



Salud mental perinatal en madres, padres y bebés en los 6 primeros meses de edad del bebé.

Observaciones realizadas desde consulta pediátrica de Salud Pública de Valencia y Almería.

Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

Tesis Presentada por: MARÍA ROMEU DEVÍS

Directoras: Sandra Simó Teufel

Julia Colomer Revuelta

Amelia Díaz Martínez

JUNIO 2025

A mis padres, a mi hermano y a mi sobrino, con quienes he aprendido que nunca hay que rendirse y que juntos, podemos llegar a cualquier parte.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer su dedicación y profesionalidad a los equipos de pediatría que participaron en el estudio, sin la labor de los cuales esta investigación no hubiese sido posible:

- Investigadores Colaboradores del equipo de pediatría del Centro de Salud Fuente de San Luis de Valencia y Almería: Valero Sebastián Barberán (Coordinador Médico), Julia Colomer Revuelta, Marta Graullera Millas, Pilar Escuder Mas, Silvia Sarabia Vicente, Amparo Escobar Estellés (Coordinadora de enfermería), Amparo Ortega Quilis, Silvia Galdón Tornero, Cintia Borja Herrero y María Belda Soler.
- Investigadores colaboradores del Complejo Hospitalario de Torrecárdenas y del Hospital de Poniente (Servicio Andaluz de Salud): Ana Rosa Sánchez Vázquez, Francisco Vela Enríquez, Fernanda López González, Ana Calcerrada Labrador, María Ortiz López, M^a Luisa Rodríguez Lucenilla, M^a Rosario Jiménez Liria, Iciar García Escobar, Ángela Ruíz Frías y Esperanza Jiménez Nogueira

A todas las familias que participaron en este proyecto de manera voluntaria. Gracias por permitirnos aprender de su experiencia.

A la inestimable ayuda, trabajo y compañerismo de Sandra Simó, Julia Colomer y Pascual Palau, quienes me impulsaron a continuar estudiando después del TFM, y nunca dejaron de creer en mí y en que lo conseguiría.

A todo el equipo de ASMI WAIMH-España.

A Silvia Postigo por su impulso en los últimos momentos, porque siempre confió en que podía lograrlo y me ayudó a organizar mi caos.

A María Ángeles Albamonte, ya que nuestro trayecto psicoterapéutico analítico, nunca hubiese llegado a ser la que soy hoy.

A Ana, que siempre creyó que lo lograría y me animó a seguir.

A mis AMIGAS, a SHIVA, por acompañarme en el día a día.

A mis directoras, GRACIAS.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	18
1.1	FUNDAMENTOS DEL DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL TEMPRANO	18
1.2	REPRESENTACIÓN HISTÓRICA DE LA PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL INFANTIL.....	27
1.3	EL RETRAIMIENTO RELACIONAL SOSTENIDO (RRS) EN EL BEBÉ.....	33
1.1.1	<i>Escala observacional de signos de alarma del bebé (ADBB, 2001)</i>	<i>37</i>
1.4	LA SALUD MENTAL MATERNA Y PATERNA	39
1.4.1	<i>Salud mental materna</i>	<i>39</i>
1.4.2	<i>La salud mental paterna.....</i>	<i>48</i>
1.4.3	<i>La relación triádica</i>	<i>52</i>
1.5	EL ROL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	54
1.6	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	60
2	OBJETIVOS	62
2.1.	OBJETIVO GENERAL	62
2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	63
3	MÉTODO.....	65
3.1.	ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	65
3.2.	DISEÑO	67
3.2.1.	<i>Rigor del estudio.....</i>	<i>68</i>
3.3.	PROCEDIMIENTO	69
3.4.	PARTICIPANTES	73
3.5.	VARIABLES E INSTRUMENTOS.....	76
3.6.	ANÁLISIS DE DATOS	84
4	RESULTADOS.....	87
4.1.	ANÁLISIS DE FIABILIDAD, NORMALIDAD Y DIMENSIONALIDAD DE LOS INSTRUMENTOS ...	87
4.2.	DESCRIPTIVOS DE LAS CIRCUNSTANCIAS PERINATALES	88
4.2.1.	<i>Circunstancias perinatales objetivas.....</i>	<i>88</i>
4.2.2.	<i>Circunstancias perinatales subjetivas</i>	<i>90</i>
4.3.	PREVALENCIA DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.....	92
4.4.	RELACIONES ENTRE VARIABLES	95
4.4.1.	<i>Relación entre salud mental parental y el RRS</i>	<i>95</i>
4.4.2.	<i>Relación entre las circunstancias perinatales y la salud mental parental....</i>	<i>99</i>
4.4.3.	<i>Relación entre las circunstancias perinatales y el RRS.....</i>	<i>105</i>

4.5. PATH ANÁLISIS SOBRE EL RRS DEL BEBÉ.....	108
4.5.1. <i>Path Análisis sobre la prueba ADBB mediado por el cambio producido en la relación de pareja, la ansiedad rasgo y estado de la madre</i>	108
4.5.2. <i>Path Análisis de la escala ADBB mediado por la vivencia en el parto y la puntuación de depresión y anhedonia del padre</i>	109
4.5.3. <i>Path Análisis de la escala ADBB mediado por el grado de satisfacción de pareja y las puntuaciones de la escala EPDS, la ansiedad rasgo, estado y la depresión de la madre</i>	110
5 DISCUSIÓN.....	113
5.1. INTERPRETACIÓN GENERAL DE LOS RESULTADOS.....	113
5.2. IMPLICACIONES CLÍNICAS Y PRÁCTICAS.....	127
5.3. FORTALEZAS DEL ESTUDIO	134
5.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	136
5.5. PROPUESTAS PARA INVESTIGACIONES FUTURAS.....	140
6 CONCLUSIONES.....	143
CONCLUSIÓN GENERAL	143
6.1 CONCLUSIÓN 1	143
6.2 CONCLUSIÓN 2	144
6.3 CONCLUSIÓN 3	144
6.4 CONCLUSIÓN 4	145
6.5 CONCLUSIÓN 5	145
CONCLUSIÓN FINAL	146
7 REFERENCIAS.....	147
8 ANEXOS.....	173
8.1. ANEXO I. DICTAMEN FAVORABLE DEL COMITÉ ÉTICA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (CEIP-APCV).....	174
8.2. ANEXO II. COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL DE LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA	175
8.3. ANEXO III. INFORME FAVORABLE HOSPITAL TORRECARDENAS-SERVICIO ANDALUZ DE SALUD	176
8.4. ANEXO IV. CENTROS COLABORADORES DEL ESTUDIO	177
8.5. ANEXO V. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE (HIP).....	178
8.6. ANEXO VI. CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI).....	183
8.7. ANEXO VII. ENTREVISTA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CIRCUNSTANCIAS PERINATALES.....	184

ÍNDICE TABLAS, FIGURAS E IMÁGENES

Tabla 1.1. Síntomas más frecuentes de la depresión perinatal (NIMH, 2024)

Tabla 3.1. Características de la muestra de bebés

Tabla 3.2. Características de la muestra de progenitores (variables cuantitativas)

Tabla 3.3. Características de la muestra de progenitores (variables nominales)

Tabla 3.4. Circunstancias perinatales

Tabla 3.5. Instrumentos de evaluación de la investigación

Tabla 4.1. Estadísticos descriptivos y psicométricos de los tests de salud mental de madres y padres

Tabla 4.2. Circunstancias perinatales objetivas

Tabla 4.3. Percepción del grado de satisfacción en la relación de pareja

Tabla 4.4. Percepción del grado de satisfacción con el acompañamiento

Tabla 4.5. Prevalencia de las variables de estudio en madres y padres

Tabla 4.6. Prevalencia del retraimiento relacional (medido con ADBB)

Tabla 4.7. Relaciones entre variables de estudio

Tabla 4.8. Diferencias significativas según la satisfacción general de la madre con la relación de pareja (Prueba ANOVA)

Tabla 4.9. Diferencias significativas según la satisfacción de la madre con la relación de pareja durante el embarazo (Prueba ANOVA)

Tabla 4.10. Diferencias significativas según la satisfacción de la madre con la relación de pareja en el postparto (Prueba ANOVA)

Tabla 4.11. Diferencias según el cambio producido en la percepción de satisfacción con la relación de pareja (Prueba ANOVA)

Tabla 4.12. Diferencias significativas según la vivencia de la madre en el parto (Prueba ANOVA)

Tabla 4.13. Diferencias significativas según la vivencia de la madre en el parto (Prueba ANOVA)

Tabla 4.14. Diferencias significativas según el grado de satisfacción de la madre sobre el acompañamiento durante el posparto (Prueba ANOVA)

Tabla 4.15. Prueba Chi cuadrado entre la escala ADBB y el tratamiento de reproducción asistida

Tabla 4.16. Prueba Chi cuadrado entre la escala ADBB y la satisfacción de pareja después del parto

Tabla 4.17. Prueba Chi cuadrado entre la escala ADBB y la vivencia en el parto

Tabla 4.18. Prueba ANOVA entre el grado de satisfacción con el personal sanitario, el test ADBB y la AR Madre

Figura 3.1. Ítems y subescalas de la escala ADBB

Figura 4.1. Acompañamiento durante el parto

Figura 4.2. Prevalencia de las variables del estudio

Figura 4.3. Solución final del modelo path sobre de la variable AE y AR de la Madre con el ADBB mediado por el cambio en la relación de pareja.

Figura 4.4. Solución final del Path Análisis sobre la variable embarazo planificado interactuando con la depresión y la anhedonia del padre con el ADBB mediado por la vivencia del parto en la madre.

Figura 4.5. Solución final del Path Análisis de las variables AE, AR, EPDS y depresión como subescala de EPDS de la Madre con el ADBB mediado por el grado de satisfacción de la pareja

Figura 4.6. Modelos de Path Análisis

Imagen 1.2.1. Cuadro de relaciones entre el RRS en bebés de 2-24 meses y cuadros clínicos posteriores o como síntoma de diferentes trastornos (Guedeney et al., 2004).

Imagen 1.2.2. Factores interpersonales e intrapersonales que afectan al RRS en el bebé.

Imagen 3.1.1. Equipo de coordinación y formación de la escala ADBB en España. De izquierda a derecha de la foto: Sandra Simó Teufel, Antoine Guedeney, Nahir Bonifacino, Carla Pérez Martínez, Pascual Palau Subiela y María Romeu Devís

Imagen 3.2.1. Equipo de pediatría y enfermería pediátrica del Centro de Salud de Fuente de San Luis de Valencia durante una sesión clínica del uso de la escala ADBB en consulta en el contexto de la presente investigación (2018).

LISTADO ABREVIATURAS

ADBB: Alarme Détresse Bébé, Escala de signos de alarma del bebé (Guedeney y Fermanian, 2001).

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale, Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo (Cox, Holden y Sagovsky, 1987)

STAI: State-Trait Anxiety Inventory, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982)

AE: Ansiedad Estado

AR: Ansiedad Rasgo

DPP: Depresión Post Parto

RRS: Retraimiento Relacional Sostenido

PSS: Parental Stress Scale, Escala de estrés parental (Berry & Jones, 1995)

ICSI: Inyección intracitoplasmática de espermatozoides

FIV: Fecundación in vitro

M/B: Madre/Bebé

M/P/B: Madre/Padre/Bebé

AEP: Asociación Española de Pediatría

AEPap: Asociación Española de Pediatría, división de Atención Primaria

PrenInfad: Grupo de Prevención en Infancia y adolescencia

OMS: Organización Mundial de la Salud

WHO: World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)

ODS: Objetivos de desarrollo Sostenible

RESUMEN

Desde el nacimiento, los bebés muestran una necesidad innata de vinculación afectiva que sostiene su desarrollo psíquico. El retraimiento relacional sostenido (RRS) es una señal precoz de sufrimiento emocional infantil y, aunque puede ser transitorio, si persiste, compromete el desarrollo. Este estudio explora el RRS en bebés de 2 a 6 meses, considerando salud mental parental, variables perinatales y sociodemográficas enfatizando el papel de la consulta pediátrica como espacio privilegiado para su detección e intervención precoz. La Escala ADBB permite identificar el RRS en bebés de 2 a 24 meses mediante la observación de su interacción con profesionales durante consultas pediátricas. Su creciente validación en distintos países y culturas la consolida como una herramienta eficaz en la prevención e intervención precoz del sufrimiento emocional infantil.

El objetivo general fue analizar la prevalencia del RRS en bebés de entre 2 y 6 meses y su relación con la salud mental parental, evaluada mediante síntomas de depresión postparto en madres y padres. Así mismo, se exploró el papel modulador de circunstancias perinatales y factores sociodemográficos. Los objetivos específicos incluyeron: (1) estimar la prevalencia del RRS, (2) determinar la prevalencia de síntomas depresivos en ambos progenitores, (3) analizar la asociación entre salud mental parental y RRS, (4) examinar el papel modulador de las condiciones perinatales, y (5) evaluar la influencia de variables sociodemográficas en dicha relación.

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, transversal y observacional entre 2017 y 2019 en Valencia y Almería, con 114 familias atendidas en centros de salud de atención primaria. Se aplicaron instrumentos validados como la escala ADBB, EPDS, STAI y PSI-SF, junto con una entrevista estructurada ad hoc para recoger variables contextuales y perinatales. El análisis estadístico incluyó correlaciones, ANOVA, regresiones lineales y modelos de path analysis. Los casos con signos de retraimiento o depresión postparto fueron derivados a servicios especializados. El estudio cumplió con todas las normativas éticas y de protección de datos, almacenando el material audiovisual bajo estrictas medidas de confidencialidad.

Las variables analizadas incluyeron características sociodemográficas, perinatales y de salud mental parental (depresión postparto, ansiedad y estrés), evaluadas mediante entrevista estructurada y escalas estandarizadas. El retraimiento relacional sostenido (RRS) se evaluó con la escala ADBB en grabaciones de consultas pediátricas. Se integraron datos observacionales y autoinformados para explorar la relación entre bienestar emocional parental y RRS.

Se hallaron las siguientes prevalencias en la muestra estudiada: El 16,6% de los bebés presentó signos de RRS; la prevalencia de depresión postparto fue del 16,6% en madres y del 15,1% en padres.

