferencias significativas en la puntuación de la EPDS entre ambos grupos.
Ramsauer et al. (2019)	Ensayo clínico aleatorizado	72 díadas madre-hijo (bebé entre 4-9 meses) con diagnóstico de depresión posparto según DSM-IV (Grupo experiment al N= 36/ grupo control N=36)	Intervención Circle of Security-Intensive (COS-I)	-Depresión: SCID-I diagnóstico inicial. Inventario de Depresión de Beck-I (BDI-I) y la Lista Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). -Apego infantil: Situación Extraña. -Sensibilidad materna: Al inicio y durante el seguimiento se usó el Q-sort en su versión reducida (Mini-MBQS-V). -Apego de la madre: Adult Attachment Interview (AAI).	La mayoría de madres mostró síntomas depresivos clínicamente relevantes (puntuaciones BDI entre 18-29) y síntomas patológicos (SCL-90-R) (puntuaciones entre 56 y 63). Todas las madres (100% de ambos grupos) cumplían con los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos del DSM-4 (depresión mayor, distimia o trastorno adaptativo con síntomas depresivos). Apego: la mayoría de bebés se calificaron con un apego seguro. Apego desorganizado: 19,4% del grupo control 20,6% del grupo experimental, no se encontró diferencias significativas, ni al inicio ni en el seguimiento. Al inicio, el 32,3% de las madres del grupo control (n = 31) y el 22,6% de madres del grupo de intervención COS-I (n = 33) se caracterizaron por apego no resuelto.
Alhusen et al. (2021)	Ensayo clínico aleatorizado piloto	60 mujeres embarazadas con puntuación	Mothers and Babies Course (Intervención	-Depresión: EPDS tanto durante el embarazo (36 semanas de gestación como en el posparto a las 12 semanas).	Las comparaciones entre grupos demostraron diferencias mínimas en las características sociodemográficas iniciales, lo que sugiere que la aleatorización fue exitosa.

		>12 en la EPDS	cognitivo-conductual)	-Vínculo maternal fetal: Maternal Attachment Scale (MFAS) en dos momentos durante el embarazo. -Sensibilidad materna: NCAST-Feeding a las doce semanas del parto, que examina la sensibilidad materna durante la lactancia.	Depresión: a las 36 semanas de gestación, la puntuación disminuyó 5,77 puntos desde el inicio en el grupo de intervención y 2,50 puntos en el grupo control. Las puntuaciones medias de cambio desde el inicio hasta las 12 semanas posteriores al parto demostraron una reducción de 8,32 en el grupo de intervención en comparación con 4,59 en el grupo control. Vínculo maternal: comparando desde el inicio hasta las 36 semanas de gestación se reveló que el grupo de intervención tenía una puntuación de cambio media de 12,60 en comparación con 4,60 entre las participantes asignadas al control.
Çelik & Çiğdem (2021)	Ensayo clínico aleatorizado	58 díadas madre-hijo prematuros (Grupo experiment al N=31 / grupo control N=27)	Método canguro (KC)	-Variables sociodemográficas: Formulario de preguntas elaborado ad hoc por los propios investigadores con el fin de recabar más información sobre la madre y el bebé. -Depresión: EPDS tanto antes de la intervención como al finalizar. -Apego maternal: Maternal Attachment Scale (MAS), la cual mide el apego materno con el amor maternal. Se pasó al inicio y al final de la intervención. -Vulnerabilidad del bebé: La Vulnerable Baby Scale (VBS) para medir las percepciones maternas de la vulnerabilidad de los bebés.	En cuanto a características sociodemográficas no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0.05$). Al inicio se encontraron diferencias significativas ($p < 0,001$) en las puntuaciones de la VBS entre el grupo control ($43,66 \pm 4,63$) y el experimental ($17,22 \pm 5,39$). EPDS: las madres que no aplicaron KC tenían una puntuación media de $18,07 \pm 7,59$ pretest y $17,22 \pm 7,95$ posttest, no hallando una diferencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$). En el grupo experimental en la medición pre-test el promedio de las madres que aplicaron KC fue 20.70 ± 6.41 , y el promedio post-test fue 4.48 ± 5.38 , y estadísticamente se observó significación ($p < 0.001$). MAS: la puntuación media pre-test del grupo experimental fue de $85,09 \pm 12,50$ y la puntuación post-test $99,19 \pm 9,26$, se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.01$).

