



# INTERPSIQUIS 2022

XXIII CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL  
DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

---

## IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL VÍNCULO AFECTIVO

Virginia Chaves Mateos, María Jesús Cutillas Poveda, Emilio Regli Rojas, Julia Mercedes Sanchez Prieto

[virgi.chm88@gmail.com](mailto:virgi.chm88@gmail.com)

depresión postparto, vinculo, apego

postpartum depression, emotional bonding, attachment

## RESUMEN

Se estima que el 15% de las mujeres que serán madres presentarán un episodio depresivo, ya en el embarazo o en el año que sigue al nacimiento del bebé. Además de los síntomas clásicos de depresión, aparecen típicamente sentimientos de incapacidad, culpa, vergüenza; falta de interés en la interacción con el bebé; y/o fobias de impulsión. Por paradójico que parezca, los cuadros graves presentarán mejor pronóstico, ya que su detección precoz permitirá instaurar tratamiento más prontamente. Sin embargo, depresiones de carácter leve a moderado podrán pasar inadvertidas para profesionales, entorno familiar e incluso la propia afectada, no detectándose ni tratándose adecuadamente. Si el cuadro se cronifica, el bebé pagará un alto precio por ello.

En sus primeras etapas, el bebé tiene necesidad no solo de cuidados físicos, sino también de disponibilidad psíquica por parte de su madre. Aún cuando sea capaz de prodigar dichos cuidados, a la madre deprimida le será muy difícil vincularse en el plano emocional con su bebé.

## **IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL VÍNCULO AFECTIVO**

Las interacciones con él tenderán a ser neutras, mecánicas, carentes de emoción; o teñirse de emociones negativas. El bebé puede desarrollar llanto excesivo, trastornos de tipo psicossomático (como alteraciones del sueño o problemas digestivos) y más tardíamente, trastornos del humor, problemas de comportamiento, retrasos en el desarrollo del lenguaje, y/o un funcionamiento social y emocional precario.

Dada las devastadoras consecuencias de la depresión postparto en el vínculo madre-hijo, y en el posterior desarrollo de este, resulta de vital importancia la aplicación de medidas preventivas desde una perspectiva de salud pública.

### **ABSTRACT**

It is estimated that 15% of women who will become mothers will present a depressive episode, either during pregnancy or in the year following the birth of the baby. In addition to the classic symptoms of depression, feelings of inadequacy, guilt, shame, lack of interest in interacting with the baby, and/or impulse phobias typically appear. Paradoxical as it may seem, severe cases will have a better prognosis, since early detection will allow for earlier treatment. However, mild to moderate depression may go unnoticed by professionals, the family environment and even the affected person, and may not be detected or treated adequately. If the condition becomes chronic, the baby will pay a high price for it.

In its early stages, the baby needs not only physical care, but also psychic availability on the part of its mother. Even if she is able to provide such care, the depressed mother will find it very difficult to bond emotionally with her baby. Interactions with her baby will tend to be neutral, mechanical, emotionless, or tinged with negative emotions. The baby may develop excessive crying, psychosomatic disorders (such as sleep disturbances or digestive problems) and later, mood disorders, behavioral problems, language development delays, and/or poor social and emotional functioning.

Given the devastating consequences of postpartum depression on the mother-child attachment, and on the subsequent development of the child, the implementation of preventive measures from a public health perspective is of vital importance

## **IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL VÍNCULO AFECTIVO**

### **INTRODUCCIÓN**

El embarazo y el postparto suponen una serie de cambios hormonales, psicológicos y sociales en la mujer que la hacen más vulnerable a la hora de padecer determinados trastornos emocionales. La futura madre se siente más sensible, emotiva y susceptible, viéndose abocada a la apropiación de su nuevo rol frente al bebé que está por llegar. Se estima que en torno a un 70 - 80% de mujeres presenta alteraciones emocionales en este complejo periodo de sus vidas, en un amplio espectro que abarca desde un leve desánimo con episodios de llanto transitorios hasta episodios depresivos graves y/o cuadros psicóticos. Algunos casos pueden entenderse como dificultades de adaptación al nuevo rol del maternaje, resolviéndose espontáneamente. Otros, sin embargo, pueden ser de carácter grave, pudiendo requerir seguimiento en los servicios de salud mental.