Los resultados del modelo de Path Analysis mostraron que el retraimiento relacional sostenido (RRS) en bebés está influido principalmente por la satisfacción de pareja ($\beta = 2.156$), la vivencia del parto ($\beta = 1.128$) y, en menor medida, por los cambios en la relación de pareja tras el nacimiento ($\beta = 0.222$). Las variables emocionales parentales (depresión, anhedonia y ansiedad) no presentan efectos directos significativos sobre el RRS, pero sí afectan a los mediadores relacionales y experienciales. Se destacan especialmente las rutas indirectas, donde la vivencia del parto y la calidad de la relación de pareja median el impacto de los factores emocionales en el RRS, subrayando el papel central del entorno vincular en la prevención.

Se confirma la ausencia de influencia directa entre la salud mental parental y el RRS en el bebé, hallando una influencia indirecta mediada por factores relacionales y perinatales. No se hallaron asociaciones significativas con variables sociodemográficas. La perspectiva de género permitió identificar patrones diferenciales en la expresión emocional de madres y padres, así como desigualdades estructurales en la distribución del cuidado. Se destaca la utilidad clínica de la escala ADBB y la necesidad de integrar el cribado emocional en la atención pediátrica.

Como conclusiones de nuestro estudio podemos enumerar las siguientes: (1) El RRS es un fenómeno frecuente y clínicamente relevante en la primera infancia, (2) la salud mental parental, no influye directa y significativamente en la aparición de RRS en el bebé, (3) los factores contextuales y perinatales como la vivencia del parto y la calidad de la relación de pareja modulan esta relación, (4) la atención primaria es un espacio idóneo para la detección precoz y la intervención familiar, (5) es necesario avanzar hacia políticas públicas que promuevan la corresponsabilidad y el bienestar emocional en la crianza.

Esta tesis aporta evidencia empírica sobre la relación entre salud mental parental y RRS en un contexto real de atención primaria, integrando una mirada relacional y de género. Propone líneas de intervención preventiva y sensibiliza sobre la importancia de cuidar el vínculo temprano como base del desarrollo emocional infantil.

Palabras clave: bebé, retraimiento relacional, coparentalidad, salud mental, pediatría, salud pública, sufrimiento emocional, cribado, padre, madre, perspectiva de género.

RESUM

Des del naixement, els nadons mostren una necessitat innata de vincle afectiu que sosté el seu desenvolupament psíquic. El retraïment relacional sostingut (RRS) és una senyal precoç de patiment emocional infantil i, encara que pot ser transitori, si persisteix, compromet el desenvolupament. Aquest estudi explora el RRS en nadons de 2 a 6 mesos, considerant la salut mental parental, variables perinatales i sociodemogràfiques, i emfatitza el paper de la consulta pediàtrica com un espai privilegiat per a la seua detecció i intervenció precoç. L'Escala ADBB permet identificar el RRS en nadons de 2 a 24 mesos mitjançant l'observació de la seua interacció amb professionals durant les consultes pediàtriques. La seua validació creixent en diferents països i cultures la consolida com una eina eficaç en la prevenció i intervenció precoç del patiment emocional infantil.

L'objectiu general va ser analitzar la prevalença del Retraïment Relacional Sostingut (RRS) en nadons d'entre 2 i 6 mesos i la seua relació amb la salut mental parental, avaluada mitjançant símptomes de depressió postpart en mares i pares. Així mateix, es va explorar el paper modulador de les circumstàncies perinatales i els factors sociodemogràfics. Els objectius específics inclogueren: (1) estimar la prevalença del RRS, (2) determinar la prevalença de símptomes depressius en ambdós progenitors, (3) analitzar l'associació entre salut mental parental i RRS, (4) examinar el paper modulador de les condicions perinatales, i (5) avaluar la influència de variables sociodemogràfiques en aquesta relació.

Es va dur a terme un estudi quantitatiu, transversal i observacional entre 2017 i 2019 a València i Almeria, amb la participació de 114 famílies ateses en centres de salut d'atenció primària. Es van aplicar instruments validats com l'escala ADBB, l'EPDS, l'STAI i el PSI-SF, junt amb una entrevista estructurada ad hoc per a recollir variables contextuais i perinatales. L'anàlisi estadística va incloure correlacions, ANOVA, regressions lineals i models de path analysis. Els casos amb signes de retraïment o depressió postpart van ser derivats a serveis especialitzats. L'estudi va complir amb totes les normatives ètiques i de protecció de dades, emmagatzemant el material audiovisual sota estrictes mesures de confidencialitat.

Les variables analitzades inclogueren característiques sociodemogràfiques, perinatales i de salut mental parental (depressió postpart, ansietat i estrès), avaluades mitjançant una entrevista estructurada i escales estandarditzades. El Retraïment Relacional Sostingut (RRS) es va avaluar amb l'escala ADBB a partir de gravacions de consultes

pediàtriques. Es van integrar dades observacionals i d'autoinforme per a explorar la relació entre el benestar emocional parental i el RRS.

Es van trobar les següents prevalences en la mostra estudiada: el 16,6% dels nadons va presentar signes de RRS; la prevalença de depressió postpart va ser del 16,6% en les mares i del 15,1% en els pares.

Els resultats del model de Path Analysis van mostrar que el retraïment relacional sostingut (RRS) en nadons està influït principalment per la satisfacció de parella ($\beta = 2.156$), la vivència del part ($\beta = 1.128$) i, en menor mesura, pels canvis en la relació de parella després del naixement ($\beta = 0.222$). Les variables emocionals parentals (depressió, anhedònia i ansietat) no presenten efectes directes significatius sobre el RRS, però sí que afecten els mediadors relacionals i experiencials. Destaquen especialment les rutes indirectes, on la vivència del part i la qualitat de la relació de parella medien l'impacte dels factors emocionals en el RRS, subratllant el paper central de l'entorn vincular en la prevenció.

Es confirma l'absència d'una influència directa entre la salut mental parental i el RRS en el nadó, tot trobant-se una influència indirecta mediada per factors relacionals i perinatals. No es van trobar associacions significatives amb variables sociodemogràfiques. La perspectiva de gènere va permetre identificar patrons diferencials en l'expressió emocional de mares i pares, així com desigualtats estructurals en la distribució de les cures. Es destaca la utilitat clínica de l'escala ADBB i la necessitat d'integrar el cribratge emocional en l'atenció pediàtrica.

Com a conclusions del nostre estudi podem enumerar les següents: (1) El RRS és un fenomen freqüent i clínicament rellevant en la primera infància, (2) la salut mental parental no influeix de manera directa i significativa en l'aparició del RRS en el nadó, (3) els factors contextuais i perinatals, com la vivència del part i la qualitat de la relació de parella, modulen aquesta relació, (4) l'atenció primària és un espai idoni per a la detecció precoç i la intervenció familiar, (5) cal avançar cap a polítiques públiques que promoguen la corresponsabilitat i el benestar emocional en la criança.

Aquesta tesi aporta evidència empírica sobre la relació entre salut mental parental i RRS en un context real d'atenció primària, integrant una mirada relacional i de gènere. Proposa línies d'intervenció preventiva i sensibilitza sobre la importància de cuidar el vincle precoç com a base del desenvolupament emocional infantil.

Paraules clau: Nadó, retraïment relacional, coparentalitat, salut mental, pediatria, salut pública, patiment emocional, cribratge, pare, mare, perspectiva de gènere.

ABSTRACT

From birth, infants display an innate need for emotional bonding that supports their psychological development. Sustained relational withdrawal (SRW) is an early sign of emotional distress in infants and, although it may be temporary, if it persists, it can compromise development. This study explores SRW in infants aged 2 to 6 months, considering parental mental health, perinatal and sociodemographic variables, and emphasizing the role of pediatric consultations as a privileged setting for early detection and intervention. The ADBB Scale enables the identification of SRW in infants aged 2 to 24 months through the observation of their interaction with professionals during pediatric visits. Its growing validation across various countries and cultures consolidates it as an effective tool for the prevention and early intervention of emotional distress in infancy.

The general objective was to analyze the prevalence of Sustained Relational Withdrawal (SRW) in infants aged between 2 and 6 months and its relationship with parental mental health, assessed through symptoms of postpartum depression in both mothers and fathers. Additionally, the moderating role of perinatal circumstances and sociodemographic factors was explored. The specific objectives included: (1) estimating the prevalence of SRW, (2) determining the prevalence of depressive symptoms in both parents, (3) analyzing the association between parental mental health and SRW, (4) examining the moderating role of perinatal conditions, and (5) evaluating the influence of sociodemographic variables on this relationship.

A quantitative, cross-sectional, and observational study was conducted between 2017 and 2019 in Valencia and Almería, involving 114 families attending primary healthcare centers. Validated instruments were used, such as the ADBB scale, EPDS, STAI, and PSI-SF, along with an ad hoc structured interview to collect contextual and perinatal variables. Statistical analysis included correlations, ANOVA, linear regressions, and path analysis models. Cases showing signs of withdrawal or postpartum depression were referred to specialized services. The study complied with all ethical and data protection regulations, with audiovisual material stored under strict confidentiality measures.

The variables analyzed included sociodemographic, perinatal, and parental mental health characteristics (postpartum depression, anxiety, and stress), assessed through a structured interview and standardized scales. Sustained Relational Withdrawal (SRW) was evaluated using the ADBB scale based on video recordings of pediatric consultations. Observational and self-reported data were integrated to explore the relationship between parental emotional well-being and SRW.

The following prevalences were found in the study sample: 16.6% of infants showed signs of SRW; the prevalence of postpartum depression was 16.6% in mothers and 15.1% in fathers.

The results of the Path Analysis model showed that SRW in infants is mainly influenced by couple satisfaction ($\beta = 2.156$), birth experience ($\beta = 1.128$), and, to a lesser extent, by changes in the couple's relationship after birth ($\beta = 0.222$). Parental emotional variables (depression, anhedonia, and anxiety) did not show significant direct effects on SRW but did affect relational and experiential mediators. Indirect pathways were particularly notable, with birth experience and the quality of the couple's relationship mediating the impact of emotional factors on SRW, highlighting the central role of the bonding environment in prevention.

The absence of a direct influence between parental mental health and SRW in the infant is confirmed, with an indirect influence mediated by relational and perinatal factors. No significant associations were found with sociodemographic variables. A gender perspective allowed the identification of differential patterns in the emotional expression of mothers and fathers, as well as structural inequalities in caregiving responsibilities. The clinical utility of the ADBB scale is highlighted, along with the need to integrate emotional screening into pediatric care.

The main conclusions of our study can be summarized as follows: (1) SRW is a frequent and clinically relevant phenomenon in early infancy; (2) parental mental health does not have a direct and significant influence on the emergence of SRW in the infant; (3) contextual and perinatal factors, such as birth experience and the quality of the couple's relationship, modulate this relationship; (4) primary care is an ideal setting for early detection and family intervention; (5) there is a need to move toward public policies that promote shared caregiving responsibilities and emotional well-being in parenting.

This thesis provides empirical evidence on the relationship between parental mental health and SRW within a real primary care context, integrating a relational and gender-sensitive perspective. It proposes preventive intervention strategies and raises awareness about the importance of nurturing early bonding as the foundation of emotional development in infancy.

Keywords: baby, social withdrawal, coparenting, mental health, pediatrics, public health, emotional suffering, screening, father, mother, gender perspective.

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Fundamentos del desarrollo socioemocional temprano

Como resultado de la evolución, los bebés humanos nacen con habilidades excepcionales para la comunicación y la cooperación humanas. La otra cara de la moneda es su gran sensibilidad a cualquier violación clara y duradera en su relación con sus cuidadores. El bebé es un ser competente y activo, capaz de responder a los estímulos provenientes del medio gracias a la activación de centros neurológicos superiores que funcionan como mecanismos reguladores de adaptación y de modulación reactiva (Stern, 2008; Brazelton, 2001). La necesidad de ser sostenido emocionalmente por otra persona que actúe de cuidadora principal y la búsqueda de interés en la relación humana es un rasgo de salud mental y se manifiesta desde el comienzo de la vida. La condición de ser humano determina la necesidad tanto del cuidado y protección material (alimentación, higiene, abrigo físico) como del cuidado y protección inmaterial (afecto, alegría, caricias, palabras) (Spitz, 1946; Harlow y Harlow, 1965; Winnicott, 1965; Pikler, 1966; Bowlby, 1973).

El bebé necesita una persona adulta que le ayude a regular adecuadamente su estado de activación y estimulación fisiológica y psicológica, con el que pueda establecer una relación interpersonal sincrónica que le provea de bienestar y seguridad para poder gozar de una adecuada salud mental (Stern, 1991), ya que, como afirman algunos autores (Ainsworth et al., 1978; Brazelton et al., 1979; Stern, 1991; Trevarthen y Aitken, 2001; Mäntymaa, 2006; Feldman, 2007; Guenney et al., 2011; Missonnier et al., 2012; Palau, 2016), el bebé es particularmente sensible a los ritmos y a la intersubjetividad.

El adulto, cuidador principal, pone a disposición del bebé su cerebro para dar sentido, palabra y emoción a aquello difuso que desorganiza al bebé. El bebé necesita

una persona adulta disponible, emocionalmente cerca, que le ayude a descifrar el mundo.

Una tarea fundamental del primer año de vida del bebé es establecer la sincronía con el cuidador principal y aprender la (CO)regulación. La co-regulación es un proceso dinámico, en el que cuidador principal y bebé ajustan sus conductas en relación a las conductas del otro, creando un patrón único de interacción social y experiencias emocionales (Fogel, 1993). La co-regulación amplía su proceso a la atención, conductas y emociones (Leong, 2024). *Regulación de los ritmos cotidianos*: rutinas organizadoras y estructurantes que habilitan al desarrollo de la capacidad de anticipación y brindan seguridad. *Regulación de las funciones fisiológicas*: trastornos psicofuncionales que pueden dar lugar a perturbaciones psicosomáticas (Kreiser, 1992; Kolacz y Porges, 2024). *Regulación en la interacción* para obtener un mejor nivel de comunicación y prolongar la interacción: vigilia, retraimiento transitorio, descanso, el despertar (Brazelton, 1974). *Regulación de las emociones* a través de las respuestas del cuidador principal a los estados de ansiedad y de excitación del bebé.

Un elemento clave en el desarrollo temprano es sin duda la capacidad dentro de la diada padres-hijo/a para sincronizar unos con otros, en particular durante los primeros 18 meses del lactante (Mantymaa, 2006; Feldman, 2007). La sincronía (psicoafectiva) es, según Feldman, la “co-regulación de la experiencia vivida dentro de las relaciones de apego y sienta las bases para las relaciones del niño/a en la intimidad, el uso de símbolos, la empatía y la capacidad de leer las intenciones de los demás” (Feldman, 2007, p. 330).