Husain et al. (2021)	Ensayo clínico aleatorizado	107 díadas madre-hijo (Grupo experiment al N=54/ grupo control N=53)	Programa Learning through Play Plus Thinking Healthy Program (LTP Plus)	<p>-Depresión: EPDS y la escalada de clasificación de depresión de Hamilton (HDRS) tanto a los 3 como a los 6 meses.</p> <p>-Apego materno: MAI a los 3 y 6 meses.</p> <p>-Apoyo social: Oslo-3 Scale, la cual evalúa la relación con familiares, amigos y vecinos. Se pasó a los 3 y a los 6 meses.</p> <p>-Calidad de vida: Euro-Qol (EQ-5D-5L) tanto a los 3 como a los 6 meses.</p>	Los resultados muestran una mejora estadísticamente significativa ($p < 0.001$) en la HDRS en el grupo experimental a los 3 y 6 meses en comparación con el grupo control. En el MAI las puntuaciones fueron significativamente más altas en el grupo experimental en las evaluaciones de resultados a los 3 y 6 meses en comparación con el grupo control ($p < 0.001$). Las puntuaciones de la EQ-5D-5L mejoraron significativamente para el grupo experimental en comparación con el grupo control ($p < 0.001$).
Kehl et al. (2021)	Diseño de investigación mixto con asignación aleatoria	Díadas padres-hijo prematuros (< 32 semanas de gestación) (10 parejas grupo experiment al/ 6 parejas grupo control)	Musicoterapia creativa (MTC)	<p>-Ansiedad: se midió con la STAI-SKD, la cual es la versión alemana abreviada del STAI.</p> <p>-Depresión: Se utilizó la EPDS</p> <p>-Estrés: Para medir el estrés parental se utilizó la Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU), que evalúa la experiencia de los padres con varios factores estresantes.</p> <p>-Apego: Se midió gracias a la Pictorial Representation of Attachment Measure (PRAM), la cual evalúa el apego de manera implícita y no verbal.</p> <p>Todas las variables se midieron en tres tiempos, T1, T2 Y T3.</p>	Los dos grupos no difirieron significativamente en los niveles de STAI-SKD en T1, T2, T3 ($p > 0.05$) Depresión: grupo experimental reducción significativa en los síntomas depresivos en T2 (Mdn = 8,00) a T3 (Mdn = 4,00) con un valor de p corregido por Bonferroni de 0.025 ($z = -2,04$, $p = 0,022$, $r = -0,373$). Estrés: no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos entre T1 y T2 ($p > 0.05$). Apego: no diferencia significativa entre los dos grupos en la primera medición. En T2, el grupo experimental exhibió una distancia significativamente más corta (Mdn = 2,80 cm) en comparación con el control (Mdn = 3,70 cm), $U = 28,00$, $z = -2,21$, $p = 0,026$, $r = -0,452$. En T3 no hubo diferencias significativas entre los grupos ($p > 0,05$). PSS: NICU: no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.
Wulff et al. (2021)	Ensayo clínico aleatorizado	120 díadas madre-hijo (35-42 semanas de gestación)	Intervención canto maternal	-Ansiedad: Se usó el STAI en dos tiempos, a los 2 semanas del posparto (T1) y a las 12 semanas (T2). De igual manera se midió el cortisol salival materno como marcador fisiológico del estrés en la primera sesión del programa de intervención.	No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables entre los grupos experimental y control ($p \geq 0,277$). Dentro del grupo experimental diferencias significativas en la puntuación del SAM entre la pre y

	(Grupo experiment al N=59 /grupo control N=61)	-Depresión: Se midió gracias a la EPDS tanto en T1 como en T2. -Apego materno: Se utilizó el Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) también en ambos tiempos. Junto con el PBQ se utilizó una escala analógica visual (VAS) para que los participantes calificaran su cercanía percibida con el bebé. -Estado emocional: se midió con el Self-Assessment Manikin (SAM), un cuestionario en el que los participantes evalúan sus sentimientos. Se pasó al inicio y al final de la primera intervención.	post intervención [t (50) = 3.33, p = .002, d = 0.43 (IC 95% 0.03, 0.82)], indicando una mayor felicidad. VAS: se encontraron diferencias significativas entre T1 y T2 dentro del grupo experimental [t (51) = - 3.40, p = .001, d = 0.43 (IC 95% 0.04, 0.82)], lo cual indica mayores sentimientos de cercanía y apego. Cortisol salival: una prueba t para muestras dependientes mostró una diferencia significativa entre la medición previa y posterior [t (49) = 2.35, p = .023, d = 0.32 (IC 95% 0.07, 0.72)]. El nivel de cortisol disminuyó significativamente. PBQ: no se reveló un efecto principal significativo [F (1, 111) = 0.85, p = .359, d = 0.08 (IC 95% -0.18, 0.35)]. STAI: grupos disminuyeron significativamente sus puntuaciones. EPDS: reducción de los síntomas depresivos entre T1 y T2.		
Merza et al. (2023)	Diseño pre-post sin grupo control	47 díadas madre-hijo con puntuación >10 en la EPDS	Talleres online basados en TCC impartidos por mujeres recuperadas de la DPP	-Depresión: EPDS -Ansiedad: Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) -Apego: PBQ y el Infant Behavior Questionnaire-R (IBQ-R) -Apoyo social: Social Provisions Scale (SPS) mide percepción de las relaciones sociales.	Hubo reducciones del tamaño del efecto en la depresión y la ansiedad, así como mejoras de tamaño de efecto medio en el apoyo social y el vínculo madre-hijo.

Fuente: Elaboración propia.

3.3. RESUMEN DE LOS ESTUDIOS

Tras el análisis de los estudios incluidos, se pueden observar conclusiones afines en referencia a la utilidad que tienen las intervenciones que se realizan sobre la salud mental maternal en la mejora del apego y el vínculo con su bebé.

En primer lugar, cabe destacar que no se ha encontrado ninguna investigación en la que se propusiera una intervención psicológica para mejorar el vínculo materno filial para aquellas mujeres con síntomas de TEPT durante o tras el embarazo, por lo que no se han podido incluir como unidades de análisis para la revisión sistemática de la literatura ningún estudio relacionado.

Referente a las madres con síntomas de DPP, se han encontrado resultados muy esperanzadores respecto al efecto que puede tener sobre la relación madre-bebé. En primer lugar, en cuanto al estudio de Reay et al. (2012), donde se propuso como intervención la terapia interpersonal grupal (TIP), la cual está enfocada en las transiciones de roles sociales, los conflictos interpersonales, así como en el duelo y las pérdidas que implica convertirse en madre, obtuvieron como resultados que en comparación con el resto de tratamientos (antidepresivos, terapia individual, etc.), la TIP mejoraba los síntomas depresivos, incluso en el seguimiento a los 3 meses posteriores, pero igualándose ambos grupos en el seguimiento a 2 años. De igual manera, se observó una mejora en el vínculo con el bebé en las madres pertenecientes al grupo de TIP, aumentando significativamente las puntuaciones del MAI al final del tratamiento, pero igualándose también al cabo de los 2 años.