### **¿QUÉ ES LA TRISTEZA POSTPARTO?**

El comúnmente conocido como “Baby Blues” no es otra cosa que un trastorno emocional de carácter leve y duración variable, que aparece entre dos y cuatro días después del parto, y que se resuelve espontáneamente en las dos o tres semanas siguientes al mismo. Cursa con tristeza, labilidad, llanto y ansiedad en relación a la dificultad de manejo del recién nacido. El cuadro no suele requerir de atención especializada, pero resulta conveniente informar a la madre, a la pareja y/o a la familia de la existencia del trastorno, de su naturaleza benigna y transitoria (influida por cuestiones de tipo hormonal), y de la necesidad de acompañamiento y soporte familiar mientras se resuelve. Así mismo, es importante incidir en que, si los síntomas persisten o se agravan más allá de las dos o tres semanas, deben volver a consultar.

## IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL VÍNCULO AFECTIVO

### ¿Y LA DEPRESIÓN POSTPARTO?

La penúltima edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) consideraba la Depresión Postparto como un tipo de episodio depresivo cuya particularidad principal es que se iniciaba tras el parto (especificador “postparto”). La versión más reciente, el DSM-5, sustituye dicho especificador por el de “periparto”, al considerar que hasta la mitad de los episodios de depresión postparto comienzan en realidad durante el embarazo, aplicándolo a todo episodio depresivo de comienzo en embarazo o en las primeras cuatro semanas tras el parto. Los especialistas en psiquiatría perinatal consideran que este criterio temporal peca de restrictivo, por lo que amplían el plazo hasta el año posterior al parto.

Así, podemos definir la depresión postparto como un trastorno depresivo de inicio en el embarazo o en el año siguiente al parto, caracterizado por sintomatología depresiva persistente de intensidad variable, y que puede durar desde varias semanas hasta varios años.

Aquellos cuadros de depresión mayor, más graves en su presentación y con una clínica más manifiesta, suelen generar alarma en el entorno de la paciente, por lo que se buscará ayuda profesional y se instaurará tratamiento más prontamente, lo que repercutirá positivamente en el pronóstico.

Sin embargo, las depresiones mal llamadas “menores” (esto es, aquellas que no cumplan con la totalidad de los criterios diagnósticos) correrán el riesgo de pasar desapercibidas, al ver banalizados sus síntomas. La ausencia de diagnóstico y, por tanto, de un abordaje terapéutico adecuado conducirán irremediablemente a la cronificación del cuadro, con síntomas que persisten, fluctúan o se intensifican en el tiempo. Este tipo de depresiones serán particularmente nocivas, no solo para la mujer, sino también para el bebé. El vínculo madre-bebé se verá gravemente perturbado, pagando el bebé un alto precio por ello, como veremos más adelante. De hecho, no pocas veces se diagnosticará a la madre de forma indirecta a través de su hijo, sobre todo en aquellos casos en que una madre consulta con el pediatra con excesiva frecuencia por un bebé que, aparentemente, evoluciona bien (la madre puede “proyectar” el exceso de emociones negativas en su bebé, de manera que se convence que no es ella quien sufre, se encuentra mal o está enfadada, sino que es su bebé).

## **IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL VÍNCULO AFECTIVO**

El pediatra también puede percibir que algo no va bien cuando se le consulta repetidamente por un bebé que muestra trastornos funcionales, como alteraciones digestivas o del sueño o llanto intenso difícil de calmar, de forma reactiva a los estados depresivos de su madre. En definitiva, el niño, “víctima” de la depresión materna, también puede ser el revelador de la misma.

### **DEPRESIÓN POSTPARTO. EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO**

Si hablamos en términos estadísticos, se estima que la prevalencia de la depresión postparto es de en torno al 15%, aunque algunos estudios la sitúan en torno al 20%. En cuanto al riesgo de recurrencia, se considera una probabilidad de entre el 10- 35% de volver a padecer depresión en embarazos posteriores.