Durante el primer año de vida, el bebé crea un entramado neuronal con miles de conexiones diarias que se dan en la interacción con personas y objetos. La plasticidad neuronal crece exponencialmente en los primeros 5 años de vida (Conel, 1975). Durante el primer año, se estructura gran parte del aparato psíquico, bajo la máxima de la economía funcional, lo que no sirve, se destruye (apoptosis neuronal), las redes neuronales que utilizamos se potencian y amplían.

El concepto de plasticidad lleva a imaginar una integración compleja entre una determinación genética y una determinación ambiental o psíquica. El genotipo de un lado, y la experiencia o el acontecimiento, del otro, constituyen dos dimensiones heterogéneas de la plasticidad. La plasticidad integra genoma y ambiente en un mismo nivel lógico, habilitando con una nueva mirada sobre la etiología en la patogénesis de

las enfermedades psíquicas, más allá del reduccionismo que implica la oposición habitual entre lo orgánico y lo psíquico (Ansermet & Magistretti, 2006).

En el campo de la neurofisiología, tanto los trabajos pioneros de Ramón y Cajal (entre 1899 y 1904 publicó fascículos de la *Histología del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados*), como los de Eric Kandel (2001), ponen en evidencia mecanismos de sinaptogénesis que van a seguir activos toda la vida. De este modo, nuevas estructuras y circuitos neuronales van a crearse en función de la experiencia y hasta la muerte (Ansermet & Magistrati, 2006). En el campo de la genética, la modificación específica de la expresión de los genes dependiendo de la experiencia es, hoy en día, un conocimiento bien asentado por la epigenética, activación o desactivación de genes en base al ambiente.

La imitación es una capacidad innata en los bebés. Los bebés de apenas unos días de vida son capaces de imitar movimientos faciales como abrir la boca o sacar la lengua (conductas que están en el repertorio del recién nacido), lo cual indica que la capacidad para usar equivalencias intermodales está presente desde el nacimiento (Meltzoff y Moore, 1977).

En el primer año de vida, los bebés utilizan áreas de su cerebro que participan en sus propias habilidades motrices con el objetivo de percibir las acciones de otras personas (Southgate et al., 2009). Así, el sistema de neuronas espejo (Rizzolatti et al. 1996) permitiría al observador, en este caso el bebé, comprender una acción a través de un sistema de simulación motora interna. En el estudio citado, Southgate y sus colaboradores registraron la actividad cerebral de 15 niños de 9 meses de edad mediante electroencefalogramas (EEG). El experimento consistió en dos fases: en la primera fase los niños estaban sentados frente a un escenario con las cortinas cerradas. Un brazo mecánico que sostiene un juguete aparece a través de la cortina y el niño puede cogerlo y jugar brevemente con él, mientras está sentado en el regazo de su madre o cuidador principal. En una segunda fase aparece un objeto sobre el suelo del escenario y, en menos de un segundo, la mano del experimentador aparece y retira el objeto. Los EEG mostraron una actividad similar en el cerebro del bebé cuando el experimentador agarró el objeto a la mostrada cuando él mismo cogía el juguete. Además, cuando los bebés ya habían observado al experimentador agarrando el

juguete, esa misma actividad cerebral también se produjo justo antes de dicha acción, lo que indica la capacidad de anticipación.

Es evidente que los bebés son capaces de aprender a través de la observación. Para ello necesitan asignar en su propio cuerpo los comportamientos que observan en otros con la finalidad de poder imitarlos. Los mapas del cuerpo en el cerebro son una parte importante de la forma en que construimos un sentido implícito de nosotros mismos a través de la sensación de tener un cuerpo, y ver y sentir cómo nuestros cuerpos se mueven; estos mapas facilitan las conexiones que construimos con otras personas incluso en los primeros meses de vida (Marshall y Meltzoff, 2015).

Trevarthen (1998) propone a partir de sus trabajos la Psicología de mentes mutuamente sensibles basada en una “inteligencia interpersonal efectiva” en los neonatos. Por su parte, Meltzoff (1985, 1990) y Meltzoff y Gopnik (1993) postulaban la “Intersubjetividad Presimbólica” como la *“Capacidad de coordinarse y sintonizarse afectivamente con un otro, por medio de procesos preverbales y verbales, de un modo distinto que con los objetos”*. Ya Winnicott (1965) hablaba de la función espejo de la madre, aquél espejo en el que el bebé se mira para entenderse y entender el mundo que le rodea. Planteaba 3 funciones específicas que debe cumplir la madre para ayudar al bebé a subjetivarse, a habitar su cuerpo, comenzar a conocer para luego reconocerse, conocer y reconocer a la madre y todos los objetos que la madre le irá presentando. Dio gran importancia al ambiente en el que se cría el bebé. Presentó el desarrollo emocional primitivo del bebé con la necesaria *Función Materna*. La función implica una acción, un movimiento que posibilita un proceso, más allá del individuo concreto, biológico, que realiza el cuidado materno. Los tres componentes de la Función Materna son: *Holding* (sostener, amparar, contener), *Handling* (manipulación: asociación psique-soma) y *Presentación objetal* (la madre, o la persona que cumpla su función, muestra gradualmente los objetos de la realidad al bebé para que pueda hacer real su impulso creativo). Para que se dé un adecuado sostenimiento, la madre debe ser *suficientemente buena*, esto es, cuando: *“es capaz de conectar emocionalmente con las necesidades del bebé”*. Estas madres, afortunadamente las más frecuentes, disponen de un estado mental transitorio llamado *preocupación maternal primaria*. Es una Sensibilidad especial para identificarse con las necesidades del niño.

Por otro lado, y siguiendo de cerca la teorización de Winnicott, Lacan (1995), describió el término *Función Paterna*, sostén necesario para que la función materna

pueda darse, con una función primordial, la separación de la díada simbiótica madre-bebé, y a su vez proveer de todo lo necesario a quién ejerce la función materna (material, emocional) para que ésta pueda despreocuparse de todo y solo ocuparse del bebé. Este concepto, da lugar a la triangularidad en la parentalidad, esto es, salir de la díada para formar una tríada.

La interacción entorno cuidador-bebé, es por necesidades evolutivas del bebé, asimétrica y recíproca, ajustándose y equilibrándose, armónica y progresivamente en la medida en que avanza el proceso de maduración y desarrollo del niño junto con el de la interacción con la madre y/o entorno cuidador. Es la acumulación repetitiva y duradera de los factores de riesgo, así como la potenciación de los unos para con los otros, lo que incrementa la posibilidad de desviaciones en el desarrollo del bebé y su psicopatología (Larbán, 2008).

Es la sincronía de la relación entre la madre y el niño/a, así como entre padre e hijo/a, un determinante importante de los diversos resultados de la evolución infantil. Feldman (2007) argumenta la sincronía en términos de la díada madre-hijo/a, como una característica temporal en la organización de las relaciones y hace hincapié en la importancia de la conducta de retraimiento sostenido en niños/as como signo de una desregulación de la sincronía entre padres e hijo/a.

Harlow y Harlow (1965), en sus investigaciones con monos *rhesus* observaron en un primer experimento, la crianza de los bebés de monos *rhesus* en aislamiento, colocándolos en incubadoras y alimentándolos a través de biberones. A pesar de que se cuidó su alimentación, pocos bebés sobrevivieron (tenían un funcionamiento deficitario del sistema inmunitario) y los que lo lograron manifestaron conductas anormales: no querían ser cogidos, se irritaban con facilidad y mostraban tendencia a autolesionarse. Postularon en su artículo "*Learning to love*", la creencia de que el contacto físico es la variable de mayor importancia en el establecimiento de un verdadero vínculo maternal y hablaron también del nivel de exploración del medio del bebé *rhesus* en presencia de la madre (de trapo), sintiéndose seguro y observaron que en ausencia de la misma no exploraban, se quedaban inhibidos, temerosos.

Sobre las bases de estas teorías de los hermanos Harlow, fue desarrollada poco después por Bowlby la teoría del Apego. Bowlby sienta las bases de la Teoría del Apego en su trilogía Attachment and Loss: Attachment (1969), Anxiety and Anger (1973) y Loss (1980). Sus postulados básicos son los siguientes: (1) Las personas, al igual que otras

especies animales, cuentan con conductas innatas con una fuerte base biológica que favorecen su supervivencia. (2) Las conductas innatas son fruto del aprendizaje filogenético, pero se pueden modificar adaptativamente a nivel ontogenético en interacción con nuestro entorno; (3) En nuestra especie, la modificación de estas conductas instintivas se realiza en función de la meta perseguida, por medio de sistemas homeostáticos que se autorregulan; (4) Los patrones tempranos de relación con los cuidadores principales se interiorizan y gobiernan las sucesivas pautas de relación con otras personas; (5) Los niños pequeños necesitan desarrollar una dependencia segura respecto a sus padres, antes de poder enfrentarse por sí mismos a situaciones desconocidas; (6) Durante los primeros años, mientras el niño adquiere la capacidad de autorregulación, la madre constituye su ego y su superego (co-regula); (7) La mayoría de las emociones intensas surgen en torno a la formación, mantenimiento o pérdida de los vínculos de apego; (8) Los seres humanos están motivados para mantener un equilibrio dinámico entre la conservación de la familiaridad, las conductas reductoras de estrés y las antitéticas de exploración y búsqueda de información.

Las condiciones básicas para en una relación afectiva se active el sistema de apego son: 1. La relación afectiva debe ser estable y duradera en el tiempo (carencia de interrupciones en la interacción y separaciones prolongadas, ni cambios bruscos en la conducta de crianza); 2. Ha de ser predictiva y específica; 3. Ha de generar un patrón de protección y regulación del estrés (considerado como cualquier estado que desequilibre la homeostasis biológica, afectiva y social del organismo).

El componente más importante de la conducta materna comúnmente asociado a la dimensión seguridad-inseguridad del apego, es la sensibilidad materna ante las señales y comunicaciones del bebé. La sensibilidad materna a las señales del bebé, desarrollada por Ainsworth et al. (1978), es la capacidad de la madre (o cuidador principal) para percibir, interpretar y responder de manera adecuada y contingente a las señales y necesidades del bebé. Las características de la Sensibilidad Materna son:

1. Percepción precisa de las señales del bebé: La madre identifica correctamente las expresiones emocionales y necesidades del bebé (hambre, sueño, malestar, necesidad de afecto);

2. Interpretación adecuada: No solo reconoce las señales, sino que las comprende en su contexto y responde de manera apropiada;

3. Respuesta contingente y rápida: La madre reacciona con prontitud a las necesidades del bebé, estableciendo una interacción fluida y predecible;

4. Ajuste a la individualidad del bebé: La madre adapta su conducta en función del temperamento y las necesidades particulares del bebé.

Una elevada sensibilidad materna ante las señales del bebé facilita un apego seguro, ya que el bebé aprende que sus necesidades serán atendidas de manera consistente, promoviendo confianza y exploración. Ainsworth y su equipo demostraron que la sensibilidad materna era el principal predictor del tipo de apego en niños de 12-18 meses en la Strange Situation (La Situación Extraña) (Ainsworth, et al., 1978).

Una baja sensibilidad materna puede generar apego inseguro, ya sea evitativo (cuando la madre es indiferente o rechaza la demanda de contacto), ambivalente (cuando la madre es inconsistente en su respuesta) o desorganizado (cuando la madre genera miedo o confusión en el bebé, a menudo por experiencias de maltrato o negligencia) (Van IJzendoorn et al., 1995).

La falta de sensibilidad materna puede contribuir al retraimiento social del bebé, ya que este puede dejar de buscar interacción si sus intentos repetidos de comunicación no son atendidos de manera sensible.

La sensibilidad materna ante las señales del bebé se ve gravemente afectada por el estrés, la ansiedad, la depresión, la soledad, la baja autoestima o los conflictos conyugales, entre otros, factores de riesgo del maltrato infantil (Milner, 1999). Es la sincronía de la relación entre madre y bebé, así como entre padre o cuidador/a principal y bebé, un determinante importante de los diversos resultados de la evolución infantil.

La influencia de los factores de riesgo potenciales en el desarrollo del bebé, por lo tanto, depende de las cualidades de los padres y del niño, que en conjunto determinan la capacidad de adaptación mutua de la pareja (Mäntymaa, 2006), y su capacidad para desarrollar una sincronía entre madre y bebé dentro los primeros 18 meses de vida del recién nacido.

Las reacciones del niño/a ante la interrupción o la violación de las expectativas dentro de la interacción son obvias y duraderas en el paradigma "StillFace" (Cohn y Tronick, 1983), o en la "Desincronización experimental del ajuste" diseñado por Murray y Trevarthen (1986). La reacción del bebé a las diferentes condiciones sigue un camino

claramente delineado por Robertson y Bowlby ya en 1952, con la secuencia clave de Sorpresa, Protesta, Retraimiento y Desesperación. Tronick y Weinberg (1997) han insistido en los efectos de la depresión materna, en la extensión de lo que ellos llaman los “Estados diádicos de la conciencia”, referido a que cada individuo es un sistema self-organizado abierto, que crea sus propios estados de conciencia. Distintos estados de conciencia individuales pueden ser expandidos en estados más complejos y coherentes en colaboración con otro sistema self-organizado, incrementando así el sentido del mundo de cada uno de los sistemas individuales. Los significados creados a partir de los estados diádicos de conciencia son explícitos o implícitos en distintos grados y cada una de estas formas de significado trae el pasado al presente, da sentido al lugar que el individuo ocupa en el mundo y guía sus futuras acciones y comprensiones. El modelo de Tronick se basa en su concepto de regulación mutua (Tronik, 1989) que describe el proceso de micro-regulación socioemocional de comunicación que puede llegar a generar estados diádicos de conciencia. Permanecer en un estado de abstinencia relacional sostenida, puede tener consecuencias en la calidad de la experiencia intersubjetiva del niño/a, así como en varias dimensiones del desarrollo mental, tal como los estudios longitudinales tienden a mostrar (Guedeney, et al., 2010; Guedeney et al., 2012, 2017; Costa & Figueredo, 2011a, 2011b, 2012, 2013).