En relación, la investigación de Horowitz et al. (2013) propone como intervención “Communicating And Relating Effectively” (CARE), la cual consiste en una intervención conductual centrada en las relaciones, realizada por enfermeras, las cuáles se encargan de enseñar a las madres con DPP a relacionarse de manera más adaptativa y menos intrusiva con sus bebés. Sin embargo, no encontraron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el control en cuanto a la mejora de las interacciones saludables entre la madre y el bebé, ni en lo relacionado con los síntomas depresivos. Por otro lado, cabe destacar que en ambos grupos se obtuvieron mejoras en la calidad del vínculo materno y una disminución de la gravedad de los síntomas de DPP.

Por otro lado, existen investigaciones enfocadas en la fase prenatal, como la de Thomas et al. (2014), en la que pusieron a prueba un programa grupal prenatal, basado en estrategias conductuales de autocuidado, psicoeducación, TIP para el apoyo social, la pareja y la transición de roles y en la importancia de la relación entre padres e hijo. Los resultados que obtuvieron fueron que las puntuaciones de depresión disminuyeron, así como mejoraron significativamente en el apego maternal en comparación con la línea base.

En la investigación de Goodman et al. (2015), se propuso la psicoterapia perinatal diádica para favorecer las relaciones óptimas entre madre e hijo y la salud mental materna. Este tipo de psicoterapia se fundamenta en un componente psicoterapéutico de apoyo entre la madre y el bebé, y otro componente orientado al desarrollo del niño, enfocado en promover las respuestas sensibles y las interacciones positivas. Se llevó a cabo en los hogares de las participantes y fue realizada por enfermeras materno-infantiles capacitadas para dicha

psicoterapia. Los resultados que obtuvieron tras la intervención fueron muy interesantes, ya que consiguieron reducir significativamente los síntomas de depresión y ansiedad. Además, consiguieron aumentar las puntuaciones del MSRI, lo que implica que las madres mejoraron en su capacidad de cuidar, en el sentimiento de aceptación y en general, en su relación con su bebé.

Suess et al. (2016) proponen como intervención un programa llamado “STEEP”, el cual se basa en la atención integral temprana, con el objetivo principal de apoyar a la madre en el proceso de la creación de un apego seguro y de una sensibilidad adecuada. Como resultados, observaron que los bebés el grupo experimental, al pasar un año desde la intervención, habían desarrollado un apego seguro de manera significativa en comparación con el grupo control, así como desarrollaban apegos más organizados a los 24 meses. Los niveles de estrés parental entre ambos grupos se igualaron a los 24 meses, así como en ese momento, las madres del grupo experimental mostraron una mejor actitud respecto a la crianza y empatía hacia sus bebés. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en cuanto a los síntomas de depresión entre ambos grupos.

Otra de las investigaciones es la que Ramsauer et al. (2019) en la que se obtuvieron resultados divergentes a los mencionados previamente con la intervención Circle of Security-Intensive, la cual consistía en sesiones grupales centradas en trabajar el apego, el desarrollo del bebé, en la autorreflexión y en la crianza. Como resultados, observaron que en cuanto al apego y a la sensibilidad materna, no se observaron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en el que se ofrecía psicoterapia de manera ambulatoria.

Por otra parte, las terapias cognitivo-conductuales son muy frecuentes en el tratamiento de la DPP. Un ejemplo es la intervención llevada a cabo por Alhusen et al. (2021), conocida como Mothers and Babies Course, la cual se realiza de manera grupal y está enfocada en ayudar a las mujeres a manejar sus experiencias y desafíos diarios como madres, enfatizando en promover prácticas de crianza sensibles, controlar los pensamientos negativos y aumentar los apoyos y actividades placenteras. Gracias a esta intervención, los síntomas de depresión disminuyeron de manera significativa durante el periodo perinatal en comparación con el grupo control, así como se obtuvo un aumento de las interacciones positivas con el bebé a las 12 semanas del parto. También relacionada con la terapia cognitivo conductual (TCC), el programa llamado “Learning Through Play Plus Thinking Healthy” llevada a cabo por Husain et al. (2021), tuvo por objetivo principal la provisión de estimulación temprana para el correcto desarrollo del bebé y de información sobre las diferentes áreas de desarrollo infantil para las madres junto con TCC grupal. Los resultados obtenidos en el grupo experimental fueron una mejora significativa de los síntomas depresivos, tanto a los 3 como a los 6 meses, así como un aumento del apego maternal en comparación con el grupo control. Además, se observaron mejoras en la salud de los bebés a los 6 meses de empezar con la intervención, reduciendo las infecciones respiratorias y las diarreas hasta casi tres veces menos que en el grupo control. Así mismo, en el estudio piloto de Merza et al (2023), se propone como intervención un taller online basado en la TCC para mujeres con DPP impartido por mujeres que han pasado por el mismo proceso

y se han recuperado. En primer lugar, se capacitó a las mujeres que iban a impartir los talleres mediante role playing y el entrenamiento de habilidades de enseñanza. Los talleres en sí consistían en dar a conocer la etiología, trabajar habilidades cognitivas y conductuales, así como favorecer la toma de decisiones y la planificación de metas. Los resultados obtenidos fueron prometedores, ya que consiguieron reducir significativamente los síntomas de depresión y ansiedad, así como se observaron mejoras en el vínculo madre-hijo y en el apoyo social recibido.

Otro ejemplo de terapias muy prometedoras es la que proponen Çelik & Çiğdem (2021), en la que instruyeron a madres de bebés prematuros en la técnica del método canguro una vez al día durante 5 días, animándolas a seguir con la práctica durante el resto de su estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales. A las dos semanas de que les dieran el alta, obtuvieron como resultados que los síntomas depresivos disminuyeron significativamente, de igual modo que el apego maternal aumentó considerablemente tras realizar el método canguro.