Si bien no se conocen con exactitud las causas del trastorno, si se han podido identificar algunos factores de riesgo, siendo los más relevantes:

- Antecedentes personales de enfermedad mental (especialmente procesos ansioso-depresivos, o depresión postparto previa).
- Historia de trauma infantil (maltrato emocional, físico, abuso sexual).
- Complicaciones durante el embarazo, el parto o el postparto (embarazos de alto riesgo).
- Problemas médicos: disfunción tiroidea, sensibilidad a cambios hormonales.
- Embarazo no deseado.
- Problemas de pareja, o falta de ésta. Escaso apoyo percibido.
- Apoyo socio-familiar precario o ausente.
- Dificultades de tipo económico.
- Dificultades en la lactancia. Bebé difícil o con problemas de salud.

## **IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL VÍNCULO AFECTIVO**

### **DEPRESIÓN POSTPARTO. CLÍNICA**

Los síntomas que la mujer puede presentar y que son altamente sugestivos de que presente una depresión posparto son:

- Tristeza, irritabilidad, crisis de llanto.
- Astenia, apatía, anhedonia, abulia.
- Ansiedad somatopsíquica, crisis de angustia.
- Enlentecimiento psicomotor.
- Alteración de ritmos cronobiológicos: cambios en el patrón de alimentación y sueño (insomnio).
- Quejas amnésicas: dificultades en atención, concentración y memoria.
- Rumiaciones, pensamiento obsesivo, fobias de impulsión (sobre todo de contenido heterolesivo: intenso temor a hacer daño al bebé), compulsiones (por ejemplo: comprobar constantemente que el bebé respira mientras duerme, lavar y desinfectar sus cosas en exceso).
- Sentimientos de indefensión, minusvalía, vergüenza, culpa, incapacidad.
- Autorreproches en relación a su papel como madre (sensación de ser “mala madre”).
- Ambivalencia con respecto al bebé y dificultades para la vinculación con éste.
- Dificultades para el autocuidado, dificultad o imposibilidad de cuidar del bebé.
- Pensamientos de autodaño, suicidio.

### **DEPRESIÓN POSTPARTO. DIAGNÓSTICO**

Es importante diagnosticar prontamente la depresión postparto por muchos motivos. Al margen del sufrimiento que pueda suponer para la mujer, ésta puede interiorizar una imagen muy negativa de sí misma y de sus capacidades, perdiendo la confianza en poder cuidar de su hijo y/o hacerlo de manera adecuada.

## **IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL VÍNCULO AFECTIVO**

Debido a las perturbaciones en el vínculo, puede percibir a su bebé de una forma falsamente distorsionada, teniendo una visión negativa de su propio hijo que será muy difícil de cambiar a posteriori. El niño, privado de atención y cuidados, desarrollará síntomas viendo comprometido su desarrollo.

Para el diagnóstico son cruciales la entrevista clínica y la observación directa de las interacciones madre-bebé, que proporcionan una información valiosísima. Si nos queremos ayudar de una escala,

tanto en España como en el resto del mundo la escala diagnóstica más utilizada es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (en inglés “Edinburgh Postnatal Depression Scale”), al ser accesible, rápida y de fácil aplicación e interpretación. Se desarrolló para detectar sintomatología depresiva en la puérpera en los quince días anteriores a su aplicación, y discrimina entre los síntomas físicos y psíquicos propios del embarazo y el posparto, y los síntomas de depresión propiamente dichos.

## **DEPRESIÓN POSTPARTO. TRATAMIENTO**

El primer paso para poder tratar una depresión postparto es detectarla, mejor si es precozmente, en cuanto se perciban los primeros síntomas o se presenten signos de alarma. Se hace necesaria la derivación a los servicios de salud mental para inicio de seguimiento especializado desde una perspectiva multidisciplinar. Si la depresión es de carácter leve puede ser suficiente tratar desde un abordaje psicoterapéutico, pero si estamos ante un cuadro moderado – grave puede ser necesario el concurso de tratamiento farmacológico, combinando ambos tipos de intervenciones.

## IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL VÍNCULO AFECTIVO

**La psicoterapia.** La psicoterapia que ha demostrado mejores resultados ha sido la cognitivo-conductual y la interpersonal. Se recomienda que en el transcurso de la misma se trabajen las siguientes cuestiones:

- Educación sobre la enfermedad, proporcionando información sobre el trastorno no solo a la mujer afectada, sino también a su pareja y a los familiares presentes en consulta.
- Trabajo sobre rol de maternaje. Abordaje de expectativas, temores y ansiedades en relación a la maternidad.
- Estrategias que fortalezcan el vínculo madre-hijo.
- Mejora de la relación de pareja, fomento de la comunicación entre sus miembros, búsqueda de espacios de calidad sin el bebé.
- Dinámicas familiares, sobre todo si la pareja tiene más hijos.
- Manejo de circunstancias vitales estresantes ajenas a la maternidad.
- Búsqueda de redes de apoyo y sostenimiento familiar, social, e institucional.

**El tratamiento farmacológico.** Como ya se ha mencionado, se estima que hasta el 50% de depresiones postparto comienzan en realidad durante el embarazo. Es sabido que el uso de psicofármacos en el embarazo es controvertido, por los riesgos potenciales de los fármacos sobre el feto. Éstos se asocian sobre todo a: su potencial teratogénico (que tienen lugar principalmente cuando los fármacos son administrados en el primer trimestre de la gestación); las complicaciones perinatales (como la toxicidad neonatal o el síndrome de abstinencia en el recién nacido, que ocurren fundamentalmente cuando se administran en el tercer trimestre de la gestación, por su cercanía al momento de parto); y por último las complicaciones posnatales (retrasos en el desarrollo, problemas de conducta). Sin embargo, existen casos en que el episodio depresivo es de intensidad suficiente como para que ponga en peligro la vida de la madre y/o del bebé, viéndose justificado el uso de psicofármacos a la hora de establecer el balance riesgo/beneficio.



## **IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL VÍNCULO AFECTIVO**

Pese a los efectos adversos que los fármacos puedan tener sobre el bebé, las depresiones graves necesitan tratamiento, siendo por lo general el riesgo de no tratar mayor al riesgo de tratar. El suicidio de una madre o futura madre a causa de una enfermedad tratable es una tragedia evitable.

Ante la necesidad de tratar, existen una serie de reglas básicas que todo psiquiatra debe conocer, como utilizar el fármaco con menor riesgo conocido para madre y feto a la mínima dosis efectiva y durante el menor tiempo posible (si es posible, en monoterapia), e intentar reducir dosis un mes antes de la fecha prevista de parto a objeto de evitar la toxicidad neonatal y los cuadros abstinenciales. El médico tiene la obligación de que la mujer disponga de toda la información disponible acerca de la eficacia y la seguridad de los psicofármacos, debiendo informar siempre de los pros y los contras del tratamiento y resolviendo las dudas que pudieran plantearse a lo largo del seguimiento.

En relación al periodo posparto, existe también una gran controversia sobre el uso de medicación psicótropa durante la lactancia. Deben proporcionarse las últimas evidencias disponibles acerca de la compatibilidad de lactancia y fármacos (la mayoría pasan al bebé a través de la leche materna en mayor o menor proporción). Lo ideal es que la mujer y su pareja sean asesorados por el equipo a la hora de tomar la decisión de continuar o discontinuar la lactancia. Sea cual sea su decisión, es importante que la mujer cuente con el apoyo y comprensión de la pareja y del entorno cercano.

### **EL VÍNCULO MADRE-BEBÉ**

Los últimos estudios en relación al vínculo afectivo madre-hijo señalan que la creación de éste se inicia ya en la etapa prenatal, viéndose condicionado por factores de diversa índole: factores cognitivos, emocionales, el tipo de apego que tuvo la madre con su propia madre, expectativas y actitudes hacia el embarazo, y hacia el maternaje, experiencias previas si ya ha sido madre con anterioridad, etc.

Se consideran primeros hitos vinculares la primera ecografía y la percepción de los primeros movimientos fetales.