Podemos concluir que:

Son **indicadores de salud mental** en el bebé: la Capacidad para interactuar socialmente con adultos (Brazelton et al., 1974); la Necesidad de ser sostenido por otro (Stern, 1991): la capacidad de responder a los estímulos provenientes del medio gracias a la activación de centros neurológicos superiores que funcionan como mecanismos reguladores de adaptación y de modulación reactiva (Trevvarthen & Aitken, 2001).

Son **indicadores de sufrimiento emocional**, es decir signos de alarma en el bebé (Mazel et al., 1998): Signos psicomotores: Ausencia de “diálogo tónico”, no anticipación mimética; Anomalías de la mirada: prevalencia de la mirada periférica, evitación; No aparición de: 1. Sonrisa intencional o social, 2. Angustia del extraño, 3. Conductas de negación y oposición con la manifestación del no; Anomalías del grito: monocorde y monótono sin aparición de la especialización funcional (no diferenciado); Trastornos del sueño: Insomnios tranquilos o beatíficos, es decir, sin llamada y sin

reivindicación de la presencia del cuidador; Trastornos alimentarios diversos: anorexia primaria masiva; Ciertas fobias variables y atípicas con respecto a la edad del niño.

Una de las tareas más importantes en el campo de la psicopatología infantil es identificar el tipo de relación de las alteraciones que pueden estar vinculadas específicamente con cada categoría diagnóstica, y evaluar la transformación del desarrollo de la psicopatología en el tiempo, sobre todo en los períodos de transformación aguda de desarrollo (Zeanah, 1997).

La Psicología y Psicopatología Perinatal, se ocupa de la parentalidad entendida como las relaciones que se establecen en el grupo familiar conscientes e inconscientes, reales y fantaseadas desde el momento en que existe el deseo de ser padres y el devenir parental, la gestación, el embarazo, el parto, el primer encuentro padre-madre-bebé y el establecimiento de los vínculos de apego. La psicología perinatal es interdisciplinar e integra distintos modelos teóricos que, de manera complementaria y enriquecedora, permiten comprender la complejidad de la vida intrasubjetiva e interrelacional del bebé y de quienes lo cuidan en un contexto interactivo y dinámico.

Son múltiples los factores que pueden tener un efecto perjudicial sobre el desarrollo social y emocional temprano de los lactantes: Factores de riesgo médicos y sociales incluyendo la prematuridad infantil o la enfermedad, factores genéticos de riesgo, que vivan en entornos inadecuados o con estimulación inapropiada, y por supuesto, las interrupciones tempranas en la relación madre-bebé y la adecuación de la atención de sus padres (Feldmann, 2007). La enfermedad mental materna o el sufrimiento materno, también supone un riesgo para el apego infantil y el desarrollo social y emocional, y sus efectos en el bebé pueden verse a través de los altos niveles de retraimiento (Field et al., 1988; Field, 2011; Teti et al., 1995; Palau, 2016; Lebel, 2016; Slomian et al., 2019, Sridhar et al., 2023). La salud mental del padre juega también un importante papel en el desarrollo emocional y la salud del niño (Matthey et al., 2020; Álvarez-García et al., 2024; Dann et al., 2025), aunque este papel ha sido mucho menos investigado en los padres que en las madres. Hay cuatro veces menos artículos sobre paternidad que sobre maternidad. Los artículos sobre paternidad se desarrollaron de forma más tardía, y la mayoría (85%) se publicaron en las dos últimas décadas, cuando se incrementaron en mayor proporción que los de maternidad (Maroto-Navarro et al. 2019). Se constatan desigualdades geográficas, con América del Norte, Europa y

Oceanía a la cabeza. El conocimiento en torno a la paternidad y la maternidad es desigual. Resulta imprescindible desarrollar un conocimiento no parcelado, no dividido y no reduccionista en el ámbito reproductivo. Es necesario visibilizar a los hombres como padres en la esfera científica, romper estereotipos de género e incorporar la corresponsabilidad en la crianza en las políticas y en las prácticas sociales como una cuestión de derecho fundamental (Maroto-Navarro, 2019).

1.2 Representación histórica de la psicología y salud mental infantil.

Annick Ohayon (2006), psicóloga y docente de la Universidad París VIII, especialista en historia de la psicología, postula: “La Primera Guerra Mundial (1914-1918) instaló el concepto de infancia”. Hasta los años cincuenta, los profesionales hablaron del bebé como un ser muy pasivo, principalmente centrado en su actividad alimentaria (“lactante”), y recibiendo todo de su entorno. Los sufrimientos soportados por los niños durante la Segunda Guerra Mundial, segunda mitad del siglo XX, produjeron un cambio radical de paradigma en la percepción de cómo eran mirados, los profesionales empezaron a hablar, no ya del lactante, sino del bebé. Se produjo una mutación en nuestra manera de representarse el bebé: “Se ve y estudia a los niños/as como identidades autónomas. Es que es quizá la primera masacre masiva que la sociedad reconoce como tal, advirtiendo el efecto devastador que tiene en los niños/as por haber participado en ella o por sufrir la orfandad o el exilio. Hubo un rechazo general y una convicción profunda de que nunca más debía ocurrir eso. Por ende, el niño representaba una esperanza; la de crear un mundo nuevo”.

Un ejemplo de ello lo recoge la Dra. Ohayon al recordarnos la exposición de incubadoras de 1933 en Chicago, donde se exponían las incubadoras con los bebés vivos dentro. Algo parecido al *Circo de los Horrores*. Nadie en esos momentos de la historia parecía plantearse el sufrimiento para los bebés al ser separados de sus cuidadores principales, expuestos a estímulos sensoriales (lumínicos, auditivos, etc.) totalmente nocivos para su neurodesarrollo.

Al final de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) los adultos movidos por la culpabilidad de haber expuesto a los niños a una cantidad de sufrimientos inimaginables, otorgaron a los bebés y niños pequeños el derecho a la vida psíquica, de lo que atestigua la descripción simultánea de los dos grandes cuadros de la psiquiatría infantil: El autismo infantil precoz, por L. Kanner (1943) y las depresiones del bebé, por Freud y Burlingham (1937) durante el conflicto bélico y posteriormente por Spitz (1946), Robertson y Bowlby (1952).

Ya tras la Primera Guerra Mundial, Grunia Sujareva (1925), psiquiatra infantil soviética nacida en Kiev, esbozó los síntomas del autismo en el 1925, aunque la definición que hizo Kanner en 1943 es considerada la primera definición oficial de autismo y Asperger. Sujareva era mujer, judía y además publicó el primer artículo en ruso, quizás una de esas cualidades o la suma de todas hizo que su trabajo pasara inadvertido. Las principales características que describió Sujareva (1925) respecto el trastorno que denominó como «psicopatología autística» fueron: tendencia hacia la soledad; evitación de otras personas desde la infancia; hablar sin parar o hacer preguntas sin sentido; presentar una vida afectiva plana; ausencia de expresividad facial; movimientos corporales raros; falta de modulación y ritmo en el habla; evitación de juegos en grupo con preferencia de historias fantásticas o de hadas; dificultad para adaptarse a los otros y a las situaciones y malas habilidades sociales.

Por su parte, la mayor equivocación que cometió Kanner en su descripción del autismo tiene que ver con la oscura y equivocada teoría de las “Madres Nevera”. En los primeros 20 años (de 1943 a 1963) la descripción del síndrome se basa en que el autismo es un trastorno emocional producido por una inadecuada relación afectiva entre el niño y los padres. O lo que es lo mismo: los progenitores son demasiado “fríos” en su relación con el pequeño, lo que conduce a que la personalidad del menor se trastorne o no se desarrolle normalmente.

Kanner fundamentaba esta teoría en que todos sus pacientes provenían de familias acomodadas: hijos de médicos, científicos, escritores, periodistas y artistas. Es decir, padres y madres “demasiado ocupados en sus tareas profesionales” que mantenían una relación “tibia” con sus hijos. La mayor parte de culpa recaía sobre las madres, por supuesto, a las que se les atribuía “falta genuina de calidez materna” (Kanner, 1949). Durante mucho tiempo prevaleció la creencia de que no sabían formar un vínculo adecuado de apego en las primeras etapas de la infancia temprana. Aunque

no ha podido demostrarse científicamente, porque es falso (en la segunda etapa del autismo, entre 1963 y 1983, comienza a asociarse el autismo a trastornos neurobiológicos), hoy en día aún permanece esta idea en la visión popular del síndrome.

En 1954, Kanner empezó a ver que su teoría de las “Madres Nevera” no se sostenía. Se dio cuenta al ver que hermanos de niños con autismo, criados por los mismos padres “poco afectivos” no tenían casi nunca ningún problema en la conducta o en la forma de relacionarse con los demás. Pero no fue hasta 1971, tras casi 30 años sosteniendo este argumento, que desistió para siempre de este oscuro mito. Kanner escribió el libro *“En defensa de las madres: cómo criar hijos a pesar de los más fervientes psicólogos”* (1974), para restar el agravio que durante años se les había dado a estas madres a las cuales se les había asignado el cruel nombre de “Madres nevera”.

A principios de los años 30, los investigadores del Instituto Psicológico de Viena comenzaron a centrarse en el desarrollo de los bebés. Tanto Anna Freud, René Spitz como Emmi Pikler se formaron allí y estaban al día de los avances en la psicología y el desarrollo infantil.

Anna Freud y Dorothy Burlingham (1944), maestras y psicoanalistas infantiles, describieron la depresión infantil con la siguiente sintomatología: anhedonia; aislamiento social; insomnio; pérdida de peso; irritabilidad; quejas de problemas físicos. En 1937 abrieron en Viena la guardería Jackson, en pleno conflicto bélico, con el fin de ayudar a los niños de familias de menos recursos y que habían quedado desamparados, se ocupaban también de los niños menores de tres años de las obreras judías, convencidas de poderles ayudar a paliar los efectos de la Guerra. Aquí reconocieron la existencia de la depresión infantil y recogieron datos acerca del comportamiento de inhibición social en que se hallaban muchos de los bebés y niños pequeños. Pusieron en práctica terapias psicoanalíticas a través del juego obteniendo muy buenos resultados. Esta iniciativa se vio pronto frustrada, pues el 12 de marzo de 1938 los nazis clausuraron el centro y la Gestapo detuvo a Anna durante unas horas, episodio que convenció a Sigmund Freud de la necesidad de marcharse a Londres, cosa que hizo junto con parte de su familia el 4 de junio de 1938 (Vallejo Orellana, 2002).

René Spitz (1946) fue de los primeros en utilizar el término de “Retracción” o “Retraimiento relacional sostenido”, en su descripción clínica de la Depresión Anaclítica o Síndrome de hospitalismo. En el contexto de la Segunda Guerra Mundial había una sobrepoblación de bebés en los orfanatos, habiendo quedado huérfanos de padres o habiendo desaparecido los mismos. En estos orfanatos, se alimentaba y se mantenían higienizados los bebés (en la medida de lo posible), pero no había un adulto que pusiera a su disposición su cerebro para interpretarles el mundo emocional y material, ya que las cuidadoras no podían más que atenderlos a nivel operativo, físico; no tenían tiempo ni disponibilidad afectiva (quizás) para apoyarles emocionalmente. La tasa de mortalidad era elevadísima, alrededor del 37%, según los datos de la investigación de Spitz. Cada bebé tenía muchas personas diferentes que se ocupaban de él de una manera operativa, sin emoción. Es un término creado por Spitz para designar un síndrome depresivo sobrevenido en el curso del primer año de vida del bebé, consecutivo al alejamiento y más o menos prolongado de la madre (hasta un máximo tres meses) tras haber tenido el niño una relación normal con ella. El cuadro clínico que presenta es el siguiente: pérdida de la expresión mímica (de la sonrisa), mutismo, anorexia, insomnio, pérdida de peso, retardo psicomotor global y falta de la búsqueda o incluso evitación activa de la relación con otra persona adulta. Adicionalmente, estos niños iban perdiendo el apetito, algunos presentaban alteraciones del sueño, y también se resfriaban con frecuencia o contraían cualquier infección. Su desarrollo intelectual se iba ralentizando y poco a poco el contacto humano se volvía más difícil, acabando el niño por ignorar a los adultos.

Cuando Spitz fue analizando la historia de cada niño (6 meses de edad), observó que todos ellos, por motivos diversos (enfermedad, muerte, trabajo, abandono...), habían sufrido una misma experiencia traumática: la persona que de manera más significativa había realizado el rol materno (la madre, el padre, una cuidadora...) había desaparecido de sus vidas por un período de al menos tres meses, y ningún adulto de su entorno había intentado llenar de manera significativa ese vacío.

Por su lado, Emmi Pikler fue una médica pediatra formada en Viena también que se instaló como pediatra en Budapest en los años 1930. Al terminar la Segunda Guerra Mundial, en 1946, el gobierno húngaro pidió a Pikler trabajar como directora en una Casa-Cuna en Budapest, donde se hacían cargo de niños y niñas huérfanos o sin posibilidades de atención por parte de sus padres. Pronto empezó a darse cuenta de

las carencias afectivas que tenían muchos de ellos, con signos de “hospitalismo”. Observó el trato inadecuado que recibían los bebés por parte de sus cuidadoras del orfanato, quienes únicamente se dedicaban a alimentarlos y a cambiarles el pañal de forma muy despersonalizada. Para Pikler (1951), la salud de los bebés iba mucho más allá de controlar su peso, talla o alimentación. Se dio cuenta de la vital importancia que factores como el movimiento o el establecimiento de vínculos afectivos tenían en el desarrollo correcto de las criaturas (tengamos en cuenta que todavía no se había desarrollado la Teoría del Apego). Su visión del niño pequeño era la de un ser activo, competente, capaz de iniciativas, siempre y cuando se encuentre seguro y regulado. Instauró dos principios básicos de trabajo para las cuidadoras y personal del centro: El primero; la importancia de un cuidado respetuoso en la relación entre el niño y el adulto responsable. Creó “una cultura de modos de tocar, de coger al bebé, de prestarle atención, de responder a sus señales».

Pikler (1966) descubrió que en las situaciones de cuidados cotidianas: la alimentación, el cambio de pañal, cambio de ropa, al limpiar los mocos, las manos... situaciones que se repiten muchas veces al cabo del día, se construía la relación, el vínculo, aquello tan necesario y valioso para los niños y niñas criados en una institución. El segundo es la libertad completa de movimiento. Cada hito del desarrollo motor es alcanzado por la propia iniciativa del bebé como resultado de sus propios esfuerzos (Pikler, 1968).