Otra de las intervenciones que se pueden realizar con madres con DPP, es la musicoterapia. En la publicación de Kehl et al. (2021) enfocada en bebés prematuros, se realizaron sesiones de musicoterapia de 20 minutos, con los padres participando junto al musicoterapeuta. Tras realizar musicoterapia, las madres del grupo experimental vieron reducidos sus síntomas depresivos entre la estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales y 2 semanas tras el alta. En relación con el apego, no se observaron diferencias significativas entre el grupo control y el experimental. Aun así, durante la entrevista final, los padres expresaron que la musicoterapia les permitía tener un espacio de relajación y de protección en el que podían pasar tiempo de calidad con su bebé.

En relación con las terapias en las que se integran la música como componente terapéutico, Wulff et al. (2021), llevaron a cabo una investigación en la que el objetivo de intervención fue implementar interacciones entre la madre y el bebé basadas en el canto y la música. Se utilizaron juegos, canciones de cuna y movimientos con música en sesiones de 45 minutos. Como resultados, descubrieron que los síntomas depresivos maternos se vieron reducidos a las 12 semanas posparto en el grupo en el que se realizaba el canto, así como de manera inmediata tras la intervención las mujeres informaron de un mayor sentimiento de confianza e independencia hacia sí mismas. Sin embargo, en cuanto al apego y a la proximidad con el bebé no se observaron diferencias significativas a largo plazo.

Como síntesis, de los 12 artículos iniciales, 5 fueron investigaciones centradas en estudiar los efectos de la TCC en madres con DPP y sus hijos, demostrando que con este tipo de terapia se puede conseguir una reducción de los síntomas depresivos junto con una mejora del vínculo maternal. Por otro lado, se encontraron 2 investigaciones enfocadas en estudiar la música como herramienta terapéutica encontrando que la DPP se veía reducida, aunque sin embargo no tuvo efectos sobre el desarrollo de un apego saludable. Del mismo modo, también se han encontrado 2 publicaciones en las que se utiliza la TIP para combatir la DPP, consiguiendo tanto una mejora de la depresión como del vínculo materno filial.

4. DISCUSIÓN

4.1. REAFIRMAR LOS OBJETIVOS DE LA REVISIÓN Y LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Retomando el objetivo general de la presente revisión de identificar las intervenciones realizadas sobre la interacción díada madre-hijo en población materno infantil que padeciera síntomas de DPP y/o TEPT durante y posterior al embarazo y observar sus efectos sobre el apego y el desarrollo del propio bebé, se puede concluir que las intervenciones con componentes de TCC y TIP tienen una gran relevancia en el tratamiento de mujeres con DPP y sus bebés, teniendo grandes efectos en la reducción de síntomas depresivos y en el aumento de la sensibilidad y de las interacciones positivas entre ambos, favoreciendo el apego. Por otro lado, y como se ha mencionado anteriormente, no se han encontrado investigaciones científicas en las que se propusieran intervenciones que abordaran la población materno infantil con TEPT enfocadas a favorecer la interacción díada madre-hijo.

Tal y como se muestra en el análisis, y en respuesta al objetivo específico de averiguar las intervenciones realizadas con madres con DPP y sus hijos, enfocadas a fomentar las interacciones saludables, se puede observar que en los últimos años se está trabajando en dar respuesta a esta problemática y han surgido diversos programas que comparten ciertos componentes. En primer lugar, cabe destacar que la mayoría de programas tienen como componente principal la TCC y la TIP, centradas en favorecer la transición hacia su nuevo rol como madres, facilitar información sobre qué es lo que deben esperar de esta nueva etapa y qué pueden hacer para favorecer el desarrollo de sus bebés, así como ofrecer herramientas para posibilitar interacciones positivas y saludables con sus hijos, como las intervenciones de Reay et al. (2012), Howowirz et al. (2013), Thomas et al. (2014), Alhusen et al. (2021), Husain et al. (2021) o Merza et al. (2023).

Por otro lado, la evidencia científica actual está apostando por la música como base la intervención, encontrando programas como el de Kehl et al. (2021) y el de Wulff et al. (2021), en el primero impartido por un musicoterapeuta con los padres, mientras que en el segundo las madres eran quienes participaban.

Celik & Çiğdem (2021) proponen por su parte el método canguro como intervención para afrontar la DPP, apostando por que el hecho de que el bebé y la madre estén piel con piel ayude a fortalecer los vínculos afectivos, así como el bienestar emocional maternal.

Finalmente, encontramos otros programas de intervención como el de Goodman et al. (2015), el de Suess et al. (2016), el de Ramsauer et al. (2019), en los que ponen en énfasis la importancia de apoyar a la madre en este periodo, así como de trabajar aspectos como la crianza y conocer el desarrollo de los bebés.

Comprobar si dichas intervenciones con mujeres con DPP eran efectivas era el siguiente objetivo que perseguía este análisis. Como se puede comprobar, y tras una exploración

exhaustiva de los resultados que arrojaban las investigaciones científicas, estas intervenciones han sido efectivas tanto en la reducción de los síntomas de depresión como en el aumento de las interacciones positivas en la díada madre-hijo, así como en el establecimiento de apegos saludables entre ambos.

4.2. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tal y como se puede observar, este análisis muestra la importancia de llevar a cabo intervenciones con las díadas cuando se detectan problemas de salud mental en las madres, así como actuar de manera preventiva para evitar que durante el embarazo o el parto estas mujeres desarrollen unos vínculos afectivos con su bebé que derive en obstáculos futuros en el crecimiento del bebé, así como en la calidad del núcleo familiar.

