

# Vínculo madre-bebé y salud mental: el valor del cuidado y el apoyo a las madres

Mother-Infant Bond and Mental Health: The Value of Care and Support for Mothers

ROCÍO PARICIO DEL CASTILLO

*Psiquiatra de la Infancia y la Adolescencia en Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Comunidad de Madrid). ORCID iD: 0000-0003-2734-0577.*

*Correspondencia: rocio.paricio@salud.madrid.org*

Recibido: 31/08/2025; aceptado: 25/11/2025

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



**Resumen:** El vínculo madre-bebé constituye la primera relación afectiva en la vida humana y un pilar para el desarrollo emocional, cognitivo y social. Su construcción comienza incluso antes de la concepción, influida por el deseo reproductivo, y se despliega durante el embarazo, el parto, el puerperio y la crianza. Lejos de ser un proceso instintivo, depende de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, así como de la salud mental materna. La depresión, la ansiedad, el trauma obstétrico o las experiencias adversas en la infancia pueden afectar gravemente esta relación, pero una atención clínica temprana permite la reparación y previene la transmisión intergeneracional del sufrimiento. Este trabajo combina evidencia científica y experiencia clínica en salud mental perinatal para proponer un abordaje integrador: reconocer la díada madre-bebé como unidad clínica, fortalecer la formación profesional y promover políticas públicas que apoyen a las madres

más allá de los discursos idealizados. La salud mental perinatal es, en última instancia, un indicador de la salud democrática de la sociedad.

**Palabras clave:** Vínculo madre-bebé, salud mental perinatal, apego, maternidad, psiquiatría perinatal, género, crianza.

**Abstract:** The mother-infant bond is the first affective relationship in human life and a cornerstone for emotional, cognitive, and social development. Its construction begins even before conception, shaped by reproductive desire, and unfolds during pregnancy, childbirth, the postpartum period, and early caregiving. Far from being an instinctive process, it depends on biological, psychological, social, and cultural factors, as well as maternal mental health. Depression, anxiety, obstetric trauma, and adverse childhood experiences can seriously disrupt this bond, yet early clinical intervention enables repair and prevents the intergenerational transmission of suffering. This article integrates scientific evidence and clinical experience in perinatal mental health to propose a comprehensive approach: recognizing the mother-infant dyad as a clinical unit, strengthening professional training, and promoting public policies that support mothers beyond idealized discourses. Ultimately, perinatal mental health should be understood as an indicator of a society's democratic health, since caring for mothers and babies means caring for the collective future.

**Key words:** Mother-infant bond, perinatal mental health, attachment, motherhood, perinatal psychiatry, gender, parenting.

## INTRODUCCIÓN

MÁS ALLÁ DE CONSTITUIR LA PRIMERA RELACIÓN AFECTIVA en la vida del ser humano, y un pilar del desarrollo infantil, el vínculo madre-bebé es un complejo proceso con raíces biológicas, psicológicas y sociales, en el que intervienen mecanismos neurohormonales, la subjetividad materna y el contexto sociocultural. Este lazo primario, además de facilitar la supervivencia de la infancia, moldea su desarrollo emocional, cognitivo y social a lo largo de la vida (1).

Lejos de ser un fenómeno individual, los vínculos madre-bebé tienen un alcance poblacional y han permitido la continuidad de la especie. En el mundo animal, el vínculo entre madre y cría asegura la alimentación, protección y defensa de la segunda frente a las amenazas del entorno (2). Se trata de una estrategia evolutiva que los mamíferos han perfeccionado y cuya base biológica reside en sistemas neurohormonales, como la oxitocina y la dopamina, que potencian la sensibilidad materna y la reciprocidad en la relación (3). La calidad de estas interacciones incidirá en el sistema de apego, entendido como el conjunto de conductas de búsqueda de

seguridad y exploración de las crías en torno a su figura de referencia (4). Sin embargo, tanto en animales como en humanos, la maternidad trasciende lo estrictamente biológico. En muchas especies mamíferas se han descrito conductas de adopción y cuidado al margen de la reproducción, y en los chimpancés, la especie filogenéticamente más cercana a la nuestra, hay numerosos ejemplos de conductas parentales sin una maternidad o paternidad biológica (5). En el ser humano, esta dimensión se amplifica, de forma que la biología predispone, pero no determina. Los vínculos tempranos se ven muy influidos por factores psicosociales (la historia biográfica de la madre, sus experiencias tempranas, los mandatos culturales, los recursos materiales y las redes de apoyo) (6). Incluso la lactancia no es una conducta instintiva, sino que se trata de fenómeno biocultural que requiere aprendizaje y sostén social (7).

Aunque en este artículo se va a atender específicamente a la relación madre-bebé, cabe señalar que esta es privilegiada, pero no exclusiva. Padres, parejas, familiares y comunidades establecen una pluralidad de lazos significativos con el bebé, puesto que la crianza es una tarea colectiva y la salud infantil no puede recaer únicamente en las madres. Pese a ello, las sociedades patriarcales han atribuido la crianza, los cuidados y la responsabilidad sobre la infancia a las mujeres, asociándolas al rol materno. Pero, lejos de tratarse de sufrimientos individuales de las madres, la depresión, la ansiedad y el trauma impactan en sus familias, en sus redes y a nivel intergeneracional (8,9). Así, aunque el vínculo madre-bebé se construye a partir de la disposición física y emocional de las mujeres, su establecimiento saludable compete a las familias, a las instituciones y a la sociedad en su conjunto.

Este trabajo propone una doble mirada: la que aporta la evidencia científica acumulada sobre el vínculo temprano y la que surge de la experiencia clínica, por medio de una revisión narrativa con enfoque clínico-reflexivo. Se han integrado fuentes bibliográficas relevantes en el ámbito de la salud mental perinatal, el apego, la antropología de la maternidad y los determinantes sociales de la salud, junto con la experiencia clínica de la autora en una consulta de salud mental perinatal en un hospital público de la Comunidad de Madrid. Todas las experiencias relatadas han sido debidamente anonimizadas y modificadas (incluyendo la combinación de elementos de distintos casos) para proteger la confidencialidad de las pacientes, y se presentan con una finalidad exclusivamente ilustrativa. El objetivo es realizar un análisis integrador que articule el conocimiento científico disponible con la práctica clínica y la reflexión crítica desde una perspectiva de género y de salud pública.

## ETAPA PRECONCEPCIONAL Y DESEO REPRODUCTIVO

El vínculo madre-bebé puede comenzar a gestarse incluso antes de la concepción, en el momento en que aparece el deseo reproductivo. A diferencia de otras

especies, donde la reproducción obedece principalmente a impulsos instintivos relacionados con los comportamientos sexuales, los seres humanos anticipamos, imaginamos y dotamos de significados a la maternidad y la paternidad (9-11). Pero, ¿de dónde surge el deseo de ser madre?

Históricamente, en la mayor parte de las sociedades la maternidad ha sido concebida como función natural de las mujeres, reforzada por mandatos sociales y culturales que la vinculaban a la feminidad y la realización personal. Sin embargo, hoy se reconoce que no existe un “instinto materno”, y que el deseo reproductivo es un fenómeno complejo que varía según la historia vital, los contextos y las condiciones materiales de cada mujer (12,13). Desde la psiquiatría perinatal, diferenciar el deseo de “ser madre” del deseo de “tener un hijo” resulta clínicamente útil (11). El primero alude a un proyecto identitario, una forma de asumirse en el mundo a través de un rol social y de una vivencia subjetiva. El segundo apunta a la búsqueda de un vínculo concreto con un nuevo ser, independientemente de la posición social que ello implique. Ambos deseos pueden coexistir, entrar en tensión o expresarse de formas ambivalentes. Una mujer atendida por depresión posparto relataba que siempre había deseado tener un hijo, pero nunca “ser madre”, identificándose más con el rol paterno en la crianza. Otra, por el contrario, fantaseaba con la maternidad, pero interrumpió dos gestaciones buscadas por sentirse incapaz de asumir la responsabilidad de criar.

Desde el psicoanálisis lacaniano, el ser humano está atravesado por una carencia fundamental, la falta, que organiza el deseo y que nunca podrá llegar a ser colmada con un objeto concreto (14). El deseo de un hijo puede vivirse como un intento de colmar la falta, puesto que puede aportar un sentido de continuidad y trascendencia, y permite fantasear con una experiencia de llenar sentimientos de vacío, soledad o insuficiencia. Además, la maternidad tiene también la capacidad de “llenar” algunos vacíos identitarios, ya que “ser madre” da un lugar y forma al ser en relación con el otro. En la consulta de psiquiatría perinatal, muchas mujeres relatan la vivencia de desencanto de la maternidad real frente al imaginario idealizado, y la percepción de que, lejos de colmar la falta, tener hijos implica también otras pérdidas.