Demostró que el daño de crecer en una institución podría evitarse si se ponían en marcha principios para favorecer la autonomía y del cuidado amoroso y personalizado. Logró crear, en el contexto de una institución, un ambiente facilitador que hacía posible que los bebés crecieran como niños saludables, activos, exploradores, con seguridad en sí mismos y confianza en los adultos y un sentimiento de pertenencia. Los resultados de estas prácticas dieron lugar a la desaparición de los síntomas de “hospitalismo” entre la población infantil que vivía en el Instituto Lóczy, la Casa-Cuna de Budapest.

Según Sigmund Freud (1895), cuando se deja solo y sin recursos a un niño lactante, éste es afectado por un estado de desvalimiento. Por ejemplo, la sensación de hambre que siente el lactante alcanza una tensión interna cada vez más importante, asociada al displacer. El estado de desvalimiento resultante no puede ser calmado por una acción del niño, ya que éste no posee todavía las competencias sensoriomotrices

para alimentarse solo. Su única acción posible es el grito. El otro, en este caso su madre, responde al grito con el seno y, de esta forma, apacigua y alimenta al niño. Así es como se establece una asociación entre el grito y la calma provista por el otro. Para que esta acción deje una huella, es esencial que el grito y la acción específica coincidan temporalmente en una simultaneidad sobre la que Freud insiste mucho. Lo que sucede entre el displacer sentido por el bebé y la contención emocional y física de la madre en el camino al placer, a reestablecer la homeostasis, la reducción del estrés, lo que reconforta y desde lo cual el bebé puede volver a explorar el mundo, deja una huella, una inscripción que presenta una base sináptica en el cerebro. En caso contrario, en el caso en que el bebé no sea atendido con el grito, no reciba respuesta alguna del medio y no sea calmado su dolor (sensación de hambre que él no sabe qué es ni qué significa, es una angustia profunda difusa), no sea calmado su displacer, la huella que se inscribirá en su psiquismo es que el grito no sirve, que el displacer no se calma, por consiguiente, dejará de gritar y de esperar que nada pueda calmarlo. El mundo se representará en su psiquismo como hostil y se retirará de la interacción, no esperando que nada bueno ocurra, dejando una huella traumática en su psiquismo (en caso de que sobreviva).

A finales del siglo XIX, Freud ya afinaba de una forma abrumadora en sus teorías acerca de la formación del psiquismo y del trauma. Teorías que hoy están constatando las neurociencias una a una, a través de complejas mediciones y neuroimagen (neuronas espejo, huellas mnémicas inscritas en las sinapsis neuronales, apoptosis neuronal, poda sináptica, periodos críticos, huellas traumáticas, plasticidad neuronal, epigenética (Ansermet y Magistretti, 2006). El propio Freud (1920) decía que: “Es probable que los defectos de nuestra descripción desaparecieran si en lugar de los términos psicológicos pudiéramos usar ya los fisiológicos o químicos [Página 58]. “La biología es verdaderamente un reino de posibilidades ilimitadas; tenemos que esperar de ella los esclarecimientos más sorprendentes y no podemos columbrar las respuestas que decenios más adelante dará a los interrogantes que planteamos”. *Extraído del libro “A cada cual su cerebro”* (Página 22, Ansermet y Magistretti, 2006).

1.3 El retraimiento relacional sostenido (RRS) en el bebé

El retraimiento (transitorio) es en cierta medida una característica normal de la conducta infantil en las interacciones entre padres y bebé, y una forma que el niño/a tiene para regular el flujo de interacción (Brazelton et al, 1974). Sin embargo, la reacción de aumento sostenido del retraimiento social en bebés se puede observar en la insuficiencia cuantitativa y/o cualitativa de las interacciones entre padres y bebé, por ejemplo, entre una madre muy deprimida y su bebé. El estilo de interacción del bebé deprimido con su madre podrá trasladarse a otras relaciones, y ser evidente incluso cuando el bebé interactúa con un adulto que no esté deprimido (Field et al., 1988).

Dentro del marco de las interacciones tempranas, el retraimiento ha sido considerado como un mecanismo natural de defensa que el bebé pone en juego precozmente para regular el nivel de estimulación que recibe de su entorno (Brazelton et al., 1974, Tronick, 2007). Ante reiteradas experiencias perturbadoras, este mecanismo puede volverse permanente en la modalidad de relación del bebé, configurándose un retraimiento sostenido. Estas situaciones comprometen siempre, en mayor o menor medida, el desarrollo emocional, motor, cognitivo y social del niño/a (Guedeney & Vermillard, 2004; Tronick, 2007; Guedeney et al., 2008, 2017; Ulak et al., 2020; Kvestad, 2024) y configuran un importante indicador de riesgo para el desarrollo.

El bebé humano nace con una amplia gama de habilidades potenciales, en el lado cognitivo, así como en el aspecto emocional y relacional. El RRS en bebés, parece ser un importante mecanismo de defensa y por lo tanto una señal de alarma a la vista, desde una postura preventiva, así como para aproximar un diagnóstico en aras de una temprana intervención. Teniendo en cuenta que el primer y segundo año de vida es un periodo de alta vulnerabilidad, donde se está realizando la estructuración del aparato psíquico del niño/a y la organización cerebral (Conel, 1975; Huttenlocher, 1990), se considera crucial la prevención y detección precoz de alteraciones en el desarrollo y estados de sufrimiento emocional en los niños/as pequeños/as.

El RRS puede ser resultado de diversas condiciones como factores ambientales: estrés parental, depresión posparto materna, negligencia o maltrato (Murray & Cooper, 1997a, b; Feldman, 2007); factores biológicos: prematuridad, hipoxia neonatal, trastornos del espectro autista (Johnson & Marlow, 2011; Zwaigenbaum et al., 2015); o

factores socioeconómicos: pobreza, acceso limitado a recursos de salud y deficiente estimulación temprana (Bradley & Corwyn, 2002).

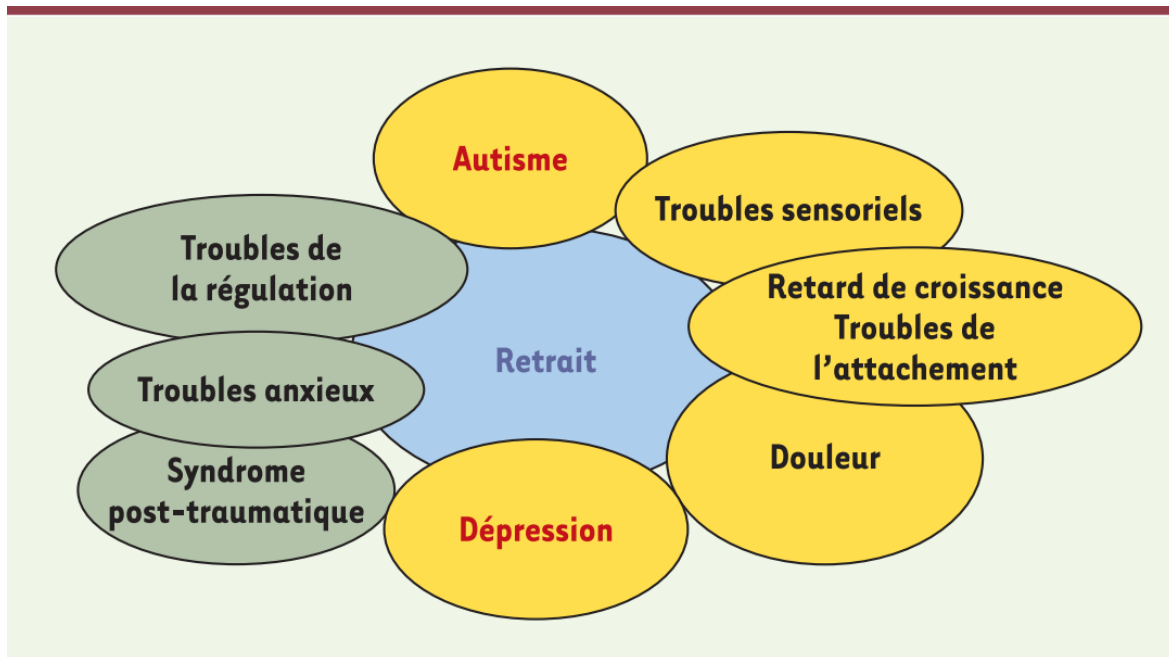
En el lado de la investigación, el RRS es un endofenotipo interesante, ya que existe una clara relación entre el comportamiento de retraimiento y la reactividad del cortisol al estrés (Costa y Figueiredo, 2011, 2012), y alguna interfaz común con la susceptibilidad genética temperamental (Fox, 2004), así como con la susceptibilidad genética a la desorganización en la unión (Bakermans-Kranenburg y IJzendoorn, 2007).

Stuart et al. (2022) hallaron una mayor proporción de bebés prematuros con RRS a los 6 meses posparto y puntajes compuestos ADBB (Guedeney & Fermanian, 2001) significativamente más altos a los 3 y 6 meses de edad, en comparación con los bebés nacidos a término.

El RRS se encuentra en la clínica de las grandes categorías psicopatológicas de la primera infancia: dificultades interactivas precoces, síndromes postraumáticos, depresión, ansiedad, trastornos del espectro autista, dificultades del apego, retraso en el desarrollo, maltrato, abuso, dificultades sensoriales, etc. (Guedeney et al., 2004, 2008; Viaux-Savelon et al., 2010).

La siguiente figura está extraída del artículo de Guedeney et al. (2004): “Retraimiento relacional en la psicopatología temprana. Desde el concepto a la herramienta de diagnóstico”. Debido a la falta de criterios validados y herramientas de evaluación confiables, la depresión temprana rara vez se tiene en cuenta en los sistemas de clasificación actuales. Esta situación dio origen al concepto de reacción de retirada relacional sostenida, un concepto más amplio, más operativo. El retraimiento relacional podría ser la forma temprana de depresión y el modo de entrada en ella. La retirada de la relación temprana y duradera es, por lo tanto, un síntoma observable que comparten ciertos síndromes específicos de los bebés, o que es parte del cuadro clínico en otros.

Imagen 1.2.1: Cuadro de relaciones entre el RRS en bebés de 2-24 meses y cuadros clínicos posteriores o como síntoma de diferentes trastornos (Guedeney et al., 2004).



En óvalos amarillos se indican las situaciones en las que el retraimiento es un elemento constante del cuadro clínico: depresión, autismo, dolor intenso y duradero, trastornos del apego del tipo desorganizado, consecuencias de trastornos sensoriales (vista, oído). En óvalo verde, situaciones donde aparece la retirada sin ser constante: problemas de regulación, problemas de ansiedad, síndrome de estrés post-traumático.

Durante el primer año de vida, el RRS se ha asociado también con un desarrollo cognitivo y del lenguaje más deficiente (Milne et al., 2009) y problemas emocionales y de comportamiento entre los 3 y los 5 años (Guedeney et al., 2014) y con los puntajes en cocientes de inteligencia (CI) más pobres a los 5-6 años (Guedeney et al., 2017).

De acuerdo con Dollberg, Feldman, Keren y Guedeney (2006), el RRS puede entenderse como una disminución crónica del sistema de apego, que se generaliza gradualmente y se manifiesta con una baja reactividad con el entorno. Por tanto, el retraimiento social sostenido es una de las manifestaciones de sufrimiento emocional, observable en la interacción. Sufrimiento cuya etiología puede ser plurifactorial, ya que

se puede ser la combinación de diferentes fuentes estresoras (Palau, 2016). La influencia de los factores de riesgo potenciales en el desarrollo del bebé por lo tanto, depende de las cualidades de los padres y del niño, que en conjunto determinan la capacidad de adaptación mutua (Mäntymaa, 2006).

Para concluir este apartado, y tras estudiar en profundidad los resultados de la acumulación en investigación hasta la fecha alrededor del concepto de RRS, podemos clasificar los factores que lo pueden provocar o que lo potencian en: factores intrapersonales (del bebé) y factores interpersonales (en la relación con el ambiente).

- Factores intrapersonales: Reactividad endocrina al estrés, temperamento, ansiedad, dolor intenso y duradero, prematuridad, bajo peso, hándicap visual y/o auditivo.
- Factores interpersonales: Falta de sincronía en la relación con el bebé, problemas de pareja, cuidado parental alterado, salud mental parental, interrupciones tempranas de la relación.

Imagen 1.2.2: Factores interpersonales e intrapersonales que afectan al RRS en el bebé.



Lo interesante de la variable RRS es que es un indicador comportamental, por tanto, observable, que da información acerca de un posible sufrimiento en el bebé. Una conducta o conductas que nos ayudan a descubrir que algo no va bien, y que, al ser detectada, nos ofrece la posibilidad de indagar la causa de por qué el bebé no está en la interacción. Ya que un bebé sano, va a buscar y va a provocar la interacción con una persona adulta.

1.1.1 Escala observacional de signos de alarma del bebé (ADBB, 2001)

Guedeney y Fermanian (2001) convencidos de la importancia de detectar de manera precoz y eficaz el RRS en bebés, construyeron la escala observacional ADBB, (Escala de Alarma en el Desarrollo del Bebé) para detectar el RRS desde consulta pediátrica rutinaria. Se trata de una escala observacional de signos de alarma en el bebé de fácil implementación, pudiéndose aplicar en distintas situaciones clínicas, como las visitas o revisiones pediátricas rutinarias, donde es posible observar la interacción que se produce entre el bebé (2-24 meses) y los distintos profesionales de enfermería y/o pediatría (o contextos similares); es decir, mide el grado de retraimiento del bebé en su relación con el/la pediatra en presencia de su cuidador principal. El bebé extrapola los modelos internos de relación, su patrón de interacción con sus cuidadores principales a los adultos que le rodean, es por ello que la evaluación de las variables de RRS de la interacción del bebé con el equipo de atención primaria durante la visita médica de rutina, dan una información muy útil para poder llevar a cabo posteriormente una investigación profunda de las causas del RRS en el bebé. El pediatra, después del debido entrenamiento, será capaz de valorar el grado de retraimiento mientras hace su exploración habitual en su consulta, observando las variables que indican signos de alarma de sufrimiento emocional.