En los estudios de Howowirz et al. (2013), Thomas et al. (2014), Alhusen et al. (2021), Husain et al. (2021) o Merza et al. (2023), en los que se llevaron a cabo programas basados en la TCC, se observaron una mejora tanto en los síntomas de DPP que presentaban las madres, como en el desarrollo de un vínculo positivo maternal y por lo tanto de las interacciones saludables. Componentes como la psicoeducación, el trabajo de habilidades cognitivas y conductuales para el manejo de los desafíos diarios, entre otros, han sido probados por la literatura científica como efectivos para el tratamiento de los síntomas de DPP. Estudios como el de Krzeczowski et al. (2021), en el que se llevó a cabo un tratamiento de TCC grupal durante 9 semanas con mujeres con DPP, muestran cómo se obtuvieron cambios fisiológicos y conductuales en la regulación emocional de los bebés, aunque dichos cambios no parecieron específicamente provocados por los cambios en los síntomas de DPP o en el vínculo maternal. Otro ejemplo de la efectividad de la TCC es el estudio piloto realizado por Van Lieshout et al. (2019) en el que se capacitaron a enfermeras para proporcionar TCC durante 9 semanas a mujeres con DPP en el que se realizaba psicoeducación y reflexión sobre temas relevantes para esta población. Sus resultados han sido prometedores, mostrando que capacitar enfermeras para intervenir grupalmente con mujeres con DPP podría mejorar la depresión, la preocupación excesiva y las relaciones madre-hijo, así como reducir el número de visitas a atención médica, ya que la TCC se realizaba en las comunidades de las participantes. En relación con este estudio y con las investigaciones de Horowitz (2013) o Goodman (2015), se puede observar cómo de importante es la capacitación de la enfermería en la salud mental maternal, ya que estas figuras pueden detectar e intervenir precozmente y así evitar acrecentar los problemas derivados en el apego y depresión.

Por otro lado, otra de las terapias comúnmente utilizadas en dicha población es la TIP, tal y como muestran los estudios de Reay et al. (2012) o Thomas et al. (2014) incluidos en esta revisión, en la que mostraron efectividad ante la reducción de los síntomas depresivos y la mejora de la relación madre-hijo a través de esta intervención enfocada en mejorar las relaciones interpersonales que causan problemas o las circunstancias y contextos directamente relacionadas con el episodio depresivo en cuestión (Solís et al., 2019). En relación, investigaciones como la de O'Hara et al. (2000) se centraron en descubrir cuál era la efectividad

de esta terapia. En su ensayo clínico aleatorizado, mujeres con DPP asistieron a sesiones de TIP durante 12 semanas. Los resultados que obtuvieron fueron muy positivos, logrando la remisión de la depresión en un 37% del grupo experimental, en comparación con el 13% del grupo control. Sin embargo, no estudiaron cómo afectó esta intervención al vínculo afectivo con el bebé.

Emplear la música como elemento terapéutico ha sido otro tipo de intervenciones encontradas en esta revisión, como los estudios el de Kehl (2021) o el de Wulff (2021) en los que la musicoterapia y el canto maternal, respectivamente, redujeron los efectos de la DPP. Sin embargo, ninguno produjo efectos significativos en el apego maternal o la relación materno filial. En la misma línea se encuentra el estudio de Nwebube et al. (2017), en la que escuchar música durante el embarazo, redujo los síntomas de depresión, así como de ansiedad, así como Fancourt & Perkins, 2018 quienes encontraron en su investigación que escuchar música estaba asociado con un nivel superior de bienestar y una reducción de los síntomas depresivos.. Por otro lado, existen investigaciones como la de Persico et al. (2017) en las que sí se observó un aumento del nivel de vínculo materno desde el nacimiento en mujeres que cantaban canciones de cuna a sus bebés, ya que este tipo de música tiene un gran valor comunicativo y es uno de los símbolos del vínculo maternal en todas las culturas. Sería interesante comprobar por qué en las mujeres con DPP el canto maternal no muestra efectos significativos sobre el vínculo maternal.

Otro tipo de intervención es el llamado método canguro, tal y como utiliza Çelik & Çiğdem (2021) en su investigación en la que además de conseguir mejorar el apego maternal, se logró disminuir los síntomas de depresión. Dombrowski et al. (2001) realizó un estudio de caso de una mujer con DPP a la que se le realizó el método canguro durante varios meses. Como resultados, obtuvieron una reducción de los síntomas de depresión, así como una mayor autoconfianza en la madre y un mayor vínculo en la díada. Sin embargo, al tratarse de un caso único, no se puede establecer una relación directa entre estos resultados y la aplicación del método canguro. Por otro lado, en el estudio de Erduran & Sözbir (202) se realizó el método canguro de manera intermitente, durante 30 minutos una vez al día durante 10 días, logrando efectos muy positivos en referencia al apego maternal en comparación con el grupo control. En cuanto a los síntomas de DPP, se vieron reducidos, pero sin una diferencia significativa con las mujeres que no realizaron el método canguro.

Referente a los estudios en los que se han entrenado a pares para intervenir con mujeres con DPP en la actualidad, como es el caso de la investigación de Merza et al. (2023), ya O'Hara (2022) se planteó si realmente era el momento en el que se podría dar este paso en las intervenciones psicológicas. Su respuesta fue un "no todavía", alegando que las mujeres pueden preferir que la psicoterapia sea impartida por un profesional experimentado, así como se plantea si realmente es algo ético y si realmente no acarrea un mayor coste al tratamiento, debido a que primero se debería capacitar a estos pares para que realmente pudiera tener efectividad la terapia. Los resultados del estudio piloto de Merza et al. (2023) apuntan a que es un tipo de intervención con resultados interesantes para seguir estudiando en la actualidad.