En el deseo reproductivo, los factores internos, como la biografía personal, las identificaciones con figuras de cuidado o el funcionamiento psíquico, se combinan con numerosos factores externos, como mandatos familiares y culturales, expectativas de género y condiciones socioeconómicas. Las identificaciones proyectivas con la propia madre u otras figuras de cuidado son muy influyentes en la aparición del deseo de ser madre, en el deseo de no serlo, o en la búsqueda de una reparación de vínculos (15). Una mujer puede sentir un deseo profundo de tener un hijo para “hacerlo mejor” que su propia madre, intentando resolver experiencias de carencia afectiva. A sus veintidós años, y embarazada de su tercer bebé, una mujer que sufrió un abandono materno en su infancia contaba que su forma de lidiar con el malestar

afectivo, en un contexto de elevada inestabilidad emocional y social (situación de desempleo, rupturas frecuentes de pareja, cambios de lugar de residencia...), era “tener un nuevo hijo”, puesto que la experiencia inicial de la maternidad calmaba temporalmente sus sentimientos de vacío.

Las condiciones sociales también tienen una gran influencia en la materialización del deseo reproductivo. En España, la maternidad se retrasa cada vez más, en gran parte debido a la prolongación de estudios, la precariedad laboral y la exigencia de estabilidad económica previa (16). Pese a ser factores externos, su internalización hace que muchas mujeres vivan como conflictos intrapsíquicos cuestiones que, en realidad, responden a realidades sociales complejas. Se trata de la paradoja de una maternidad que, en teoría, es libremente elegida: pese a que la maternidad ha dejado de ser un mandato social para muchas mujeres, estas no pueden ser madres cuando lo desean ni como lo desean. En España, el duelo por infertilidad está teniendo una expresión clínica creciente. La edad media materna ha experimentado un considerable retraso en las últimas décadas, con un marcado incremento de las maternidades por encima de los 35 años, situándose entre las más elevadas del mundo, pero la curva de la fertilidad femenina muestra un descenso marcado a partir de los 35 años, lo que genera una creciente discordancia entre los proyectos reproductivos y las posibilidades biológicas de llevarlos a cabo (17).

Las personas tienden a sobreestimar su propia fertilidad, y la educación sexual y reproductiva actual está muy centrada en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la contracepción, pero no tanto en el conocimiento sobre el propio ciclo menstrual y la situación de la curva de fertilidad (18). Así, ante un embarazo que no llega, muchas mujeres expresan sentimientos de enfado por no haber recibido información clara y veraz sobre el impacto de la edad en la fertilidad, e incluso vivencias de culpa por haber priorizado, en etapas previas, su desarrollo laboral o económico, considerando como decisiones individuales y autónomas situaciones claramente condicionadas por los contextos sociales. Una mujer de 36 años en búsqueda de un embarazo relataba su enfado ante la percepción de no haber sido adecuadamente informada, diciendo “debería hablarse de la fertilidad en los institutos igual que se habla de la anticoncepción”. Otra mujer, de 39 años de edad y sumida en largos tratamientos de reproducción asistida, expresaba culpa por haber retrasado la maternidad. Una tercera mujer, de 40 años de edad, que había congelado sus óvulos previamente para preservar su fertilidad, pero cuyos embriones obtenidos a partir de los mismos no lograron la implantación, padeció un intenso cuadro depresivo, con sentimiento de enfado frente a la información recibida por la clínica de fertilidad.

El deseo reproductivo también puede verse tensionado por factores de género. Todavía subsisten mandatos sociales y culturales que asocian la realización de las

mujeres por medio de la maternidad. Como sucede con el consentimiento en las relaciones sexuales, cabe cuestionar hasta qué punto las mujeres criadas en sociedades patriarcales desean libremente ser madres (19). Pese a la persistencia de algunos de los estereotipos patriarcales en el imaginario social de la maternidad, lo cierto es que, en los últimos años, en España estamos asistiendo a una progresiva desvinculación del deseo maternal respecto de la pareja heterosexual. Muchas mujeres deciden ser madres sin pareja, ya sea a través de la reproducción asistida o de proyectos de crianza en redes comunitarias y familiares no tradicionales (20,21). Este fenómeno cuestiona las concepciones clásicas de familia y pone de relieve que el deseo de un hijo no necesariamente se ancla en la constitución de una pareja, sino en la voluntad de establecer un vínculo de cuidado y filiación.

#### *a) La importancia de la consulta preconcepcional en psiquiatría de adultos*

La etapa preconcepcional es un momento privilegiado para promover salud mental y prevenir dificultades futuras en el vínculo madre-bebé (22). La exploración del deseo reproductivo debería formar parte rutinaria de la anamnesis psiquiátrica en mujeres en edad fértil, entendiendo que tanto su presencia como la ambivalencia o su ausencia deben ser respetadas. No se trata únicamente de preguntar si la paciente desea un embarazo, ya que muchas mujeres transitan entre la ausencia de deseo, la ambivalencia y el deseo activo de gestar, y detectar esas oscilaciones permite prevenir embarazos no planificados, favorecer decisiones informadas y acompañar mejor los procesos vitales.

Este abordaje es especialmente importante en mujeres con trastorno mental grave (23-25). En este grupo, la maternidad no debe ser negada ni deslegitimada, aunque todavía muchas pacientes reciben mensajes de desaprobación por parte de sus psiquiatras, lo que erosiona la alianza terapéutica y empuja a algunas a tomar decisiones en solitario. El acompañamiento sostenedor y libre de juicios favorece que las mujeres puedan planificar su maternidad en el momento más adecuado, con los apoyos necesarios y en condiciones clínicas más estables (26).

Un eje fundamental es la psicoeducación sobre tratamientos psicofarmacológicos. El miedo a los efectos teratógenos (que, para la mayor parte de las medicaciones empleadas, tienen un riesgo bajo, aunque incrementado respecto a los controles) puede llevar a suspensiones bruscas de medicación (por parte de las pacientes, o a veces indicadas por profesionales no especializados), con el consiguiente riesgo de recaída, descompensación clínica y consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto (27-29). Ofrecer información clara y actualizada sobre la seguridad relativa de cada fármaco, los riesgos de mantenerlo o retirarlo y las alternativas disponibles permite tomar decisiones compartidas con la paciente, equilibrando su bienestar y el del futuro bebé (30- 32).

La consulta preconcepcional es también una oportunidad para trabajar en prevención vincular, ya que permite explorar expectativas, elaborar duelos, abordar la idealización de la maternidad y reforzar los recursos emocionales y sociales de la mujer. De esta forma, la consulta psiquiátrica de adultos puede convertirse en un espacio de prevención primaria en salud mental perinatal, con un impacto potencial en la calidad del vínculo madre-bebé y en la salud mental de las futuras generaciones.

## EL EMBARAZO Y LA VINCULACIÓN PRENATAL

El vínculo prenatal no es lineal y se va configurando a lo largo del embarazo en un vaivén de ilusión y temor, de proyecciones y realidades, en el que influyen tanto la historia personal como las condiciones emocionales. Stern llamó “constelación maternal” a las reorganizaciones psíquicas que se producen en la transición a la maternidad, y que serán muy relevantes en la construcción del vínculo prenatal (33). Durante la gestación, la madre comienza a elaborar representaciones internas, tanto de la propia mujer en su papel de madre como del bebé, como parte de esta constelación maternal (34).

Las *representaciones maternas* hacen referencia a cómo la mujer se percibe a sí misma en el rol de madre, incluyendo sus expectativas, temores y fantasías sobre su capacidad de cuidado (34,35). Estas representaciones se nutren de la biografía personal, de los modelos culturales de maternidad y de la historia de apego recibida, y guardan relación con la transparencia psíquica. La transparencia psíquica consiste en una mayor permeabilidad del inconsciente que permite la emergencia de recuerdos de la infancia en torno a las figuras parentales (36). La revisión de estos recuerdos puede conducir a un acercamiento a la figura materna (algunas mujeres, al identificarse con la experiencia de su propia madre, revalorizan los cuidados recibidos y buscan apoyo en ellas, fortaleciendo los lazos familiares); pero también puede llevar a un cuestionamiento crítico, al confrontar los malestares de la propia infancia o la forma que la propia madre tuvo de materner, distanciándose de modelos de crianza recibidos.