## **IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL VÍNCULO AFECTIVO**

Tradicionalmente se han considerado hitos vinculares también el momento del parto, y el amamantamiento. Si bien la modalidad de parto no predice en absoluto el riesgo de depresión, se considera que todo lo que implique una alteración del estado de consciencia de la madre en este momento tiende a desposeerla de la vivencia emocional del parto y del encuentro con su bebé. En relación a la lactancia, popularmente siempre se ha creído que el amamantamiento protege del riesgo de depresión, pero muchos autores no lo consideran así. Si la lactancia se vive por la madre como dolorosa, impuesta o si el bebé no parece percibir placer al mamar, podría ser contraproducente el mantenerla. Por tanto, la forma de alimentar al bebé no es tan importante como la calidad de la relación que se establece entre madre e hijo.

En definitiva, podemos entender el apego como un fenómeno complejo que se desarrolla a través de un largo periodo de tiempo, de comienzo ya en las primeras semanas de gestación, cuando la mujer es conocedora de su embarazo, y que se ve influido por una multiplicidad de factores, no siempre controlables.

### **¿CÓMO AFECTA LA DEPRESIÓN MATERNA AL VÍNCULO?**

Una de las consecuencias más temibles de la depresión postparto es la repercusión que la enfermedad de la madre tiene en la construcción del vínculo con su hijo, y en el posterior desarrollo de éste.

En sus primeras etapas, el bebé tiene necesidad no solo de cuidados físicos sino también de disponibilidad psíquica por parte de su madre. El bebé no es autónomo. La interacción con una madre adulta le permite alcanzar un grado óptimo de desarrollo y conformar su sentimiento de identidad. La relación con su madre es primordial. La madre se comunica con su bebé a través del tacto, las caricias, el intercambio de miradas, las palabras de afecto. Comunica numerosas señales a su bebé a través de sus expresiones faciales, sus movimientos corporales, sus gestos. El bebé adapta su conducta a los mensajes que recibe, respondiendo a ellos. Se trata de una comunicación bidireccional, en que ambos, madre y bebé, se retroalimentan.

## **IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL VÍNCULO AFECTIVO**

Se considera que a los dos meses de vida un bebé puede interactuar con un adulto de forma compleja, mostrando un repertorio más o menos amplio de gestos y expresiones faciales. El bebé responde selectivamente a los estímulos humanos, buscando imitarlos. Esta relación dual, cercana y privilegiada de la que hablábamos, en la que el bebé se va construyendo (va descubriendo lo que siente, lo que es), es muy difícil de establecer con una madre deprimida.

### **¿CÓMO SE COMPORTA UNA MADRE DEPRIMIDA?**

La mujer deprimida presentará un bajo umbral de tolerancia a los gritos y llantos de su bebé. Aun cuando sea capaz de prodigar cuidados, a la madre deprimida le será muy difícil vincularse en el plano emocional con su bebé. Las interacciones con él tenderán a ser neutras, mecánicas, rutinarias, carentes de emoción, o teñirse de emociones negativas, siendo el contacto con el bebé pobre en miradas, caricias, y palabras de afecto, experimentando la madre poco placer en la interacción con su hijo. Aquellas mujeres que presentan fobias de impulsión centradas en el bebé pueden verse obligadas a tomar distancia del mismo, lo que implica también un empobrecimiento del contacto. La madre también puede proyectar en su bebé emociones negativas, pudiendo percibirlo como agresivo y hostil hacia ella cuando llora reclamando cuidados.

Aunque no siempre tiene por qué ser así. Algunos estudios muestran que las interacciones de un cierto número de madres deprimidas son similares a las de madres no deprimidas, sin afectar sustancialmente a la cantidad o la calidad de los intercambios.

### **¿CÓMO RESPONDE EL BEBÉ?**

En un primer momento, ante una madre impasible o poco reactiva ante los requerimientos de su bebé, se observa que éste intenta por todos los medios a su alcance (gritos, llantos...) llamar su atención, activarla, iniciar un acercamiento en la relación. En un segundo tiempo, y ante la falta de respuesta materna, el bebé acaba por cansarse, se fatiga y se retira de la comunicación.