En definitiva, es una buena noticia que actualmente se esté abriendo paso a nuevos programas terapéuticos que permitan a las madres participar en el cuidado de su bebé, que les brinden el apoyo necesario para adaptarse a sus nuevas condiciones y les concedan esa normalidad y alegría que implica dar a luz a una nueva vida.

4.3. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Contemplando los resultados que se han presentado en este trabajo, se puede afirmar que se está trabajando en la actualidad por ofrecer intervenciones en madres con síntomas de depresión postparto con el fin de brindarles apoyo y cooperar a que esas familias tengan una mayor calidad de vida.

Con vistas al futuro, es de vital importancia que se continúe estudiando los efectos que pueden tener este tipo de intervenciones, sobre estudios longitudinales que permitan evaluar durante un largo periodo de tiempo la remisión y recidiva de los síntomas y los efectos y cambios en el desarrollo del bebé, tanto emocionales como físicos.

Investigar sobre qué intervenciones se están realizando con madres con síntomas TEPT es de vital importancia, puesto que al igual que la DPP, es un trastorno que muchas mujeres padecen en la actualidad y que también afecta a la calidad de las interacciones con sus bebés y por tanto, en el establecimiento de un apego seguro que les permitan un desarrollo físico y mental saludables, por lo que deberían realizarse estudios clínicos que evaluaran qué efectos pueden tener la terapia psicológica en este ámbito.

Del mismo modo, sería de gran interés estudiar el papel de la pareja o familia, en relación con qué efectos puede tener que estas figuras participen junto a la madre en las intervenciones psicológicas, si facilita la reducción de los síntomas o favorece a la creación de apegos seguros entre la madre y el bebé.

Por otro lado, cabe destacar la importancia de crear protocolos de prevención, ya que la mayoría de casos pueden detectarse durante la etapa prenatal y cuanto antes se les brinde información y apoyo, más posibilidades habrá de que esa madre y ese bebé tengan un buen desarrollo y una mejor calidad de vida. En la misma línea, también se debería considerar la implementación de protocolos de evaluación globales y estandarizados, con el fin de poder medir y monitorizar las variables que se ven implicadas en estas alteraciones de la salud mental como son los síntomas de DPP, el apego maternal, la sensibilidad de las respuestas maternas, la ansiedad, el apoyo social, entre otras.

Otra de las consideraciones, en beneficio de la práctica, sería perfeccionar la formación de los profesionales sanitarios que trabajan con la población materno infantil en los diversos servicios de salud, ya que impulsar un cambio hacia la detección precoz, en vez de al tratamiento cuando ya han pasado meses desde los primeros síntomas, puede marcar un antes y un después en la salud, tanto mental como física de estas familias.

4.4. LIMITACIONES DE LOS HALLAZGOS

En primer lugar, como limitaciones encontradas al realizar esta revisión, se ha encontrado como obstáculo primordial la dificultad para encontrar investigaciones científicas que pusieran su foco de análisis en los efectos que tiene la DPP o el TEPT sobre el apego y el vínculo materno filial, siendo la mayor parte de resultados enfocados únicamente en la madre y no en la díada. Así mismo, no se ha encontrado literatura sobre las intervenciones que se realizan con madres con TEPT.

Por otro lado, se encuentra una gran variabilidad en cuanto a los diseños de estudio, siendo algunos ensayos clínicos aleatorizados, otros diseños cuasiexperimentales... lo que limita el nivel de evidencia y la calidad metodológica total de este estudio.

Del mismo modo, se encuentra cierta heterogeneidad de las muestras, ya que algunos estudios tienen como muestra de análisis madres con partos prematuros, otras con partos a término e incluso una de las investigaciones tiene como población mujeres en riesgo de abandono y maltrato, lo que obstaculiza unos resultados homogéneos en cuanto a muestra se refiere.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña Alvarado A, Ramírez Zumbado E, Azofeifa Zumbado MF. Depresión postparto . Revista Médica Sinergia [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 10 de mayo de 2023];6(9):e712. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/712>
- Ainsworth M. D. (1989). Attachments beyond infancy. *The American psychologist*, 44(4), 709–716. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.44.4.709>
- Aizpuru A. (1994). La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. *Psicología Iberoamericana*, 2(1), 37-44.
- Alhusen, J. L., Hayat, M. J., & Borg, L. (2021). A pilot study of a group-based perinatal depression intervention on reducing depressive symptoms and improving maternal-fetal attachment and maternal sensitivity. *Archives of Womens Mental Health*, 24(1), 145–154. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01032-0.A>
- American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. 2. Arlington: American Psychiatric Association.
- Ashman, S., Dawson G., Panagiotides, H., Yamada, E., y Wilkins, C. (2002). Stress hormone levels of children of depressed mothers. *Developmental Psychopathology*, 14, 333-349.
- Ayerza, A. & Herraiz, N. (2015). Indicadores de salud perinatal Diferencias de la información registrada por el INE y la de los hospitales que atienden los nacimientos. *Revista Española de Salud Pública*, 89, 1–4.
- Binda, V., Figueroa-Leigh, F., & Olhaberry, M. (2019). Low quality of mother-child interaction in infants at psychosocial risk is associated with risk of developmental delay. *Revista Chilena de Pediatría*, 90(3), 260–266. <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i3.782>
- Botella, L. & Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Psicoterapia, neurobiología y neurociencias*, XVI (61): 77-103.
- Bowlby, J. (1976). *La separación afectiva*. Buenos Aires. Paidós.
- Bozkurt, O., Eras, Z., Sari, F. N., Dizdar, E. A., Uras, N., Canpolat, F. E., & Oguz, S. S. (2017). Does maternal psychological distress affect neurodevelopmental outcomes of preterm infants at a gestational age of ≤ 32 weeks. *Early Human Development*, 104, 27–31. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.11.006>