Por otro lado, aparecen las *representaciones del bebé*, de forma que este es imaginado como una persona con características propias, anticipando posibles rasgos físicos, de carácter o de comportamiento. Estas imágenes permiten a la madre comenzar a relacionarse afectivamente con el bebé, ponerle un nombre y comenzar con él un diálogo interno, teniendo las emociones de la madre un papel muy relevante en este proceso (37).

Las representaciones del bebé deben ser evaluadas, ya que su calidad tiene una gran influencia vincular: mientras que las representaciones flexibles y realistas favorecen la capacidad de adaptación al hijo real tras el nacimiento, las representaciones

rígidas o extremadamente idealizadas aumentan el riesgo de dificultades vinculares postnatales (38).

A lo largo del embarazo, pueden identificarse tres fases diferenciadas en las representaciones del bebé, que fueron esbozadas inicialmente por Winnicott: el hijo imaginado, el hijo percibido y el hijo diferenciado (39).

a) El hijo imaginado: Tras la confirmación del embarazo, el vínculo suele apoyarse más en lo imaginario que en lo corporal. Aparecen fantasías cargadas de expectativas y proyecciones, con frecuencia teñidas de ambivalencia. Incluso en embarazos buscados, muchas mujeres expresan dudas sobre su capacidad de cuidar o sobre los cambios vitales que se avecinan. En las primeras semanas de embarazo, algunas mujeres padecen malestares físicos que pueden llegar a ser muy intensos (náuseas y vómitos, fatiga, somnolencia excesiva, ascos...) y que, desprovistos todavía de la percepción del bebé, pueden llevarlas a experimentar arrepentimiento o rechazo frente a su embarazo. Una mujer, embarazada de diez semanas y afecta de hiperémesis gravídica por la que requirió ingreso hospitalario para rehidratación, señalaba fantasear con interrumpir la gestación para acabar con aquella desagradable vivencia de enfermedad.

b) El hijo percibido: Con la percepción de los movimientos fetales, en torno a las 16-20 semanas, el bebé se convierte en un sujeto concreto. Las madres comienzan a atribuirle rasgos, gustos y ritmos propios. Aquí aparece el fenómeno descrito por Winnicott del “bebé imaginado”, que progresivamente cede lugar al hijo real (39). Sin embargo, esta transición puede verse interrumpida bruscamente cuando se detectan malformaciones o síndromes prenatales. El diagnóstico anticipado genera un profundo desajuste emocional: mientras el cuerpo sigue gestando, la mente inicia un duelo anticipado por un hijo que puede no sobrevivir o que requerirá cuidados médicos intensivos (40). Un aspecto particularmente complejo es la incertidumbre, ya que, en ocasiones, las pruebas prenatales identifican anomalías cuya evolución y repercusión clínica no pueden determinarse con exactitud durante la gestación. Esta ambigüedad confronta a los padres con un terreno de espera angustiante, en el que las representaciones del bebé oscilan entre la esperanza y el temor, tiñendo el vínculo prenatal de ansiedad, cautela o incluso de una distancia protectora.

Cuando el diagnóstico intrauterino es incompatible con la vida, obliga a los padres a iniciar un duelo anticipado, mientras aún continúa el embarazo, generando un profundo desajuste entre el cuerpo materno (que sigue gestando) y la certeza de que no habrá hijo vivo al final del proceso. Este desajuste puede acompañarse de sentimientos de incredulidad, negación,

rabia, culpa o desesperanza, y requiere un acompañamiento sensible que legitime la complejidad emocional de esta vivencia. En situaciones en que se diagnostica un síndrome o enfermedad grave, muchas mujeres y parejas optan por interrumpir la gestación conforme al marco legal vigente. Esta decisión suele ser extremadamente dolorosa y conlleva la vivencia de un duelo perinatal complejo que no se limita a la pérdida del embarazo, sino también al proyecto parental, al hijo imaginado y al futuro que se había comenzado a construir, pudiendo afectar a gestaciones posteriores (41).

- c) El hijo diferenciado: En las últimas semanas de embarazo, la percepción clara de los movimientos fetales consolida la idea de un ser independiente. Frases como “es muy movido” o “se despierta cuando yo descanso” reflejan este proceso de subjetivación del feto. Se intensifica entonces la “preocupación maternal primaria”, un estado psíquico transitorio de hipersensibilidad hacia el hijo que prepara el encuentro posnatal y que fue inicialmente descrito por Winnicott (39).

#### *a) El impacto de las expectativas de género*

El vínculo prenatal también se ve influido por expectativas sociales relacionadas con el sexo del bebé. Aunque socialmente existe un tabú para manifestar decepción, muchas mujeres expresan tristeza cuando el sexo fetal no coincide con lo deseado (“*gender disappointment*”), lo que puede impactar en la salud mental perinatal (42). Una paciente, madre de dos niños y en su tercer embarazo, rompió a llorar al conocer que esperaba otro varón. Otra mujer, con un historial de padre maltratador, confesaba su temor a tener un varón: “me da miedo que sea violento como ellos”. Estas experiencias muestran cómo los mandatos y estereotipos de género todavía atraviesan el vínculo prenatal y pueden condicionar la disponibilidad emocional hacia el bebé.

#### *b) Dificultades frecuentes en la vinculación prenatal*

El vínculo prenatal actúa como un ensayo relacional, y su calidad predice la interacción madre-bebé tras el nacimiento. La implicación afectiva flexible y realista durante el embarazo se asocia con mayor sensibilidad materna y con la consolidación de apego seguro en la infancia. En cambio, la desconexión o el rechazo durante la gestación pueden anticipar dificultades vinculares en el puerperio (43,44). Por ello, la detección e intervención precoz sobre las dificultades percibidas tiene un gran valor preventivo. Entre los obstáculos más frecuentes al vínculo prenatal se encuentran:

- *Ambivalencia*, que consiste en la coexistencia de deseo y rechazo hacia el embarazo. Es frecuente en el primer trimestre, pero debe ser tomada como un indicador de alerta a partir de la mitad del embarazo, pudiendo asociarse a dificultades en la vinculación afectiva (45).
- *Depresión o ansiedad*, que aplanan la imaginación o generan vínculos teñidos de miedo o marcados por la preocupación excesiva, por lo que deben identificarse y tratarse (46).
- *Traumas y duelos previos*, que llevan a establecer vínculos cautelosos o defensivamente distantes.
- *Idealización excesiva*, cuando se deposita en el hijo la expectativa de reparar vacíos emocionales.
- *Embarazos no deseados*, asociados a vínculos más frágiles y tardíos, por lo que, en aquellas mujeres que opten por continuar con sus embarazos, es necesario realizar un trabajo terapéutico de promoción del vínculo (47).
- *Negación del embarazo*, en el que la incapacidad para fantasear al hijo impide la percepción del mismo y de los síntomas corporales asociados a la gestación. Se trata de un cuadro extraordinariamente grave desde el punto de vista de la vinculación madre-bebé que requiere siempre de un intenso trabajo terapéutico (48).

## EL PARTO Y EL POSTPARTO INMEDIATO

El parto es una experiencia biopsicosocial de gran intensidad que deja huella en el cuerpo y en la mente de la mujer. Su vivencia subjetiva de este momento influye decisivamente en la salud mental perinatal y en la forma en que se inicia el vínculo con el recién nacido (49). El recuerdo del parto se mantiene con gran nitidez durante décadas, y la manera en que fue vivido se asocia no solo con el estado emocional inmediato, sino también con la autoestima, la confianza en el propio cuerpo y la disposición afectiva hacia la crianza. Así, sin negar la importancia de los resultados clínicos de supervivencia materna y neonatal, para la salud mental perinatal es igual de relevante la dimensión subjetiva de la experiencia, que será la base del bienestar de la madre y del bebé (50). Cuando el parto se desarrolla en un clima de respeto, con información clara y acompañamiento emocional, la mujer suele sentirse capaz y agente activo en su propia maternidad, lo que refuerza la percepción de competencia y facilita la disponibilidad para el encuentro con el bebé. El contacto piel con piel precoz, la lactancia temprana y la implicación activa en las decisiones clínicas se han relacionado con una mayor satisfacción posparto y con un inicio más fluido de la interacción vincular (51). Por el contrario, cuando el parto es vivido como una experiencia de pérdida de control, dolor intenso o despersonalización, puede convertirse

en una fuente de trauma. El recuerdo traumático puede teñir la relación inicial con el hijo de sentimientos de distancia, rechazo o desconexión emocional (52). Una paciente relataba que, tras una cesárea de urgencia en la que no pudo ver a su hijo durante horas, en los primeros días no lo reconocía como suyo. Otra, tras un parto instrumentado con fórceps, describía que evitaba sostener al bebé porque al hacerlo revivía la escena con angustia.