Esta escala requiere un entrenamiento en el mismo proceso de observación que precisa de supervisión. Las sutilezas del entrenamiento en la observación enriquecen progresivamente la capacidad clínica del sanitario. La escala puede ayudar a tomar decisiones clínicas de seguimiento de las variables que se van encontrando, nos guía en la intervención clínica del bebé. Tiene un gran potencial de detección, de intervención y por tanto de prevención.

La escala observacional consta de 8 variables que miden el RRS, medidas con una escala tipo Likert de 5 alternativas de respuesta, donde 0 sería “no hay comportamiento anormal de retraimiento” y 4 significaría “comportamiento masivamente anormal”. Las variables son: (1) expresiones del rostro; (2) contacto visual; (3) actividad corporal; (4) gestos de auto-estimulación; (5) vocalizaciones; (6) vivacidad de la reacción a la estimulación; (7) relación; (8) atracción.

La escala ADBB se modificó en Australia (Matthey y cols., 2005) a una lista de verificación de cinco ítems, cada uno de los cuales se calificó en una escala de 3 categorías para mejorar la confiabilidad entre evaluadores. Después de este proyecto y del estudio de los datos que generó, el primer autor (Matthey) revisó el método de calificación del ADBB para que se ajustara mejor al contexto australiano y también para eliminar elementos en los que era muy difícil obtener suficiente acuerdo entre evaluadores o estaban altamente correlacionados con otros ítems para sugerir que estaban midiendo un comportamiento similar. Esta revisión se finalizó en colaboración con el autor principal del ADBB (Guedeney) y se conoce como m-ADBB (Matthey, Črnčec & Guedeney, 2005).

La escala ADBB se puede utilizar a partir de los 2 meses de edad hasta los 24 meses. La experiencia con la escala m-ADBB, sin embargo, ha llevado a recomendar el uso de la m-ADBB a partir de los 3 meses de edad hasta los 18 meses (Matthey et al., 2013). Hasta la fecha, pocos estudios han examinado la validez de las dos escalas. Los estudios que se han realizado son los siguientes: en Australia (Matthey et al, 2013; Egmore et al., 2021), en Nepal (Ulak et al., 2020), en la República Democrática del Congo (Okitundu-Luwa et al., 2021) y una con poblaciones de riesgo como bebés con labio y paladar hendido (Pérez Martínez et al., 2022). Estas investigaciones apuntan a un punto de corte para la escala m-ADBB ≥ 2 .

Ambas escalas, la ADBB completa y la modificada, se usan dentro de la práctica clínica habitual y requieren de al menos una interacción de 10 minutos con el bebé para realizar una evaluación.

En nuestra investigación hemos utilizado la escala ADBB completa, de 8 variables, pues es la que más fiabilidad en investigación tiene, además de ser la versión

en la que el autor de la misma, Antoine Guedeney, formó al equipo de atención primaria participante en la investigación.

Guedeney junto a su equipo y The EDEN Mother–Child Cohort Study Group, en Francia, en el año 2012, realizaron un cribaje masivo de RRS mediante la ADBB (Guedeney & Fermanian, 2001) en una muestra de 1586 bebés y niños/as de entre 2 y 24 meses de edad de población no clínica. Encontraron un 14% de bebés, así como niñas y niños pequeños con diferentes grados de retraimiento.

Con la acumulación de investigación desde el desarrollo de la escala ADBB (2001), se ha observado que en la actualidad nos encontramos con un RRS en población no clínica infantil de entre 2 y 24 meses de entre un 10-16% a nivel mundial, lo que significa que más de 1 de cada 10 niños y niñas en todo el mundo tienen síntomas de RRS: Francia (Guedeney et al., 2012), Finlandia (Puura et al., 2007), Australia (Matthey et al., 2005), Israel (Dollberg et al., 2006), Portugal (Costa & Figueiredo, 2011), Brazil (Facuri Lopes et al., 2008), Argentina (Oliver et al., 2016), Italia (De Rosa et al., 2010), Ciudad del Cabo- Sudáfrica (Molteno et al., 2014), Argentina (Oliver et al., 2009); Uruguay (Bonifacino et al. 2014), China (Zhou et al. 2021), Nepal (Kvestad et al. 2024).

1.4 La salud mental materna y paterna

1.4.1 Salud mental materna

Augusto, Kumar, Calheiros, Matos y Figueiredo (1996) afirman que el postparto constituye un período de mayor vulnerabilidad, en el que el riesgo de padecer depresión es el doble que en cualquier otra etapa de la vida. La tendencia más habitual encuadra las alteraciones emocionales en el período postnatal dentro de una situación de estrés y en relación con la falta de un adecuado apoyo social, historia previa de psicopatologías o problemas de pareja.

La ansiedad y la depresión en las madres durante el periodo postparto, ha sido relacionada con problemas de alimentación (36,4 %), del sueño (12,2%) y excesivo llanto en el bebé (10,1%) (Petzoldt et al., 2016). Por otro lado, en un estudio finlandés,

encontraron que síntomas actuales de depresión materna (EPDS) y la percepción de una baja o moderada salud mental parental se asociaron con el retraimiento social entre los 4 y los 18 meses (Mäntymä et al., 2008c)

Diversos estudios han demostrado que el estrés y la depresión durante el embarazo tienen un impacto en las estructuras cerebrales involucradas en la salud mental y que puede alterar la susceptibilidad general a la psicopatología (Lupien et al., 2009). La depresión perinatal puede conducir a un desarrollo cerebral más temprano en los niños/as mediante la mielinización prematura y la poda sináptica. Este desarrollo temprano ocurre a costa de la plasticidad neuronal, afectando los resultados cognitivos y conductuales durante toda la vida (Lebel et al., 2016). En un estudio prospectivo observacional con una muestra de 5.801 padres y adolescentes, Pearson et al. (2016) encontraron que los adolescentes que habían tenido madres con depresión postparto tenían resultados significativamente más pobres en matemáticas, y la ansiedad antenatal se asociaba con la memoria de trabajo y el lenguaje, por lo que subrayan el papel mediador de la salud mental materna en la función ejecutiva de la infancia y la adolescencia.

Aunque suele pasar inadvertida, un gran porcentaje de mujeres (al menos 1 de cada 10) experimenta la denominada depresión postparto. Normalmente, se caracteriza por síntomas como tristeza, llanto, cambios repentinos de humor, extrema sensibilidad, fatiga, dificultad para conciliar el sueño y pérdida de apetito. Cuando los síntomas aparecen en los primeros días postparto y desaparecen en no más de 10 días, se denominada depresión postparto suave o “blues maternity” (Maroto Navarro et al., 2004)

La depresión posparto (DPP) afecta aproximadamente entre el 13 % y el 19 % de los embarazos (Bauman et al., 2020). Se asocia con un deterioro del vínculo y las relaciones sociales entre padres e hijos, consecuencias negativas para la salud física y mental posparto (Slomian et al., 2019), un mayor riesgo de suicidio posparto (Comtois et al., 2008; Orsolini et al., 2016) y efectos adversos a largo plazo en el desarrollo cognitivo, emocional y conductual infantil (Grace et al., 2003). Dados estos posibles efectos adversos para la salud, es fundamental identificar los factores de riesgo asociados con la DPP para facilitar la intervención temprana y las estrategias de prevención. Las investigaciones existentes han identificado una variedad de factores de riesgo para la depresión posparto, incluidos trastornos psiquiátricos preexistentes,

depresión o ansiedad prenatal, apoyo social insuficiente, exposición a traumas o violencia doméstica, embarazo no deseado, ansiedad relacionada con el embarazo, complicaciones durante el embarazo y el parto, y problemas de salud neonatal (Biaggi et al., 2016; Yim et al., 2015).

La depresión postparto conlleva consecuencias negativas para las propias mujeres, que ven deteriorado su nivel de salud, calidad de vida y relaciones personales. También para el desarrollo del niño/a, que presenta un mayor riesgo de trastornos afectivos e incompetencia social, problemas de conducta y somáticos, problemas de atención, dificultades en el aprendizaje y desarrollo cognitivo (Jover et al., 2014; Lebel et al., 2016; Pearson et al., 2016; Figueiredo et al., 2017; Petzoldt et al., 2016).

Es una psicopatología muy grave y demasiado común, afecta al 14 y el 19% de mujeres (Gavin et al. 2005; Goodman et al., 2011;) y a entre el 10 y el 16% de padres (Paulson et al. 2010; Álvarez-García et al., 2024; Xiao et al., 2024) con consecuencias demostradas en las alteraciones del vínculo paterno-filial, problemas en la relación de pareja y familiares, problemas en el cuidado propio o familiar y, en el extremo más grave, en el riesgo de suicidio o infanticidio (Burtchen et al. 2013; Slomian, et al., 2019).

La depresión postparto puede iniciarse en la tercera y cuarta semana post parto hasta un año después, encontrándose un pico de presentación en las semanas 8 a 12 postnatal). Los síntomas dependerán de la intensidad de la depresión siendo los más comunes: tristeza, pesimismo, inseguridad, sentimientos de autorreproche, impotencia, desbordamiento o incapacidad ante la nueva situación. Se caracteriza por sentimientos de incompetencia parental y altos niveles de ansiedad.

El National Institut of Mental Health (NIMH), del departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, en su Guía “Depresión Perinatal” revisada en 2024, resume la sintomatología de la depresión perinatal en los siguientes síntomas expuestos a continuación en la Tabla 1.1., como los más frecuentes:

Tabla 1.1.

Síntomas más frecuentes de la depresión perinatal (NIMH, 2024)

Estado de ánimo persistente de tristeza, ansiedad o “vacío” la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas;

Sentimientos de desesperanza o pesimismo;

Sentimiento de irritabilidad, frustración o inquietud;

Sentimientos de culpa, inutilidad o impotencia;

Pérdida de interés o de placer en pasatiempos y actividades;

Fatiga o disminución anormal de la energía;

Desasosiego o problemas para quedarse quieta;

Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones;

Dificultad para dormir (incluso cuando el bebé está dormido), despertarse temprano en la mañana o dormir demasiado;

Cambios anormales en el apetito o cambios de peso no planificados;

Dolores o molestias físicas, dolores de cabeza, calambres o problemas digestivos que no tienen una causa física clara y que no se alivian con tratamiento;

Problemas para establecer vínculos o un apego emocional con el bebé;

Dudas constantes sobre la capacidad de cuidar al bebé;

Pensamientos de muerte o de hacerse daño a sí misma o al bebé, o intentos de suicidio.

Si los síntomas aparecen inmediatamente después del parto y no duran más de dos semanas, utilizaremos el término “*baby blues*”, o tristeza postparto, que es un síndrome hormonal muy común en las mujeres después del parto, y que suele desaparecer espontáneamente. Es cuando persiste más allá de las 8 semanas postparto cuando debemos considerar que la madre que pueda estar desarrollando una depresión postparto y deberemos evaluar y tratar debidamente.

Uno de los instrumentos más utilizados para detectar la DPP en madres es la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS - Cox et al., 1987) (Goodman et al., 2011; Slomian et al., 2019; Bauman et al., 2020).

La DPP está relacionada con una menor activación en el sistema de recompensa (amígdala y estriado), lo que puede afectar la respuesta emocional de la madre hacia el bebé (Laurent y Ablow, 2012). En Nueva York en un estudio con una muestra de familias inmigrantes latinas de alto riesgo de vulnerabilidad social (familias de bajo nivel socioeconómico e inmigrantes) compuesta por 155 díadas, con un 19% de madres deprimidas el porcentaje de prevalencia de retraimiento relacional sostenido en el bebé resultante fue 39,4% (Burtchen et al., 2013). Se ha observado que la presencia de retraimiento social sostenido es mayor en los niños con madres deprimidas (Matthey, et al., 2005; Braaud, et al., 2013; Burtchen & Álvarez-Segura, 2013), y el porcentaje de retraimiento aumenta si la edad gestacional disminuye (Stuart, 2022) y, además, que este comportamiento puede ser generalizado en la interacción con otros adultos no deprimidos (Field, 1992). Savonlahti et al. (2005) hallaron resultados similares en niños/as de madres drogodependientes.

Jover et al. (2014), de la Universidad de Valencia, encontraron que la medida de la ansiedad-estado en el momento de después del parto era el mejor predictor del temperamento del bebé a las pocas semanas de vida. La depresión postparto medida con la Escala de Depresión Postparto de Edingurgo (EPDS, Cox et al., 1987) dos días después del parto, era un buen predictor de la depresión postparto a las 8 semanas y estaría significativamente relacionado con la irritabilidad, el sueño y la dificultad en el bebé.

Stuart et al. (2022) hallaron una mayor proporción de bebés prematuros con retraimiento social a los 6 meses posparto y puntajes ADBB significativamente más altos a los 3 y 6 meses de edad, en comparación con los bebés nacidos a término. Una mayor proporción de madres en la cohorte de prematuros tenía síntomas de depresión posparto en la evaluación a los 3 meses, y reportaron una puntuación EPDS significativamente más alta a los 3 meses posparto. Hubo una relación significativa entre los síntomas depresivos maternos a los 3 y 6 meses y el retraimiento social de los bebés a los 9 meses, y una relación concurrente significativa entre las dos variables a los 6 y 9 meses en la cohorte de bebés nacidos a término. El objetivo de este estudio

longitudinal fue investigar la prevalencia del retraimiento social de los bebés y los síntomas depresivos de las madres en una cohorte de bebés nacidos a término y sus madres y en una cohorte de bebés moderadamente prematuros y sus madres a los 3, 6 y 9 meses de edad posparto. Se utilizó la Alarm Distress Baby Scale (ADBB) para evaluar el retraimiento social; Se administró la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) para determinar los síntomas depresivos posparto. Los hallazgos sugieren la necesidad de evaluar tanto el retraimiento social infantil como los síntomas depresivos maternos en los bebés nacidos moderadamente prematuros y sus cuidadores.

Figueiredo et al. (2017) hallaron que los fetos de madres deprimidas durante el embarazo tienen una menor variabilidad cardíaca al tercer trimestre de embarazo significativamente inferior ante la presencia de estímulos familiares, como la voz materna.

Sin embargo, la relación entre el retraimiento social y la depresión materna no es concluyente (Okitundu-Luwa et al., 2021). No hallaron una asociación directa entre ADBB-EPDS (Matthey et al., 2005; Rochette & Mellier, 200). Los resultados indicaron que la conducta social de los infantes decaídos hacia el examinador clínico estaba relacionada con el autoinforme de la madre de si ella se había sentido más irritable, triste, ansiosa o deprimida a partir del nacimiento, pero no a su estado de ánimo presente medido mediante la escala EPDS.