- Çelik, M. Y., & Çiğdem, Z. (2021). Effect of Kangaroo care on Vulnerable Infant Syndrome in mother. Effect of Kangaroo care on Vulnerable Infant Syndrome in mother. *Early Child Development and Care*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/03004430.2021.1932859>
- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 18–31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>
- Cornish, A., McMahon, C., Ungerer, J., Barnett, B., Kowalenko, N., y Tennet, C. (2006). Maternal depression, the experience of parenting in the second postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24, 121-132.
- Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 29, 537-54.
- Dau, A. L. B. T., Callinan, L. S., & Smith, M. V. (2019). An examination of the impact of maternal fetal attachment, postpartum depressive symptoms and parenting stress on maternal sensitivity. *Infant Behavior and Development*, 54(January), 99–107. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.01.001>
- Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315–323. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>
- Dreyfus Vallejos, H. (2019). La importancia del apego en el desarrollo del niño. *Consensus*, 24(2), 183–194. <https://doi.org/10.33539/consensus.2019.v24n2.2327>
- Dombrowski, M. A. S., Anderson, G. C., Santori, C., & Burkhammer, M. (2001). (Skin-to-Skin) Care with a Postpartum Woman Who Felt Depressed. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*, 26(4), 214–216. <https://doi.org/10.1097/00005721-200107000-00012>
- Erduran, B. & Sözbir, Ş. Y. (2022) Effects of intermittent kangaroo care on maternal attachment, postpartum depression of mothers with preterm infants, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, DOI: [10.1080/02646838.2022.2035703](https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2035703)
- Fancourt, D., & Perkins, R. (2018). Could listening to music during pregnancy be protective against postnatal depression and poor wellbeing post birth? Longitudinal associations from a preliminary prospective cohort study. *BMJ Open*, 8(7), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021251>
- First, M., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1999). Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV: SCID-I. *Versión Clínica Ed Masson Barcelona*, 2.

- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early human development*, 87, 21-6.
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A. & Muller-Nix, C. (2006). Early Dyadic Patterns of Mother–Infant Interactions and Outcomes of Prematurity at 18 Months. *Pediatrics* 118, e107–e114.
- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 47, 161-70
- González, G., Moraes, M., Sosa, C., Umpierrez, E., Duarte, M., Cal, J., & Ghione, A. (2017). Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: Estudio de cohorte. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(3), 360–366. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000300008>
- González, S. (2022). Antecedentes del apego, tipos y modelos operativos internos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39(2), 2–15. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n2a2>
- Goodman, J. H., Prager, J., Goldstein, R., Hospital, S. R., & Freeman, M. (2015). Perinatal Dyadic Psychotherapy for postpartum depression: A randomized controlled pilot trial. *Archives of Womens Mental Health*, 18(3), 493–506. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0483-y>.Perinatal
- Hernández-Martínez, A., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Khan, K. S., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Validation of perinatal post-traumatic stress disorder questionnaire for Spanish women during the postpartum period. *Scientific Reports*, 11(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-85144-2>
- Horowitz, J., Murphy, C. A., Gregory, K., Wojcik, J., Pulcini, J., & Solon, L. (2013). Nurse Home Visits Improve Maternal-Infant Interaction and Decrease. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 42(3), 287–300. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12038>.Nurse
- Husain, N., Kiran, T., Shah, S., Rahman, A., Saeed, Q., Naeem, S., Bassett, P., Husain, M., Ul, S., Jaffery, F., Cohen, N., Naeem, F., & Chaudhry, N. (2021). Efficacy of learning through play plus intervention to reduce maternal depression in women with malnourished children : A randomized controlled. *Journal of Affective Disorders*, 278(September 2020), 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.001>
- Kehl, S. M., La Marca-Ghaemmaghami, P., Haller, M., Pichler-Stachl, E., Bucher, H. U., Bassler, D., & Haslbeck, F. B. (2021). Creative music therapy with premature infants and their parents: A mixed-method pilot study on parents' anxiety, stress and depressive symptoms and parent–infant attachment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 1–20. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010265>

- Kitchemham, B.A. (2004). Systematic reviews. *Proceedings 10th International Symposium on Software Metrics. XII*.
- Krzeczkowski, J. E., Schmidt, L. A., & Van Lieshout, R. J. (2021). Changes in infant emotion regulation following maternal cognitive behavioral therapy for postpartum depression. *Depression and Anxiety*, 38(4), 412–421. <https://doi.org/10.1002/da.23130>
- Kurt, F. Y., Kucukoglu, S., Ozdemir, A. A., & Ozcan, Z. (2019). The Effect of Kangaroo Care on Maternal Attachment in Preterm Infants. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 22, 1070–1077. <https://doi.org/10.4103/njcp.njcp>
- Le, H., Perry, D. & Stuart, E. (2011). Randomized controlled trial of a preventive intervention for perinatal depression in high-risk Latinas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 135–141.
- Main M & Solomon J. (1986) Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In Brazelton TB, Yogman M, editors. *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex.
- Matthey, S., & Agostini, F. (2017). Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale for women and men—some cautionary thoughts. *Archives of women's mental health*, 20(2), 345–354. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0710-9>
- Malpartida, M. K. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(2), 355–363.
- Marcos-Nájera, R., De la Fe Rodríguez-Muñoz, M., Izquierdo-Mendez, N., Olivares-Crespo, M., & Soto, C. (2017). Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud*, 28, 49–52.
- Merza, D., Layton, H., Savoy, C., Babiy, Z., Campbell, M., Bieling, P., Brown, J. S., & Van Lieshout, R. . (2023). Online Peer-Delivered 1-Day Cognitive Behavioral Therapy–Based Workshops for Postpartum Depression: A Pilot Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 84(1), 1–2.
- Molero, R. J., Sospedra, R., Sabater, Y. & Plá, L. R. (2011). La importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo y responsable en los menores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 511-519. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349832328052>
- Muller, M. E. (1992). A critical review of prenatal attachment research. *Research and Theory for Nursing Practice*, 6, 5-22.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Mental health in pregnancy and the year after giving birth. Information for the public. *Www.Nice.Org.Uk*, December 2014, 1–24. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/mental-health-in-pregnancy->