#### *a) El ajuste inicial de la madre al recién nacido*

Aunque existe una narrativa social dominante que idealiza la respuesta inmediata de enamoramiento y cercanía emocional, la evidencia clínica muestra que la ambivalencia afectiva en las primeras semanas postnatales es frecuente y, en muchos casos, normalizable (53). Esta ambivalencia puede manifestarse como indiferencia, rechazo parcial o sentimientos de culpa hacia el bebé, sin que ello implique necesariamente un riesgo patológico para la vinculación madre-hijo.

En el postparto inicial, algunas madres experimentan un “flechazo afectivo”, un enamoramiento inmediato hacia el hijo, con una intensa implicación emocional y conductas espontáneas de cuidado. Otras mujeres, sin embargo, pueden mostrar una respuesta más gradual, donde el afecto y la identificación con el hijo se consolidan progresivamente a medida que conocen sus ritmos, gestos y necesidades. Esta variabilidad entra dentro de la normalidad y no determina, por sí sola, la calidad del apego futuro. A fin de cuentas, una relación madre-bebé es una relación interpersonal de carácter afectivo, como lo es una relación de pareja, y el “flechazo” no siempre determina una relación exitosa respecto a un inicio fraguado “a fuego lento”.

La reacción inicial de indiferencia o rechazo hacia el bebé, aunque es un fenómeno relativamente frecuente, suele generar gran alarma en las madres y los profesionales, y requiere de una evaluación e intervenciones que favorezcan la vinculación sin caer en la culpabilización, reforzando los apoyos y promoviendo la corresponsabilidad. En la indiferencia emocional, la madre experimenta sensación de desapego, neutralidad afectiva o falta de interés por el bebé en las primeras horas o días tras el nacimiento, mientras que, en el rechazo parcial o evitación, las madres pueden sentirse incómodas al sostener, cambiar o interactuar con el recién nacido, evitando el contacto físico o mental. Estas reacciones suelen ir acompañadas de un intenso sentimiento de culpa, preocupación por “no querer” al hijo o miedo a ser juzgada socialmente.

Los factores que pueden influir en estas dificultades relacionales iniciales son muy numerosos y deben ser evaluados. Por un lado, la fatiga extrema tras partos prolongados en el tiempo o complicados, así como las alteraciones hormonales, el sangrado excesivo, el dolor y la privación de sueño pueden generar un impacto fisiológico y emocional muy intenso en las primeras horas que puede reducir la disponi-

bilidad afectiva de las madres (54). La experiencia de un parto traumático (con sensación de pérdida de control, intervenciones médicas inesperadas o dolor intenso) puede generar síntomas de estrés o disociación, dificultando la conexión inicial, y la separación inicial madre-bebé (derivada, por ejemplo, de una necesidad de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) neonatal del bebé o de estabilización médica materna) puede participar en la aparición de fenómenos de extrañeza, angustia, desvinculación o rechazo hacia el bebé (55).

Por otro lado, la existencia de traumas previos o duelos no elaborados puede dificultar la inversión afectiva inmediata de la madre en la relación, y la existencia de síntomas de ansiedad o depresión perinatal puede aplanar la respuesta emocional, reduciendo la capacidad de involucrarse afectivamente en los primeros días. Además, la confrontación entre el bebé imaginado durante el embarazo y el bebé real puede generar sorpresa, frustración o decepción temporal. Esto sucede con frecuencia en situaciones de enfermedad del bebé no identificada durante el embarazo, o en problemas de salud de aparición neonatal.

La indiferencia inicial no determina necesariamente un vínculo problemático a largo plazo, ya que muchas madres desarrollan un apego seguro a medida que conocen al bebé, sus ritmos y necesidades. Sin embargo, cuando esta indiferencia se prolonga o se asocia con síntomas depresivos, ansiedad intensa o rechazo persistente, puede afectar la sensibilidad materna y la sintonía emocional, aumentando el riesgo de dificultades vinculares en la díada madre-bebé, por lo que es recomendable intervenir de forma temprana para favorecer el acercamiento emocional madre-bebé.

#### *b) Mecanismos neurohormonales que influyen en el vínculo*

Existen mecanismos naturales que promueven los sistemas neurohormonales de la maternidad y facilitan la sintonización madre-bebé en los primeros momentos de la vida. Las principales herramientas en este sentido son la lactancia materna (que promueve la secreción de oxitocina, fortalece la proximidad física y emocional, y facilita la regulación del estrés tanto en la madre como en el bebé) y el contacto piel con piel (que favorece también la liberación de oxitocina, la regulación fisiológica del recién nacido y la percepción de seguridad) (56). Estos mecanismos actúan como facilitadores del vínculo, pero no reemplazan la necesidad de contención psíquica, apoyo social y atención clínica en casos de dificultades, y su ausencia tampoco determina dificultades en el vínculo.

Sin embargo, todas aquellas situaciones que impidan el contacto madre-bebé tienen el potencial de interferir en la neurobiología de la maternidad. Las separaciones tempranas derivadas de complicaciones obstétricas graves, como hemorragias o preeclampsia, pueden además generar ansiedad anticipatoria en futuros embarazos.

Los ingresos en UCI neonatal en nuestro entorno interrumpen el contacto temprano y a menudo provocan sentimientos de miedo en las madres, con mayor riesgo de que desarrollen tanto vínculos evitativos (en un mecanismo defensivo frente a la incertidumbre pronóstica y el miedo al fallecimiento o a las secuelas del bebé) como vínculos ansiosos (con una elevada preocupación, hipermonitorización y necesidad de control completo sobre el bebé) (57). Una madre no acudía a visitar a la UCI a su bebé prematuro: “si no le cojo cariño, dolerá menos”. Otra madre, que tuvo a su bebé ingresado en UCI por bajo peso al nacimiento, tenía tras el alta pensamientos obsesivos sobre los mililitros de fórmula que tomaba su bebé y conductas compulsivas de pesaje en una báscula que compró para ello.

Se debe trabajar para minimizar las separaciones entre las madres y sus bebés en los entornos hospitalarios. El paradigma “separación cero” en los casos de prematuridad, que defiende que el cuerpo de la madre es la mejor incubadora para el neonato, ha demostrado grandes resultados clínicos, con mayor supervivencia, menos secuelas físicas y mayor bienestar materno (58). Además, es necesario implementar la atención psicológica y de apoyo, y vincular a la díada madre-bebé en todos los casos en que alguna de las dos partes requiera hospitalización médica postparto, como un elemento imprescindible más dentro de su asistencia sanitaria (59).

## EL PUERPERIO, LA CRIANZA Y LA CONSTRUCCIÓN DEL VÍNCULO MADRE-BEBÉ

Tradicionalmente reducido en la medicina a las seis semanas posteriores al parto, el puerperio es en realidad un tiempo más prolongado, en el que la mujer se adapta a su nueva identidad materna y afronta el cuidado cotidiano del recién nacido. En salud mental, se considera que el postparto dura al menos un año, si bien algunos de los fenómenos psicológicos característicos de la maternidad se mantienen en primer plano hasta los 2-3 años del infante, realidad que coincide con la evidencia en los estudios de resonancia magnética funcional de la duración de los cambios cerebrales en las madres (60,61).

La maternidad reorganiza los afectos y las prioridades de la mujer, de ahí la afirmación clásica de Stern, quien señaló que con el nacimiento de un bebé nace también una madre (33). Esta etapa de cambios identitarios, denominada “matrescencia” en analogía a los cambios que se producen en la adolescencia, conlleva un reordenamiento profundo del yo durante el cual mujer se enfrenta a preguntas existenciales: ¿quién soy ahora que soy madre?, ¿sigo siendo la misma de antes?, ¿qué he perdido y qué he ganado?, ¿cómo concilio la mujer que era con la madre que estoy aprendiendo a ser? (62). En la práctica clínica, el tránsito de rol a la maternidad suele estar acompañado de sentimientos ambivalentes, como el orgullo, la ternura, el duelo por la pérdida de la identidad previa, el miedo a no estar a la altura o la sensación

de desbordamiento (63). Una mujer que desarrolló un cuadro de ansiedad a los dos meses del nacimiento de su hija, sin antecedentes en salud mental, expresó: “Siento que he muerto como mujer, y que solo soy la madre de mi hijo”.