Vibeke et al. (2016), en el marco de una investigación longitudinal con bebés prematuros y a término sobre el retraimiento social infantil temprano, los síntomas maternos de depresión y el funcionamiento socioemocional posterior del niño, hallaron que a los 3 meses los bebés prematuros mostraron un mayor comportamiento de retraimiento y sus madres reportaron síntomas depresivos maternos más elevados en comparación con el grupo de bebés nacidos a término. A los 12 meses, las madres de los bebés prematuros mostraron un mayor comportamiento de internalización infantil. Estos datos sugieren que el comportamiento de retraimiento infantil, así como el estado de ánimo depresivo materno, pueden servir como indicadores sensibles del estado de riesgo temprano. Además, los resultados sugieren que los síntomas depresivos maternos tempranos son un predictor destacado del funcionamiento socioemocional posterior del niño. Sin embargo, ni el comportamiento de retraimiento infantil temprano ni la edad gestacional predijeron el resultado socioemocional a los 12 meses. Cabe

destacar que las diferencias en la fuerza de las relaciones entre ADBB y EPDS, respectivamente, con el resultado a los 12 meses fueron modestas. Una implicación relevante del estudio es que los profesionales clínicos deben ser conscientes de la compleja interacción entre el retraimiento infantil temprano y los signos de depresión posparto materna al planificar las vías de acceso para la intervención temprana (Moe et al., 2016).

Otros estudios sobre el retraimiento social temprano confirman que las madres con bebés socialmente retraídos tienden a ser menos sensibles y se sienten menos felices que las madres de bebés no retraídos, y que la calidad general de la interacción madre-hijo no es óptima (Costa y Figueiredo, 2011). Esto concuerda con los hallazgos de Puura, Guedeney, Mäntymaa y Tamminen (2007), quienes observaron que los bebés retraídos mostraron un rendimiento menos óptimo durante la interacción con sus madres en comparación con los bebés que no presentaban RRS. Stein et al. (2014) en una revisión sobre la depresión materna y otros trastornos mentales en el período perinatal, observaron la asociación con trastornos psicológicos y del desarrollo posteriores en los niños.

En el metaanálisis realizado por Goodman et al. (2011) hallaron que la depresión materna se relacionaba significativamente con mayores niveles de conducta internalizante y externalizante, así como con la psicopatología general y el afecto negativo en los niños. Es importante destacar que la edad media de los niños en las muestras estudiadas se relacionó negativamente con la magnitud de los tamaños del efecto de la relación entre la depresión materna y los problemas socioemocionales posteriores de los niños. Cuanto menor era la edad media de los niños estudiados, más fuertes eran los efectos de las asociaciones. Goodman et al. (2011) señalan que sus resultados son consistentes con la noción de un período sensible y que los niños pequeños son más vulnerables a los efectos de la depresión materna que los mayores. Por lo tanto, es interesante observar que los bebés que participaron en el presente estudio, y que estuvieron expuestos a síntomas depresivos maternos desde los 3 meses, posteriormente fueron susceptibles a la internalización de conductas. Además, encontraron que la mayoría de los estudios en su revisión no evidenciaron procesos causales. Incluso si existieran asociaciones significativas entre la depresión materna y el desenlace clínico del niño, la dirección de los efectos sigue siendo incierta. Para comprender el impacto de la depresión materna, es importante considerar los efectos

de los bebés en las madres, así como los procesos transaccionales a lo largo del tiempo (Goodman, 2007; Sameroff y MacKenzie, 2003).

Aunque la evidencia respalda la asociación entre la depresión materna y los problemas emocionales y conductuales de los niños, no se han establecido la causalidad ni la dirección de la asociación (Kraemer, 2003). También es importante considerar el papel del niño en la exacerbación de la depresión materna o incluso en su contribución a las causas de la depresión materna. Si bien la asociación entre la depresión materna y los resultados adversos infantiles está bien establecida, se desconocen la fuerza de la asociación, la amplitud o especificidad de los resultados y el papel de los moderadores (Goodman, 2011).

Grollemund et al. (2020) estudiando el impacto de tener un bebé con labio y paladar hendido en los padres y en la relación padre-bebé observaron que curiosamente, los niveles de retraimiento social no están relacionados con la gravedad de la afección médica, sino con el nivel de estrés y angustia que muestran las madres de estos bebés. Ambos padres puntuaron en DPP con la escala EPDS (Cox et al., 1987) por encima de lo esperado en población general, sin embargo, no puntuaron más alto en RRS los bebés medidos a través de la escala ADBB (Gueney & Fermanian, 2001). Resultados similares los hallaron con bebés con síndrome de Prader-Willy (Tauber et al., 2017) y con cirugía cardíaca neonatal (Re et al., 2018). Por lo que parece no haber una relación lineal entre DPP y RRS.

Por último, para cerrar este apartado, se hará referencia a los resultados de una reciente investigación sobre la asociación entre eventos perinatales adversos y síntomas depresivos posparto en madres realizado en América del Norte con una muestra de N= 3559 familias (Nillni et al., 2025). Este estudio concluye que el parto prematuro, el bajo peso al nacer del bebé y el ingreso en la UCIN se asocia con resultados elevados en EPDS en madres. Los análisis estratificados indicaron que el parto prematuro se asoció con mayor intensidad con la DPP entre las participantes que habían tenido hijos y las participantes con antecedentes de diagnósticos clínicos de salud mental. En conclusión, los eventos perinatales adversos se asociaron con un mayor riesgo de depresión posparto a los 6 meses posparto. La identificación y el manejo tempranos de los síntomas depresivos en quienes han experimentado eventos perinatales adversos son cruciales para mejorar la salud de los padres y del bebé.

Hay que subrayar que prevención no es predicción (Larbán, 2008). Siempre hay un espacio para un posible encuentro evolutivo. Todos los bebés de madre deprimida no están forzosamente perturbados y, a la inversa, está claro que un bebé deprimido, se muestra extremadamente deprimente para los adultos que se ocupan de él (Golse, 1998).

La ansiedad en el período perinatal también puede alterar la calidad de la interacción madre-bebé. Madres con altos niveles de ansiedad pueden mostrar una respuesta hipervigilante o, por el contrario, evitativa (Stein et al., 2012). La State-Trait Anxiety Inventory (STAI, Spielberger et al., 1982) es una herramienta clave para evaluar este estado en madres.

La ansiedad materna afecta la forma en que la madre responde a las señales del bebé. Se ha estudiado que algunas madres ansiosas responden de manera excesiva a cualquier señal del bebé, incluso cuando no es necesario, lo que puede sobreestimularlo y dificultar su autorregulación (Feldman et al., 2009). Además, la ansiedad puede llevar a una interpretación errónea de las necesidades del bebé, generando respuestas desajustadas (Stein et al., 2012). Se ha observado que los bebés de madres ansiosas pueden mostrar mayor irritabilidad y menor exploración, ya que perciben el estrés materno y pueden internalizarlo (Prenoveau et al., 2017). El estrés parental, puede reducir la capacidad de la madre para interpretar y responder de manera sensible a las señales del bebé, lo que puede contribuir al retraimiento relacional infantil (Feldman et al., 2009). La ansiedad se asocia con una hiperactivación de la amígdala, lo que puede hacer que las madres interpreten las señales del bebé como más estresantes de lo que realmente son (Moses-Kolko et al., 2010).

No podemos cerrar este apartado sin nombrar la psicosis puerperal. Es un trastorno más definible y delimitado que la DPP, pero es un proceso bastante infrecuente que acontece aproximadamente en uno de cada 1.000 partos (Novo-Gueimonde et al., 2000). Es una enfermedad mental grave, pues las mujeres que tienen psicosis posparto pueden tener delirios (creencias o pensamientos que no son ciertos), alucinaciones (ver, oír u oler cosas que no están allí), manía (un estado de ánimo elevado y eufórico en el que a menudo las personas parecen no estar en contacto con la realidad), paranoia y

confusión (NIMH, 2024). La psicosis puerperal o posparto está clásicamente considerada como una enfermedad de desencadenamiento brusco, y constituye una verdadera urgencia psiquiátrica, no quedando en general otra alternativa que la hospitalización de la mujer en un servicio de psiquiatría, con la consiguiente separación de la díada madre-bebé (Novo-Gueimonde et al., 2000).

En España, existe una alternativa reciente en las que no es necesario separar al bebé de la madre, en el Hospital Clínic de Barcelona, con su puesta en marcha del Hospital de Día Madre-Bebé en 2018, que forma parte de la Unidad de Salud Mental Perinatal del Clínic, coordinada por la Dra. Lluïsa García-Esteve. (Roca-Lecumberri et al., 2024)

Sin embargo, no hay evidencia causal de que la salud mental materna afecta a la salud mental infantil ni a su neurodesarrollo. Casi toda la investigación se viene realizando, buscando esta asociación directa, que no es evidente científicamente hoy en día. Debemos centrar los esfuerzos de las investigaciones en ver qué variables modulan o median la salud mental de los padres y el neurodesarrollo del bebé, porque obviamente son muchas las variables que influyen y no debemos ser simplistas en nuestros propósitos de investigación con todo el conocimiento acumulado y los errores teóricos cometidos en el pasado.

1.4.2 La salud mental paterna

Cada vez son más los estudios que evalúan la salud mental de los padres a través de distintas patologías. Los estudios que van acumulando conocimiento al respecto, lo hacen a través de la variable DPP en los hombres.

El metaanálisis realizado en 2010 por Paulson halla un 10,4 % de depresión postnatal en padres entre los 3 y los 6 meses postparto con un intervalo de confianza del 95% (Paulson & Bazemore, 2010). Este mismo autor, realizó un estudio para observar el curso y la interrelación de la depresión perinatal materna y paterna (Paulson, 2016) seis años después con la utilización de la escala EPDS (Cox et al., 1987) para evaluar la DPP en padres, apoyándose en la validación realizada por Matthey et al. (2001) y utilizando un punto de corte 2 puntos más bajo en padres que en madres. La

depresión prenatal en madres predijo un empeoramiento de la sintomatología depresiva a los 6 meses postparto cuando el padre también estaba deprimido. Aunque la depresión prenatal materna no era predictiva del cambio de sintomatología en padres, las madres con parejas deprimidas mostraron un empeoramiento significativo de la gravedad general a los 6 meses postparto (Paulson et al., 2016).

En Chile, Pérez et al., (2018) realizaron un estudio exploratorio que evaluó a población masculina de clase media baja a los dos meses posparto con la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, tomando como punto de corte los 10 puntos. Encontraron una prevalencia de DPP en padres del 18,5%.

Xiao et al. (2024) en su revisión sistemática y metaanálisis realizado en padres de China, hallan una prevalencia de depresión antenatal en padres del 11% (95 % CI: 5%–17%; $p < 0.01$) y una prevalencia de depresión post parto en padres del 16% (95 % CI: 13%–18%; $p < 0.01$). Este metaanálisis incluyó 28 estudios con 8795 participantes. Estos autores concluyen que la depresión perinatal en padres se asocia con consecuencias adversas para la salud de las madres y de los bebés por lo que la detección y el tratamiento regulares de la depresión paterna son cruciales.

Un embarazo no deseado se asocia con un mayor nivel de depresión paterna y una menor felicidad en la relación madre-padre, que, a su vez, se asocian con un menor apoyo en las tareas de coparentalidad (Bronte-Tinkew et al., 2009).

Steen et al. (2012) en un metaanálisis que realizaron con el fin de identificar y sintetizar investigaciones cualitativas de buena calidad que exploraran los puntos de vista y las experiencias de los padres que se habían encontrado con el cuidado de la maternidad, encontraron que los padres no podían sostener a su pareja a menos que ellos mismos fueran apoyados, incluidos y preparados para el embarazo, el parto y su función. De 856 resultados en la búsqueda, se incluyeron 23 artículos. Los temas emergentes fueron los siguientes: riesgo e incertidumbre, exclusión, miedo y frustración, falta de concordancia entre el ideal y la realidad, problemas de apoyo y la experiencia de transición. Los hombres se sintieron afectivamente excluidos a pesar de estar físicamente presentes. Los padres se sienten "pareja y padre", pero su experiencia de los servicios de atención materna es la de "no pacientes ni visitantes". Esto los sitúa en un espacio intersticial e indefinido (tanto emocional como físicamente), con la consecuencia de que muchos se sienten excluidos y temerosos. Los padres no pueden apoyar eficazmente a su pareja para lograr el ideal de transición hacia un embarazo

exitoso, un parto feliz y una experiencia de paternidad positiva a menos que ellos mismos reciban apoyo, inclusión y preparación para la realidad del riesgo y la incertidumbre en el embarazo, el parto y la paternidad, y para su rol en este contexto.

Eddy et al. (2019) llevaron a cabo un estudio cualitativo que investigó las experiencias de los padres con la depresión postparto. Analizaron datos de fuentes secundarias como blogs, sitios web, foros y salas de chat mediante una combinación de métodos fenomenológicos y de análisis de contenido para comprender las experiencias de los padres con la depresión posparto paterna. Obtuvieron datos de 27 padres. Los autores buscaron términos como "depresión en nuevos padres" y "depresión paterna después del bebé" y encontraron varios foros y varios subhilos con estos términos. De los datos analizados por el equipo, surgieron seis temas: la necesidad de educación de los padres, el cumplimiento de las expectativas de género, la represión de sentimientos, la sensación de agobio, el resentimiento hacia el bebé y la experiencia de negligencia.

La depresión paterna es un problema grave para las madres y los padres, así como para el recién nacido. Con el paso del tiempo, existe una creciente necesidad de incorporar a los padres en los programas de salud mental actuales y futuros para poder brindarles el apoyo necesario. Si bien los hombres no experimentan los mismos cambios fisiológicos, anatómicos y hormonales que las mujeres durante el parto, sí experimentan cambios psicológicos significativos, particularmente relacionados con su nuevo rol y sus responsabilidades (Álvarez-García, et al., 2024). Por ejemplo, algunos padres, tras la pérdida de un bebé, sintieron que su función era simplemente apoyar a la madre (Pérez et al., 2017).