## **IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL VÍNCULO AFECTIVO**

El bebé se repliega, inhibe su fuerza vital, convirtiéndose en un bebé poco reactivo a los estímulos que le rodean, poco predispuesto al disfrute, sin reclamar alimento en casos graves.

Algunas depresiones maternas cursarán más con una agitación ansiosa que con una apatía. En estos casos, la madre puede hiperestimular al bebé en sus interacciones con él, no estando éstas en consonancia con sus necesidades, y siendo tan patógenas o más como las interacciones carentes de estímulo. Estos bebés desarrollarán sus propias estrategias para protegerse del exceso de estimulación.

En el caso de que la depresión materna se produzca más allá del primer año de vida del niño, el sentimiento de identidad del niño estará más consolidado, y no se sentirá tan ansioso o temeroso cuando la madre no responda a sus requerimientos. Pese a ello, el niño podrá sentirse rechazado por su madre, y/o pensar que ésta desaprueba lo que él es o lo que hace.

### **¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN MATERNA EN LA SALUD DEL NIÑO?**

Si se detecta a tiempo, las consecuencias de la depresión materna para el bebé serán paliadas por algún adulto del entorno que tome el relevo de la madre y lo acompañe en su desarrollo (por lo general el padre, pero también puede tratarse de una tía o un abuelo). Sin embargo, si el proceso depresivo pasa inadvertido, nadie tomará el relevo y el bebé pagará un alto precio por ello.

En un primer momento, el niño desarrolla trastornos de tipo psicossomático en respuesta a la depresión materna. Así, podrá presentar trastornos de la alimentación, del sueño, crisis de llanto excesivas y que resultan difíciles de calmar, etc. Siendo más mayor podrá presentar trastornos emocionales o trastornos del desarrollo, así como problemas en el ámbito escolar y dificultades en las relaciones interpersonales. En casos graves, el niño puede crecer en un entorno negligente o abiertamente maltratante.

## IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL VÍNCULO AFECTIVO

### CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO

- Trastornos alimentarios y digestivos.
- Trastornos del sueño.
- Llanto y gritos excesivos, difíciles de calmar.
- Negligencia, maltrato. Mujeres crónicamente deprimidas, que se ven desbordadas y que no son capaces de pedir ayuda, o que no cuentan con una red de apoyo socio-familiar sólida, pueden concentrarse en sí mismas para sobrevivir, descuidando al bebé y tornándose negligentes con éste. La mayoría de madres deprimidas “temen” hacer daño a su bebé, siendo aquellas que pasan al acto y ejercen violencia física muy poco numerosas, afortunadamente. En el caso de depresiones graves con síntomas psicóticos, esa barrera puede ser más fácil de franquear al estar la madre desconectada de la realidad.

### CONSECUENCIAS A MEDIO Y LARGO PLAZO

- Apego inseguro.
- Déficit cognitivos: trastornos de atención y del lenguaje expresivo.
- Trastornos del humor.
- Trastornos del comportamiento.
- Dificultades en la escuela.
- Déficit en funcionamiento emocional y social, dificultades para integrarse en el grupo de iguales, trastornos relacionales.

Destacar que por lo general el tratamiento de la depresión materna permitirá una evolución positiva de las dificultades exhibidas por el niño, mejorando su funcionamiento global y paliando los trastornos del humor y del comportamiento, a la vez que mejora la calidad del vínculo madre-hijo.

## IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL VÍNCULO AFECTIVO

### CONCLUSIONES. LA DEPRESIÓN POSTPARTO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

En la actualidad, y desde hace muchos años, la depresión posparto constituye un grave problema de salud pública, debido al alto porcentaje de mujeres que la padecen, las perturbaciones en el vínculo materno-infantil que ocasiona, y las consecuencias que tiene para la salud tanto de la madre como del bebé.