A las modificaciones en la autopercepción de las mujeres, se suma el mantenimiento de la preocupación maternal primaria, ya que la hipersensibilidad hacia las necesidades del bebé suele prolongarse durante las primeras semanas postparto (39). Este estado es necesario para la supervivencia del recién nacido y no es patológico, pero requiere que la madre pueda entrar y salir de él de manera flexible, con el apoyo de su entorno, para evitar la hiperpreocupación por el bebé o el agotamiento emocional.

La construcción de la identidad materna se ve atravesada por la biografía emocional de cada mujer. Fraiberg acuñó la expresión “fantasmas en la habitación de los niños” para referirse a la irrupción en la crianza de experiencias traumáticas no resueltas de la propia infancia de las madres (64). Así, mujeres con historias de negligencia, maltrato o abandono pueden revivir en el encuentro con su hijo o hija emociones ligadas a sus vivencias infantiles y a su propio desamparo. En la clínica, estos fantasmas se manifiestan como dificultades en la empatía, conductas de rechazo o expectativas distorsionadas hacia el bebé. Muchas madres sienten miedo a repetir patrones dañinos vividos en la infancia, o experiencias que fueron dolorosas. Una mujer que había sufrido graves negligencias en su crianza por parte de sus padres decía: “Tengo pánico de hacerle a mi hija el mismo daño que me hicieron a mí”. Otra mujer, cuyo bebé de mes y medio de vida requirió un ingreso en UCI pediátrica por bronquiolitis, expresaba una angustia desbordada al mentalizar la soledad que podía estar experimentando su bebé. Al explorar su biografía, relató que ella misma había requerido un ingreso neonatal prolongado por una enterocolitis necrotizante, y, de forma espontánea, la mujer planteó que quizás su propia experiencia infantil, de la cual no guardaba un recuerdo consciente, estaba amplificando su angustia frente al ingreso de su hijo.

En contraposición a los fantasmas, Alicia Lieberman introdujo el concepto de “ángeles en la habitación de los niños” para referirse a experiencias o figuras de apego positivas que, aunque hayan coexistido con experiencias adversas, han dejado huellas protectoras en la memoria emocional de la madre (65). Una abuela cariñosa, un hermano protector o una tía disponible pueden convertirse en referentes internos que favorezcan la sensibilidad y la capacidad de cuidado hacia el propio hijo o hija. Una madre, criada en un ambiente hostil, encontraba fortaleza evocando a su abuela: “Me he dado cuenta de que todas las canciones con las que acuno a mi hija me las cantaba mi abuela”. El rescate de estas experiencias positivas es un recurso muy útil que puede ayudar a las mujeres que han tenido experiencias adversas en la infancia en la construcción de una identidad materna suficientemente buena.

La llegada de un bebé (especialmente, el primero) también obliga a una reorganización de vínculos interpersonales de la madre. En caso de una maternidad en pareja, esta debe atravesar un reajuste, con frecuencia marcado por tensiones en torno al reparto de tareas y al lugar que cada miembro ocupa en la crianza (66). Tradicionalmente se ha considerado que, ante el nacimiento de un bebé, el padre puede verse desplazado e intentar rivalizar con el mismo por el afecto de la madre. En la actualidad, en la consulta suelen atenderse otro tipo de tensiones relacionales, derivadas fundamentalmente de la sobrecarga materna de los cuidados, o de una rivalidad entre la madre y el padre o pareja por el afecto del bebé. En efecto, la mayor corresponsabilidad en las familias en muchas ocasiones implica, también, una mayor vinculación afectiva de los hijos o hijas hacia el segundo progenitor. Una mujer contaba “pienso que no soy suficiente para mi hijo porque siento que él prefiere a mi marido, quiere que sea él quien le dé el baño y quien le acueste”; otra, respecto a su pareja mujer, decía “a veces siento que en el fondo estamos peleando por demostrar cuál de las dos es mejor madre”.

Sin duda, además de reconocer la importancia de la función social de la maternidad, es imprescindible promover la eliminación de los patrones socioculturales estereotipados y la responsabilidad compartida de hombres y mujeres en la educación de los hijos. En este sentido, España ha tomado medidas pioneras a nivel mundial, como la implementación de permisos parentales igualitarios e intransferibles para fomentar la corresponsabilidad (67). No obstante, si bien implicar a los hombres en el cuidado de la infancia es imprescindible, y una cuestión de derechos, la corresponsabilidad en la crianza no puede limitarse a la pareja. Por un lado, no se puede esperar que una única persona, la pareja, supla todas las necesidades relacionales y de apoyo que la díada madre-bebé requiera. Por otro, cada vez es más frecuente encontrar escenarios de monomarentalidades elegidas, en las cuales no hay una pareja que pueda ejercer dichas tareas (20).

En cuanto a las relaciones con la familia de origen, es posible que con la llegada del bebé se reactiven algunas dinámicas superadas (lo que puede dificultar la transición del rol de hija al rol de madre) y que se intensifique la presencia de abuelas, cuya implicación en la crianza ha demostrado disminuir el estrés la incidencia de la depresión materna en el primer año postparto, especialmente cuando quien participa es la abuela materna (68,69). Sin embargo, cuando la relación es conflictiva o hay interferencias en la crianza, la presencia de abuelas (en especial, las paternas) puede tener el efecto contrario e incrementar el estrés materno o el riesgo de depresión posparto (68,69). Las mujeres pueden vivir la presencia de la familia política como una invasión, o pueden percibir la presencia de la propia madre como una incapacidad de esta para dejarla transitar del rol de hija al rol de madre. Por otra parte, la comparación con estilos de crianza pasados y las expectativas

intergeneracionales pueden surgir con fuerza y generar invalidaciones y cuestionamientos difíciles de gestionar. Adoptar conductas de crianza no solo diferentes, sino en ocasiones diametralmente opuestas, a las recibidas puede ser percibido por la madre de la madre como una dolorosa descalificación hacia su maternidad, del mismo modo que las madres actuales pueden percibir como invalidantes los mensajes de las abuelas insistiendo en las prácticas que ellas mismas llevaron a cabo (“no lo tengas tanto en brazos que lo malacostumbres”, “si no le das la comida triturada se va a ahogar”) (70).

Otro cambio relacional que a menudo acontece en la maternidad son los vínculos de amistad con otras mujeres, que constituyen una parte fundamental de la red de apoyo en la crianza (71). Debido a los cambios de estilo de vida y la necesidad de cuidados que implica un bebé, muchas mujeres sienten distanciamiento respecto de sus amistades previas. Una mujer de 27 años que había sido madre reciente de gemelos expresaba sentirse “defraudada” por sus amigas, ya que estas no se habían adaptado a su nueva realidad y mantenían sus encuentros en horas y lugares a los cuales a ella le resultaba imposible acudir. Otra mujer señalaba la sensación de “no compartir nada” con sus amigas de toda la vida tras haberse convertido en madre. La realidad es que las mujeres que son madres recientes, especialmente las primerizas, suelen requerir rodearse de otras mujeres que están atravesando el mismo momento vital de maternidad. Los grupos de apoyo entre pares, grupos de crianza o grupos madre-bebé han demostrado reducir la soledad, reforzar la autoestima y la autoconfianza, y fomentar una percepción compartida y validación emocional (72).

Además de la transición al rol de madre y el reordenamiento vincular, en el contexto actual, el puerperio está atravesado por exigencias sociales muy conflictivas. A la mujer se le demanda ser una madre plenamente disponible, una trabajadora eficaz, una pareja atenta y una mujer que recupere rápidamente su cuerpo previo al embarazo (63,73). Este ideal inalcanzable alimenta sentimientos de insuficiencia y culpa. Una paciente, madre de un bebé de ocho meses, decía: “Me siento culpable por no disfrutar cada segundo de mi hija, culpable por no rendir en el trabajo y culpable por no tener tiempo para mi pareja. Siento que fracaso en todo”.