and-the-year-after-giving-birth-pdf-250640652229

- Nwebube, C., Glover, V., & Stewart, L. (2017). Prenatal listening to songs composed for pregnancy and symptoms of anxiety and depression: A pilot study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *17*(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s12906-017-1759-3>
- O'Hara, M., Dennis, C., McCabe, J. E. & Galbally, M. (2015). Evidence-based treatments and pathways to care. En J. Milgrom, A. W. Gemmill, J. Milgrom, y A. W. Gemmill (Eds.), *Identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment, and management* (pp. 177–192). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- O'Hara, M. & McCabe, J. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*, 379–407.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of general psychiatry*, *57*(11), 1039–1045. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.11.1039>
- Olhaberry, M., Escobar, M., Cristóbal, P. S., Santelices, M. P., Farkas, C., Rojas, G., & Martínez, V. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: Una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, *31*(2), 249–261. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082013000200011>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, *5*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, *74*(9), 790–799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Parfitt, Y. M., & Ayers, S. (2009). The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent–baby bond. *Journal of reproductive and infant psychology*, *27*, 127-42.
- Persico, G., Antolini, L., Vergani, P., Costantini, W., Nardi, M. T., & Bellotti, L. (2017). Maternal

singing of lullabies during pregnancy and after birth: Effects on mother–infant bonding and on newborns' behaviour. Concurrent Cohort Study. *Women and Birth*, 30(4), e214–e220. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.01.007>

Quezada, V., & Santelices, M. P. (2010). Apego y psicopatología materna: Relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 53–61.

Ramsauer, B., Mühlhan, C., Lotzin, A., Achtergarde, S., Mueller, J., Krink, S., Tharner, A., Beckerstoll, F., Nolte, T., & Romer, G. (2019). Randomized controlled trial of the Circle of Security-Intensive intervention for mothers with postpartum depression: maternal unresolved attachment moderates changes in sensitivity Randomized controlled trial of the Circle. *Attachment & Human Development*, 1–22. <https://doi.org/10.1080/14616734.2019.1689406>

Reay, R. E., Owen, C., Shadbolt, B., Raphael, B., Mulcahy, R., & Wilkinson, R. B. (2012). Trajectories of long-term outcomes for postnatally depressed mothers treated with group interpersonal psychotherapy. *Archives of Womens Mental Health*, 15, 217–228. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0280-4>

Rodríguez-Muñoz, M. F., Olivares, M. E., Izquierdo, N., Soto, C. & Le, H. (2016). Prevención de la depresión Perinatal. *Clínica y Salud*, 27, 97–99.

Roncallo, C. P., Sánchez de Miguel, M., & Arranz, E. (2014). Vínculo materno-fetal. Implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en Atención Temprana. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 8(2), 14–23. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.0706>

Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.

Solís, M., Pineda, A. L., & Chacón, J. (2019). Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, 4, 90–99.

Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)

Suess, G. J., Bohlen, U., Carlson, E. A., Spangler, G., & Maier, M. F. (2016). Effectiveness of attachment based STEEP™ intervention in a German high-risk sample. *Attachment &*

Human Development, 18(5), 443–460. <https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1165265>

Thomas, N., Komiti, A., & Judd, F. (2014). Pilot early intervention antenatal group program for pregnant women with anxiety and depression. *Archives of Womens Mental Health*, 17, 503–509. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0447-2>

Torras de Bea, E. (2010). Investigaciones sobre el desarrollo cerebral y emocional: Sus indicativos en relación a la crianza. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 153-171. Recuperado de <http://www.sepyrna.com/documentos/articulos/investigaciones-desarrollo-cerebral-emocional.pdf>

Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 147–156. <https://doi.org/10.1080/10673220902899714> Pii 910512172.

Turpin, H., Urben, S., Ansermet, F., Borghini, A., Murray, M. M., & Müller-Nix, C. (2019). The interplay between prematurity, maternal stress and children's intelligence quotient at age 11: A longitudinal study. *Scientific Reports*, 9(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-36465-2>

U.S. Department of Health and Human Services. (2006). The NICHD Study of Early Child Care and Youth Development; Findings for Children up to Age 4½ Years. In *National Institute of Child Health and Human Development*. https://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/documents/seccyd_06.pdf

U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (Updated 2021). NIMH Strategic Plan for Research (NIH Publication No. 20-MH-8120). Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/about/strategic-planning-reports/NIMH-Strategic-Plan-for-Research-2021-Update.pdf>.

Van Lieshout RJ, Layton H, Feller A, Ferro MA, Biscaro A & Bieling PJ. (2019). Public health nurse delivered group cognitive behavioral therapy (CBT) for postpartum depression: A pilot study. *Public Health Nursing* 37(1), 50-55. <https://doi.org/10.1111/phn.12664>

WHO. (2022). Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. In *World Health Organization (WHO)*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>

Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>

Wulff, V., Hepp, P., Wolf, O. T., Fehm, T., & Schaal, N. K. (2021). The influence of maternal singing on well-being, postpartum depression and bonding – a randomised, controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*, 1–15.

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *208*, 634–645. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>