En nuestro medio la información existente en torno a esta problemática es escasa, por lo que con demasiada frecuencia los síntomas pasan desapercibidos, o se banalizan. Es decir, la depresión no se diagnostica, ni se trata, con todo lo que eso conlleva para la salud física y emocional de la madre y del bebé. Es por ello que resulta de vital importancia que el personal en contacto con la gestante y con su hijo (al menos durante el primer año de vida del niño), esté formado, de manera que ante un caso de depresión posparto pueda detectarla prontamente y derivar oportunamente a los servicios especializados de salud mental. Tan importante es valorar la gravedad psicopatológica como la complejidad del caso desde el punto de vista social.

Se necesitan programas de prevención, tanto en el embarazo como en los meses posteriores al alumbramiento. Siempre será menos costoso anticiparse y prevenir el problema antes que se instaure, que intervenir tardíamente con tratamiento psiquiátrico y/o psicológico. En este sentido, a la Salud Mental Perinatal en España le queda un largo camino por recorrer. Se necesitan programas de formación e investigación, así como dispositivos específicos de atención multidisciplinar, que se engloben dentro de una red de salud mental perinatal siguiendo el modelo de algunos países de nuestro entorno (Reino Unido, Francia, Alemania, Bélgica). La perspectiva multidisciplinar es importante a la hora de conformar los equipos intervinientes en la comunidad, con pediatras, matronas, trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos, etc. La creación de dichos equipos permitiría una mejor coordinación de los actores intervinientes, siendo su objetivo último el mantener el bienestar de la díada madre-bebé, con apoyo de los recursos sociales existentes en comunidad (como los grupos de madres, en los que la mujer recibe comprensión, empatía y consejo de otras madres, pudiendo expresar de forma franca y honesta sus expectativas, ansiedades y miedos en torno al embarazo, el parto, la lactancia, o el maternaje). Para los casos que requieran de una intervención más intensiva, sería bueno contar con hospitales de día y unidades madre-bebé. Las unidades madre-bebé

## IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL VÍNCULO AFECTIVO

permiten la hospitalización conjunta, evitando la separación de la díada, favoreciendo la continuidad de la lactancia, y permitiendo las intervenciones orientadas al fomento de un vínculo sano madre-bebé.

Dada las devastadoras consecuencias de la depresión postparto en el vínculo madre-hijo, y en el posterior desarrollo de éste, resulta de vital importancia la aplicación de medidas preventivas desde una perspectiva de salud pública.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Lorenzo, P; Olza, I. Psicología del embarazo. 1ª edición. Madrid: Ed Síntesis; 2020.
2. Ramírez Matos, E. Psicología del posparto. 1ª edición. Madrid: Ed Síntesis; 2020.
3. Nanzer, N. La depresión posparto: salir del silencio. 1ª edición. Barcelona: Ed Octaedro; 2015.
4. Medina-Serdán, E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol. Reprod. Hum.* 2013 Ene; 27( 3 ): 185-193.
5. Jadresic, E. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2014; 25 (6): 1019 – 1028.
6. Onah MN, Field S, Bantjes J, Honikman S. Perinatal suicidal ideation and behaviour: psychiatry and adversity. *Arch Womens Ment Health.* 2017 Apr; 20(2):321-331.
7. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med.* 2020 May; 87(5):273-277.
8. Roncallo, P; Etxainz, A; Barret, FB; Sánchez de Miguel, M; Olabarrieta, F; Arranz, E. Vínculo materno-fetal y postnatal: posibles diferencias en madres tras el tratamiento de reproducción asistida. *Psicosom. Psiquiatr.* 2017; 1 (1): 81-100.
9. García-Esteve, Ll. Depresión y psicosis puerperal: necesitamos dispositivos específicos. *Psicosom. Psiquiatr.* 2017; 1 (1): 81-100.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, 4th edition. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

## IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL VÍNCULO AFECTIVO

12. Taylor, D; Barnes, T; Young, A. The Maudsley. Prescribing Guidelines in Psychiatry. 13th edition. Londres: Wiley Blackwell Ed; 2018.
13. Medrano, J; Zardoya, MJ; Pacheco, L. Uso de psicofármacos en el embarazo y la lactancia. 1ª edición. Badalona: Euromedice Ediciones Médicas; 2009.