La presión laboral es otro aspecto muy relevante (74). Los permisos parentales en España están experimentando remodelaciones y ampliaciones en los últimos años, pero aún resultan insuficientes para muchas familias (67). La evidencia muestra que permisos más prolongados y equitativos se asocian con menor prevalencia de depresión posparto y con vínculos madre-bebé más sólidos (75). Además, una vez finalizado el permiso, la conciliación para el cuidado de hijas e hijos pequeños añade una gran cantidad de retos que requieren de políticas auténticamente alineadas con las necesidades infantiles y los derechos de las mujeres.

### *a) El impacto en la salud mental materna*

El puerperio es una etapa de especial vulnerabilidad para la salud mental. Se estima que un 10–15 % de las mujeres desarrollan depresión posparto, alrededor de un 15–20 % sufren trastornos de ansiedad y una de cada mil mujeres púerperas presentarán psicosis puerperales (76). Estos cuadros no solo afectan al bienestar de la madre, sino que interfieren en la disponibilidad emocional y en la sintonía con el bebé. La depresión posparto aplanan la capacidad de disfrute y conexión afectiva, y muchas madres refieren sentir que cuidan “de manera automática”, sin experimentar la cercanía emocional que esperaban. La ansiedad posparto puede manifestarse en forma de síntomas obsesivo-compulsivos como preocupaciones intrusivas sobre la salud del bebé, hipervigilancia o rituales de comprobación (77). Aunque parten del deseo de proteger, terminan creando un clima de tensión que dificulta la regulación emocional compartida. También pueden aparecer fobias de impulsión, pensamientos o imágenes intrusivas en las cuales la madre se visualiza dañando a su bebé (defenestrándolo, ahogándolo en la bañera, arrojándolo al suelo), que por lo general producen una intensa angustia y sensación de culpa y vergüenza que dificulta que pidan ayuda (78). En los casos de trastornos graves, como la psicosis puerperal, el vínculo puede quedar gravemente comprometido si no se ofrece atención inmediata y especializada. Por ello, la detección precoz y el acompañamiento son imprescindibles para prevenir la transmisión intergeneracional de la inseguridad y el trauma.

### **SALUD MENTAL PERINATAL, GÉNERO Y MATERNIDAD EN ESPAÑA**

El vínculo madre-bebé está condicionado por el contexto social y sanitario en el que la maternidad se desarrolla. Los determinantes de género, la desigualdad estructural y las limitaciones de los sistemas de salud influyen de manera decisiva tanto en la disponibilidad emocional de las madres como en la calidad de la relación temprana con sus hijos (79). Las condiciones socioeconómicas impactan directamente en la salud mental perinatal, de forma que la precariedad laboral, la inseguridad en la vivienda, la falta de apoyos familiares cercanos o la pertenencia a colectivos vulnerables (migrantes, minorías étnicas, mujeres en situación de violencia de género) se asocian con mayor prevalencia de depresión y ansiedad en el embarazo y el posparto (80).

La maternidad sigue siendo un fenómeno fuertemente atravesado por los mandatos de género, y, a pesar de los avances hacia la igualdad, en la práctica son mayoritariamente las mujeres quienes asumen la carga principal de los cuidados (81). Esta desigualdad se traduce en sobrecarga física y emocional, sentimientos de

insuficiencia y mayor vulnerabilidad a la depresión y la ansiedad posparto (82). En la clínica es frecuente escuchar frases como “siento que soy yo la única responsable, aunque mi pareja ayude” o “parece que todo lo que le pase al bebé es culpa mía”. El mandato de ser “madre perfecta” convive con la exigencia de ser una “mujer autónoma y productiva”, generando una paradoja imposible: se espera que las madres estén plenamente disponibles para el bebé y, a la vez, que se reincorporen rápidamente al trabajo y mantengan otros roles intactos (63). Este ideal inalcanzable alimenta la vivencia de culpa y el sentimiento de “no llegar a todo”, ya explorado en el apartado anterior, y constituye un factor de riesgo psíquico.

También la atención a la salud mental de las mujeres sigue marcada por sesgos de género. En la actualidad, en las consultas de salud mental de adultos, existen deficiencias en la atención al deseo reproductivo y a la salud mental materna, tendiendo a obviar esta dimensión de la vida de las mujeres. Otro ámbito problemático aparece en las consultas de psiquiatría infantil, donde en ocasiones se responsabiliza a las madres por las dificultades de sus hijos sin atender a los condicionantes estructurales ni ofrecer intervenciones destinadas a la mejora de la relación vincular. La atención a la salud mental perinatal, si bien está empezando a recibir más atención en España con el desarrollo en los últimos años de algunos dispositivos y programas específicos, es aún insuficiente y muy desigual a lo largo del territorio español, existiendo áreas de sufrimiento que a menudo siguen quedando sin asistencia pública (infertilidad, tratamientos de reproducción asistida, trauma postparto, pérdidas perinatales...) (83). Del mismo modo, los sistemas sanitarios aún no protegen adecuadamente a las mujeres frente a las experiencias traumáticas en los partos, y, en España, la violencia obstétrica continúa presente en muchos relatos de parto (63).

A esto se suma que, en España, cuando las mujeres presentan problemas de salud mental en la etapa perinatal, y estas son identificadas y derivadas, en muchos casos la atención sigue centrada en la madre como paciente individual, sin incorporar de forma sistemática la dimensión diádica madre-bebé, lo que evidentemente dificulta una intervención centrada en la promoción, el cuidado y la reparación del vínculo entre ambos (84). A día de hoy, no existen unidades de hospitalización psiquiátrica breve conjunta madre-bebé en nuestro país, y solo hay un hospital de día madre-bebé en todo el territorio nacional, ubicado en Barcelona (85). Esto deja sin respuesta a una necesidad fundamental: garantizar que el tratamiento psiquiátrico del posparto no implique la separación innecesaria de la madre y el hijo, y que la intervención incluya la promoción del vínculo afectivo. El desarrollo de dispositivos de hospitalización psiquiátrica domiciliaria puede ser una buena alternativa que, en las situaciones en que resulte posible, permita a las mujeres y sus bebés permanecer juntos y en un ambiente confortable, pero recibiendo atención especializada.

## CONCLUSIONES

El vínculo madre-bebé comienza a construirse mucho antes del nacimiento y se constituye en una compleja trama de factores biológicos, psicológicos y sociales. No es un proceso automático ni garantizado por los mecanismos neurohormonales, sino que se trata de una relación afectiva interpersonal que, como todas las relaciones, se construye de forma dinámica y en la que confluyen la historia personal de la madre, su salud mental y las condiciones materiales y culturales que rodean la experiencia de la maternidad.

Hemos visto cómo el deseo reproductivo, el embarazo, el parto, el puerperio y los determinantes sociales influyen en la disponibilidad emocional hacia el bebé y en la calidad de la relación temprana. También hemos señalado cómo la depresión, la ansiedad, el trauma obstétrico o las experiencias adversas en la infancia pueden dificultar este proceso, y cómo una atención clínica temprana resulta decisiva para favorecer la reparación y prevenir la transmisión intergeneracional del trauma.

Para avanzar en este campo es imprescindible tender puentes entre la psiquiatría de adultos, la infantil y la perinatal, hoy aún demasiado desconectadas en lo relativo a la maternidad, la parentalidad y los cuidados tempranos. La salud mental perinatal no puede depender solo del esfuerzo individual de las madres, sino de un compromiso institucional, político y sanitario: más recursos especializados, formación en todos los niveles, integración del deseo reproductivo y la salud mental materna en la psiquiatría de adultos, reconocimiento de la díada madre-bebé como unidad clínica y políticas sociales que respalden a las mujeres más allá de los discursos idealizados sobre la maternidad.

También es urgente reforzar la formación específica en salud mental perinatal de psiquiatras, psicólogos, médicos de familia, obstetras, matronas y pediatras. La falta de conocimiento sobre fenómenos tan frecuentes como el trauma obstétrico, la ansiedad en el embarazo o la depresión posparto sigue siendo una barrera que retrasa la detección y el tratamiento.

Las intervenciones clínicas deben ampliar la mirada: no basta con atender a la madre de manera individual, es necesario incorporar a la díada madre-bebé como unidad de cuidado para promover vínculos saludables. Esto implica crear espacios terapéuticos donde la interacción pueda ser observada y acompañada, impulsar psicoterapias madre-bebé y grupos de apoyo, desarrollar unidades de hospitalización y hospitales de día madre-bebé que eviten separaciones innecesarias, fomentar la hospitalización domiciliaria cuando sea posible e incluir estrategias de promoción de la sensibilidad materna y la regulación emocional diádica. La meta no es solo reducir síntomas, sino fortalecer el vínculo temprano como un factor de protección clave para la salud mental futura de ambos.

Aunque este trabajo se centra en el vínculo madre-bebé, no podemos olvidar el valor de otros vínculos de cuidado y la necesidad de implicar a los hombres en la atención a la infancia. Sin embargo, la corresponsabilidad debe ir más allá de la pareja: la maternidad y el cuidado infantil son un bien común que exige corresponsabilidad política y social. Ello requiere cambios estructurales y políticas públicas que garanticen apoyos reales: recursos comunitarios gratuitos y accesibles, programas de prevención y promoción con perspectiva de género, medidas de conciliación laboral más justas, permisos parentales más largos y flexibles y el reconocimiento del puerperio como un tiempo de recuperación y reorganización identitaria que merece acompañamiento social, no exigencia de productividad.

En última instancia, la salud mental perinatal es también un indicador de la salud democrática de una sociedad, ya que cuidar de las madres y de los bebés es cuidar del futuro colectivo. Promover el vínculo madre-bebé exige unir la atención clínica individual con una perspectiva estructural y de género. El reto de la psiquiatría perinatal y de la salud mental comunitaria es situar este vínculo en el centro de las políticas públicas, asegurando que cada madre pueda ser acompañada en su singularidad y que cada bebé tenga la oportunidad de alcanzar el mejor grado de salud y bienestar que resulte posible.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rocha NACE, Dos Santos Silva FP, Dos Santos MM, Dusing SC. Impact of mother-infant interaction on development during the first year of life: a systematic review. *J Child Health Care*. 2020;24(3):365-85.
- (2) Rosenblatt JS. Outline of the evolution of behavioral and nonbehavioral patterns of parental care among the vertebrates: critical characteristics of mammalian and avian parental behavior. *Scand J Psychol*. 2003;44(3):265-71.
- (3) Rilling JK, Young LJ. The neurobiology of mammalian parenting and the biosocial context of human caregiving. *Horm Behav*. 2015;77:3-17.
- (4) Sullivan R, Perry R, Sloan A, Kleinhaus K, Burtchen N. Infant bonding and attachment to the caregiver: insights from basic and clinical science. *Clin Perinatol*. 2011;38(4):643-55.
- (5) Hobaiter C, Schel AM, Langergraber K, Zuberbühler K. Adoption by maternal siblings in wild chimpanzees. *PLoS One*. 2014;9(8):e103777.
- (6) Rusanen E, Lahikainen AR, Vierikko E, Pölkki P, Paavonen EJ. A longitudinal study of maternal postnatal bonding and psychosocial factors that contribute to social-emotional development. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2024;55(1):274-86.
- (7) Fewtrell MS, Mohd Shukri NH, Wells JCK. Optimising breastfeeding: what can we learn from evolutionary, comparative and anthropological aspects of lactation? *BMC Med*. 2020;18(1):4.
- (8) Feldman R. Father contribution to human resilience. *Dev Psychopathol*. 2023;35(5):2402-19.

- (9) Rivera A. The social process of caregiving in fathers: a grounded theory study. *Fam Community Health*. 2023;46(3):155-64.
- (10) Montgomery KS, Green T, Maher B, Tipton K, O'Bannon C, Murphy T, et al. Women's desire for pregnancy. *J Perinat Educ*. 2010;19(3):53-61.
- (11) Tubert S. The desire for a child and the wish to become a mother. *Psyche*. 1994;48(7):653-81.
- (12) Rankin L, Krouskop HG, Fisher ML. Mother-infant attachment from the perspective of young mothers: does the data support a maternal instinct? *Soc Sci Med*. 2024;357:117172.
- (13) Odent M. The instincts of motherhood: bringing joy back into newborn care. *Early Hum Dev*. 2009;85(11):697-700.
- (14) Ruti M. The fall of fantasies: a Lacanian reading of lack. *J Am Psychoanal Assoc*. 2008;56(2):483-508.
- (15) Ornston D. Projective identification and maternal impingement. *Int J Psychoanal Psychother*. 1978;7:508-32.
- (16) Instituto Nacional de Estadística (INE). *Movimiento Natural de la Población: Indicadores Demográficos Básicos*. España: INE, 2023.
- (17) Instituto Bernabeu. Analysis of fertility in Spain: 40.1 % of women are mothers after the age of 35. *Instituto Bernabeu News*. 7 junio 2024.
- (18) Domínguez VR. Qué sabemos hoy sobre las relaciones entre estrés e infertilidad. *Rev Med Clin Condes*. 2010;21(3):463-8.
- (19) Serra I. Insensatas. *Diario Red*. 5 octubre 2023. Disponible en: <https://www.diario-red.com/opinion/isa-serra/insensatas/20231005060000022014.html>
- (20) Gómez-López M, Martínez-Moreno P. Madres solteras por elección: una realidad creciente y no reciente. *Aten Primaria*. 2017;49(8):502-3.
- (21) Matorras R, Perez-Fernandez S, Hubel A, Ferrando M, Quintana F, Vendrell A, et al. Perinatal outcomes in lesbian couples employing shared motherhood IVF compared with those performing artificial insemination with donor sperm. *Hum Reprod*. 2023;38(5):895-907.
- (22) Wilson RD. Choosing pre-conception planning for women/families: counselling and informed consent (Part 2) – pre-conception reproductive planning, lifestyle, immunization, and psychosocial issues. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019;41(5):666-78.
- (23) Miller LJ. Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1997;23(4):623-35.
- (24) Miller LJ, Finnerty M. Family planning knowledge, attitudes and practices in women with schizophrenic spectrum disorders. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998;19(4):210-7.
- (25) Solari H, Dickson KE, Miller L. Understanding and treating women with schizophrenia during pregnancy and postpartum. *Can J Clin Pharmacol*. 2009;16(1):e23-32.
- (26) Barker LC, Zaheer J, Hussain Z, France J, Rodriguez A, Lubotzky-Gete S, et al. Reproductive health experiences of women and non-binary people with early psychosis. *Can J Psychiatry*. 2024;69(1):33-42.
- (27) Altshuler LL, Cohen L, Szuba MP, Burt VK, Gitlin M, Mintz J. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: dilemmas and guidelines. *Am J Psychiatry*. 1996;153(5):592-606.

- (28) Galbally M, Snellen M, Lewis AJ. A review of the use of psychotropic medication in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2011;23(6):408-14.
- (29) Bjørndal LD, Tauqeer F, Heiervang KS, Clausen HK, Heitmann K, Lupattelli A. Perceived risk of neurodevelopmental outcomes in offspring related to psychotropic and mental illness exposures in pregnancy and breastfeeding: a cross-sectional survey of women with past or current mental illness. *BMJ Open*. 2022;12(9):e061159.
- (30) Bergemann N, Paulus WE. Affective disorders during pregnancy: therapy with antidepressants and mood stabilizers. *Nervenarzt*. 2016;87(9):955-66.
- (31) Stevenson F, Hamilton S, Pinfold V, Walker C, Dare CR, Kaur H, et al. Decisions about the use of psychotropic medication during pregnancy: a qualitative study. *BMJ Open*. 2016;6(1):e010130.
- (32) Frayne J, Ellies R, Nguyen T. Experiences of decision making about psychotropic medication during pregnancy and breastfeeding in women living with severe mental illness: a qualitative study. *Arch Womens Ment Health*. 2023;26(3):379-87.
- (33) Stern DN. *La constelación maternal: un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Barcelona: Paidós, 1997.
- (34) Grimalt L, Heriesi E. Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Rev Chil Pediatr*. 2012;83(2):220-41.
- (35) Gioia MC, Greco L, Tontodonati M, et al. The relationship between maternal-fetus attachment and perceived parental bonds in pregnant women: considering a possible mediating role of psychological distress. *Front Psychol*. 2022;13:1095030.
- (36) Oriol C, Tordjman S, Dayan J, et al. Exploring “psychic transparency” during pregnancy: a mixed-methods approach. *BMC Womens Health*. 2016;16:55.
- (37) Atashi V, Kohan S, Salehi Z, Salehi K. Maternal-fetal emotional relationship during pregnancy, its related factors and outcomes in Iranian pregnant women: a panel study protocol. *Reprod Health*. 2018;15(1):176.
- (38) Camarneiro APF, Roberto MS, Justo JMRM. Explaining maternal antenatal attachment by psychological, clinical and sociodemographic factors: a path analysis study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):638.
- (39) Winnicott DW. Primary maternal preoccupation. In: *Collected papers: Through paediatrics to psychoanalysis*. London: Tavistock, 1956.
- (40) Solberg Ø, Grønning Dale MT, Holmstrøm H, Eskedal LT, Landolt MA, Vollrath ME. Trajectories of maternal mental health: a prospective study of mothers of infants with congenital heart defects from pregnancy to 36 months postpartum. *J Pediatr Psychol*. 2012;37(6):687-96.
- (41) Beauquier-Maccotta B, Shulz J, De Wailly D, Meriot ME, Soubieux MJ, Ouss L, et al. Prenatal attachment, anxiety and grief during subsequent pregnancy after medical termination of pregnancy. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2022;51(4):102353.
- (42) Jayarajah C. “It’s a girl!” Is gender disappointment a mental health or sociocultural issue? *BJPsych Bull*. 2023;48(6):1-5.
- (43) Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(5):708-15.
- (44) Cannella BL, Yarcheski A, Mahon NE. Meta-analyses of predictors of health practices in pregnant women. *West J Nurs Res*. 2018;40(3):425-46.

- (45) Cutler A, McNamara B, Qasba N, Kennedy HP, Lundsberg L, Garipey A. “I just don’t know”: an exploration of women’s ambivalence about a new pregnancy. *Womens Health Issues*. 2018;28(1):75-81.
- (46) Tichelman E, Westerneng M, Witteveen AB, van Baar AL, van der Horst HE, de Jonge A, et al. Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: a systematic review. *PLoS One*. 2019;14(9):e0222998.
- (47) Wang N, Liu Y, Ai J, Nie J, Yang J. The association between unintended pregnancy and maternal mental health in rural China. *Front Public Health*. 2025;13:1498473.
- (48) Auer J, Barbe C, Sutter AL, Dallay D, Vulliez L, Riethmuller D, et al. Pregnancy denial and early infant development: a case-control observational prospective study. *BMC Psychol*. 2019;7(1):22.
- (49) Simkin P. Just another day in a woman’s life? Part II: Nature and consistency of women’s long-term memories of their first birth experiences. *Birth*. 1992;19(2):64-81.
- (50) Benyamini Y, Delicate A, Ayers S, Dikmen-Yildiz P, Gouni O, Jonsdottir SS, et al. Key dimensions of women’s and their partners’ experiences of childbirth: a systematic review of reviews of qualitative studies. *PLoS One*. 2024;19(3):e0299151.
- (51) Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11:CD003519.
- (52) Sperlich M, Seng JS, Li Y, Taylor J, Bradbury-Jones C. Integrating trauma-informed care into maternity care practice: conceptual and practical issues. *J Midwifery Womens Health*. 2017;62(6):661-72.
- (53) Slade A, Cohen LJ, Sadler LS, Miller M. The psychology and psychopathology of pregnancy: reorganization and transformation. En: Zeanah CH, editor. *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press, 2000; pp. 22-39.
- (54) Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(6):426-33.
- (55) Flacking R, Ewald U, Nyqvist KH, Starrin B. Trustful bonds: a key to “becoming a mother” and to reciprocal breastfeeding. *Soc Sci Med*. 2006;62(1):70-80.
- (56) Feldman R, Weller A, Zagoory-Sharon O, Levine A. Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. *Psychol Sci*. 2007;18(11):965-70.
- (57) Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(8):CD002771.
- (58) Bergman NJ. The neuroscience of birth--and the case for Zero Separation. *Curatoinis*. 2014;37(2):e1-4.
- (59) Sadler EM, Okito O, Soghier L. Addressing caregiver mental health in the neonatal ICU. *Curr Opin Pediatr*. 2023;35(3):390-7.
- (60) Organización Mundial de la Salud. Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil. Ginebra: OMS, 2022.

- (61) Hoekzema E, Barba-Müller E, Pozzobon C, Picado M, Lucco F, García-García D, et al. Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nat Neurosci*. 2017;20(2):287-96.
- (62) Orchard ER, Rutherford HJV, Holmes AJ, Jamadar SD. Matrescence: lifetime impact of motherhood on cognition and the brain. *Trends Cogn Sci*. 2023;27(3):302-16.
- (63) Paricio del Castillo R, Polo Usaola C. Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2020;40(138):33-54.
- (64) Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1975;14(3):387-422.
- (65) Lieberman AF, Padrón E, Van Horn P, Harris WW. Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Ment Health J*. 2005;26(6):504-20.
- (66) Shi Y, He F. Rumination, dyadic coping and parenting sense of competence in couples transitioning to parenthood during puerperium: a longitudinal study protocol. *BMJ Open*. 2025;15(8):e106214.
- (67) Paricio del Castillo R, Díaz de Neira Hernando M, Cano Linares MA. Derechos humanos en la atención a la salud materno-infantil: la integración de la salud mental perinatal. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2024;44(146):19-41.
- (68) Riem MM, Bakermans-Kranenburg MJ, Cima M, et al. Grandparental support and maternal postpartum mental health. *Hum Nat*. 2023;34:25-45.
- (69) Riem MME, Bakermans-Kranenburg MJ, Cima M, van IJzendoorn MH. Grandparental support and maternal postpartum mental health: a review and meta-analysis. *Hum Nat*. 2023;34(1):25-45.
- (70) Paricio-del Castillo R. La memoria de las madres: una aproximación a la salud mental materna. *Rev Fac Med (Bogota)*. 2024 [citado 2025 Ago 13];72(1).
- (71) Ni PK, Siew Lin SK. The role of family and friends in providing social support towards enhancing the wellbeing of postpartum women: a comprehensive systematic review. *JB Libr Syst Rev*. 2011;9(10):313-70.
- (72) Rice C, Ingram E, O'Mahen H. A qualitative study of the impact of peer support on women's mental health treatment experiences during the perinatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22:689.
- (73) Tohme P, Abi-Habib R. Correlates of work productivity and maternal competence after having a baby: the roles of mother-infant bonding and maternal subjective experiences. *BMC Womens Health*. 2022;22(1):392.
- (74) Barigozzi F, Biroli P, Monfardini C, Montinari N, Pisanelli E, Vitellozzi S. Beyond time: Unveiling the invisible burden of mental load. IZA Discussion Paper No. 17912. Bonn (Germany): IZA Institute of Labor Economics, 2025.
- (75) Heshmati A, Honkaniemi H, Juárez SP. The effect of parental leave on parents' mental health: a systematic review. *Lancet Public Health*. 2023;8(1):e57-e75.
- (76) Amer SA, Zaitoun NA, Abdelsalam HA, et al. Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. *BMC Public Health*. 2024;24:1308.

- (77) Blum S, Mack JT, Weise V, Kopp M, Asselmann E, Martini J, et al. The impact of postpartum obsessive-compulsive symptoms on child development and the mediating role of the parent-child relationship: a prospective longitudinal study. *Front Psychiatry*. 2022;13:886347.
- (78) Collardeau F, Corbyn B, Abramowitz J, et al. Maternal unwanted and intrusive thoughts of infant-related harm, obsessive-compulsive disorder and depression in the perinatal period: study protocol. *BMC Psychiatry*. 2019;19:94.
- (79) Martínez P, Nazif-Munoz JI, Rojas G, Magaña I. Structural gender inequalities and symptoms of postpartum depression in 40 countries. *J Affect Disord*. 2022;297:381-5.
- (80) Kracht CL, Goynes KO, Dickey M, et al. The role of government assistance, housing, and employment on postpartum maternal health across income and race: a mixed methods study. *BMC Public Health*. 2024;24:3244.
- (81) Budds K. Validating social support and prioritizing maternal wellbeing: beyond intensive mothering and maternal responsibility. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2021;376(1827):20200029.
- (82) del Mar García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004;18 (Suppl 2):83-92.
- (83) Forti A, Olza I, García Esteve L, Carmona R, Puig MG. El mapa del desierto: La atención sanitaria a la salud mental perinatal en España. Madrid: Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, 2024.
- (84) Paricio Del Castillo R. Salud materno-infantil y salud mental perinatal: un ámbito de mejora en la sanidad española. *Rev Esp Salud Publica*. 2024;98:e202404031.
- (85) Roca-Lecumberri A, Torres A, Andrés S, Naranjo C, Roda E, Lopez C, et al. New units for perinatal mental health disorders: Description of the first 150 dyads attended at Mother Baby Day Hospital CLINIC-BCN. *Span J Psychiatry Ment Health*. 2024;17(1):41-5.