Es probable que la depresión materna coexista con la psicopatología paterna, y esta coexistencia probablemente influya en la explicación de algunas de las variaciones en los resultados de los niños. La psicopatología paterna podría aumentar el riesgo genético de psicopatología en los niños, así como contribuir a las características adversas del entorno de crianza. Por el contrario, un padre sano podría proteger al niño al proporcionarle modelos a seguir de comportamiento, cogniciones, afecto y relaciones interpersonales saludables, y la oportunidad de que el niño reciba de al menos uno de sus padres las cualidades de la crianza que se sabe que facilitan un desarrollo saludable. Además, el niño podría beneficiarse si la madre deprimida recibe el apoyo del padre sano, lo que puede facilitar que la madre proporcione una crianza de mejor calidad.

Las tasas de depresión posparto paterna varían en función de factores como el nivel socioeconómico, la edad de los padres, el apoyo social y la región geográfica (Álvarez-García et al., 2024; Xiao et al., 2024). Además, los estudios que comparan los efectos de la depresión materna y paterna generalmente han encontrado efectos independientes significativos de los síntomas paternos en diferentes aspectos del funcionamiento de los niños en edad preescolar y las relaciones entre padres e hijos (Ramchandani et al., 2005).

Se sabe poco sobre cómo la depresión posparto se relaciona con el desarrollo de competencias emocionales básicas específicas, como la empatía (Dann et al., 2025). Dann et al. (2025), recientemente han publicado un artículo muy interesante acerca de la influencia de la depresión postparto en padres sobre el desarrollo de la empatía en el bebé. Miden las respuestas de empatía del bebé a través de la arritmia sinusal respiratoria medida como la variación en los intervalos inter-latido ante el distrés materno provocado en interacción Madre-Bebé fingiendo dolor la madre tras un golpe simulado. La investigación se lleva a cabo con 142 familias. Es muy interesante el estudio y a nivel metodológico es muy bueno. Los resultados indican que no hay una correlación directa entre la depresión paterna y una menor empatía en el bebé.

La reciente revisión sistemática realizada por Álvarez-García et al., (2024) identificó un total de 13 instrumentos para el diagnóstico de la depresión paterna; y concluyeron que la escala más fiable para el diagnóstico fue la EPDS (Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo). También realizaron un análisis de los principales factores de riesgo, que reveló que los hombres comparten varios factores de riesgo con las mujeres, lo que facilita la identificación de algunos de ellos, como el embarazo no deseado, el conflicto entre el trabajo y la familia y la tensión conyugal, entre otros. Sin embargo, el factor más influyente en el desarrollo de una posible depresión paterna posparto fue la MGRS (Estrés por Rol de Género Masculino), un factor que influye exclusivamente en los padres. Esto subraya la importancia de considerar los estereotipos de género tradicionales al evaluar a un padre, ya que los hombres que se adhieren a dichos estereotipos son más susceptibles a sufrir depresión posparto.

La doctora Gracia Moroto-Navarro y su equipo (2019) encuentran que hay una relación estadísticamente significativa entre el incremento del Índice de Desarrollo Humano (IDH) y el Índice Global de la Brecha de Género (IGBG) de los países del

mundo y el aumento de los artículos sobre paternidad. En su estudio concluyen que: “El conocimiento entorno a la paternidad y la maternidad es desigual. Resulta imprescindible desarrollar un conocimiento no parcelado, no dividido y no reduccionista en el ámbito reproductivo. Es necesario visibilizar a los hombres como padres en la esfera científica, romper estereotipos de género e incorporar la corresponsabilidad en la crianza en las políticas y en las prácticas sociales como una cuestión de derecho fundamental” (Página 582).

1.4.3 La relación triádica

Un elemento clave en el desarrollo temprano es sin duda la capacidad dentro de la tríada padres-bebé para sincronizar unos con otros, en particular durante los primeros 18 meses del lactante (Mäntymaa, 2006; Feldman, 2007). La sincronía psicoafectiva es, según Feldman (2007), la “co-regulación de la experiencia vivida dentro de las relaciones de apego y sienta las bases para las relaciones del niño/a en la intimidad, el uso de símbolos, la empatía y la capacidad de leer las intenciones de los demás” (Página 330).

El desarrollo socioemocional del bebé no depende únicamente de la interacción con la madre o el padre de manera aislada, sino de la dinámica triádica que se establece entre ambos progenitores y el niño (Favez et al., 2012). La calidad de la relación entre los padres puede influir en la disponibilidad emocional y en la capacidad de respuesta a las necesidades del bebé. Cuando ambos progenitores participan activamente en la crianza, se fortalece la seguridad del bebé y se reduce el riesgo de retraimiento.

La implicación del padre en el cuidado temprano del bebé se ha asociado con una mejor regulación emocional y menor riesgo de dificultades socioemocionales (Lamb & Lewis, 2010). La relación triádica madre-padre-bebé es un sistema complejo en el que cada miembro influye en la dinámica del otro (Favez et al., 2012). Esta interacción puede favorecer o dificultar el desarrollo emocional del niño. Algunos estudios indican que una relación cooperativa entre los padres mejora la sensibilidad parental y la capacidad de respuesta conjunta a las necesidades del bebé (McHale & Lindahl, 2011). Un clima familiar de tensión y conflicto puede afectar negativamente la seguridad del bebé, llevándolo a un estado de alerta crónica o retraimiento (Davies et al., 2004). Un ambiente familiar con altos niveles de estrés o conflicto puede generar respuestas emocionales

disfuncionales en el bebé, promoviendo el retraimiento como estrategia adaptativa. En familias donde uno de los progenitores excluye al otro o establece coaliciones, el bebé puede desarrollar patrones de inseguridad o estrés relacional (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999).

La intervención en esta área debe centrarse en fortalecer la alianza parental y promover interacciones positivas que favorezcan el desarrollo del bebé. La alianza coparental (Abidin, 1992) indica la función específica de la relación de los padres en relación con el niño/a y sus necesidades. Sugerido por primera vez por Minuchin (1974), utilizando la expresión “subsistema parental”, la alianza coparental se forma para llevar a cabo las tareas de socialización del niño/a, diferenciándose del sistema conyugal. La coparentalidad está íntimamente conectada con la relación conyugal, a pesar de que los dos subsistemas son funcional y conceptualmente distintos. La relación coparental sobrevive a las relaciones de pareja en el momento del divorcio (Cowan & McHale, 1996; Schoppe-Sullivan et al., 2004).

Evaluando de manera conjunta la relación conyugal (mediante la satisfacción percibida por el sujeto acerca de la relación conyugal y tareas de debate) y la coparentalidad (la imagen que cada uno de los padres tiene sobre el otro como padre o el apoyo mutuo que se dan en la relación con el niño/a), los estudios han demostrado que la relación entre las distintas formas de conflicto parental y la presencia de síntomas en los niños/as se mantienen incluso después de que las variables relacionadas con la relación conyugal estén controladas (Frosch, et al., 2000; McHale, 1995).

La coparentalidad es predecible incluso en el embarazo, porque está asociada a la capacidad de los padres de imaginar la familia triádica, o su capacidad para representar simbólicamente en el juego la interacción en grupo de tres antes del nacimiento del bebé (Bürgin & von Klitzing, 1995; Carneiro, et al., 2006; Van Egeren, 2003, 2004). La contribución del niño/a a la relación coparental, sigue permaneciendo abierta; la regla más extendida de coparentalidad o de alianza coparental pertenece a la relación de los padres con el bebé o a las interacciones de los padres en presencia del bebé, pero no se suele incluir al bebé en sí mismo (Schoppe-Sullivan et al., 2004). Es de interés destacar que McHale y Alberts (2023) apuntaron a que los clínicos/as observadores/as tienden a calificar más severamente la violación misma de la coparentalidad si ésta afecta al niño/a que si no lo hace. Esta observación implica que es esencial tener en cuenta al niño/a al evaluar las interacciones de la familia, ya que el

significado atribuido a un comportamiento coparental, variará de acuerdo a su efecto sobre el niño/a (McHale & Alberts, 2003; Van Egeren & Hawkins, 2004)". (Favez et al., 2009)

Corboz-Warnery y Fivaz-Depeursinge con su equipo de investigación (1993) del *Centre d'Etude de la Famille* en Lausanne, crearon una situación experimental semi-estandarizada (The Lausanne Trilogue Play Paradigm, LTP), capaz de profundizar la observación de las dinámicas familiares para sostener y contrastar sus hipótesis sobre el desarrollo y las eventuales dificultades psicopatológicas en relación con la situación familiar, así como para aclarar el cuadro de los recursos familiares.

El "Juego Triádico de Lausanne" (The Lausanne Trilogue Play Paradigm, LTP) es un instrumento clínico y de investigación para el diagnóstico precoz, la evaluación de la organización psicopatológica y de factores de riesgo en patrones de interacción familiar. Como conclusiones de sus investigaciones, podemos resumir que: 1. Las prácticas familiares son una puerta de entrada; 2. La observación y la evaluación no pueden ir separadas de la intervención; 3. Las relaciones lo son todo y tienen dos lados, el interactivo y el intersubjetivo; 4. Las familias constituyen alianzas; 5. Las relaciones terapéuticas afectan a las relaciones familiares.

La observación y evaluación de las interacciones familiares dan mucha información acerca de los patrones de interacción familiar, y la evaluación con tiempo limitado, pero intensa de la familia, como un grupo en interacción, revela los núcleos básicos de su funcionamiento (McHale & Alberts, 2003; Minuchin, 1985).

1.5 El rol de la Atención Primaria

En España, casi la totalidad de bebés y madres acuden a consulta de salud pública de atención primaria en el postparto inmediato. Las familias acuden a la consulta de pediatría desde el alta hospitalaria, y en los casos de parto en el domicilio, al primer día de vida del bebé y siguen un calendario de visitas marcado (vacunas, revisiones, etc.) y estas consultas de bebé sano suponen un lugar privilegiado desde el que poder detectar casos de sufrimiento emocional del menor y de sus cuidadores principales (PrevInfad, 2009).

El grupo de trabajo de Prevención en la Infancia y la Adolescencia (PrevInfad) de la Asociación Española de Pediatría delegación de atención primaria (AEPap) y el Grupo NIDCAP del Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre, elaboraron una guía para el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad de España (2010) de “Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas”, en la que postulan que: *Promover el desarrollo de los vínculos afectivos madre/padre-hijo debe ser una prioridad de los profesionales de la salud. El desarrollo afectivo es base del desarrollo físico, social y cognitivo del niño/a, y este se inicia en las primeras horas de vida, inmediatamente al parto. Elaborar estrategias de atención y cuidado desde el nacimiento es básico para promover el desarrollo del vínculo* (SANIDAD, 2010)

Es necesario formar en salud mental perinatal al personal sanitario de pediatría y al equipo de enfermería de pediatría y enfermería antenatal de atención primaria para promover la salud mental y emocional del niño y su familia, detectar alteraciones precoces del desarrollo psicológico, detectar signos precoces de sufrimiento emocional, reconocer y descifrar sintomatología de origen relacional y emocional. Conocer los signos de alarma del bebé es importante para realizar una prevención primaria y secundaria de salud mental perinatal e infantil (Oliver et al., 2011, Bonifacino et al., 2014, Smith-Nielsen et al., 2018), y aprovechar la gran plasticidad neuronal de estas edades tan tempranas para intervenir, evitando así la instauración de funcionamientos psicopatológicos en el futuro.

La identificación de problemas socioemocionales en bebés suele realizarse bajo vigilancia informal, pero se necesita un cribado universal sistemático mediante un instrumento validado para evitar que se pase por alto a niños que necesitan mayor evaluación e intervención. Incluso cuando se implementan programas de cribado universal, estos a menudo no son eficaces y las tasas de prevalencia del cribado suelen ser bajas. Una cantidad creciente, aunque escasa, de literatura sugiere que esto se debe en parte a la baja adherencia a las directrices de cribado entre los profesionales responsables (Smith-Nielsen et al., 2018).

La formación en la escala ADBB, tiene un alto nivel de satisfacción entre los y las profesionales, y están dándose sinergias año a año, promoviendo en nuestro país nuevas investigaciones y colaboraciones en la detección temprana de riesgo en el desarrollo en los primeros meses de vida.

Intervención con la escala ADBB desde Atención Primaria

En Montevideo, Uruguay, Bonifacino y su equipo (2007) exploraron los resultados obtenidos en una muestra de bebés después de entrenar a 9 pediatras en la escala ADBB. Todos los y las pediatras estuvieron de acuerdo en que después del entrenamiento notaron una mejora en su comunicación con las madres y en su habilidad de enseñarles a ser más conscientes de las necesidades de los bebés por comunicarse. Encontraron que, en las visitas siguientes, las madres desarrollaron nuevos recursos para estimular a sus bebés y establecer una mejor relación con ellos/as.

Tereno y su equipo (2017) demostraron en el estudio de intervención controlado CAPDEP, en el subestudio conocido como estudio CAPEDP-A (apego) en una muestra de alto riesgo a través de visitas domiciliarias, que la intervención preventiva mejorada disminuyó significativamente la tasa de apego desorganizado medido con AMBIANCE, redujo la comunicación materna disruptiva y disminuyó el comportamiento de RRS en los bebés y niñas/os medido con ADBB a pesar de que la DPP en esta muestra (30%) no se redujo significativamente. La intervención realizada por el equipo fue una combinación de visitas domiciliarias intensivas, así como con videofeedback con los cuidadores principales para ayudar a reducir los patrones de comportamiento no óptimo. En la retroalimentación con videos, se animó explícitamente a las madres a reconocer mejor su comportamiento inadecuado hacia su hijo/a, así como sus conductas con sensibilidad adecuada hacia las señales de su bebé.

Smith-Nielsen et al. (2018) realizaron un estudio longitudinal en tres de los cinco distritos de la ciudad de Copenhague, Dinamarca. Entrenaron en el uso de la escala ADBB (Guedeney & Fermanian, 2001) de detección de signos de alarma en el bebé a través del RRS a 79 personas del equipo de pediatría que realizaban visitas a domicilio postparto. Las tasas de prevalencia del cribado aumentaron durante el primer año: seis meses después de la implementación, el 47 % (n=405) de los niños se había sometido al cribado; doce meses después de la implementación, el 79 % (n=789) de los bebés ya habían sido evaluados (el mismo bebé no se contabilizó más de una vez). El 92% de las visitadoras sanitarias indicó que el instrumento contribuyó positivamente a su trabajo. El 81% también indicó que representó un desafío en su trabajo diario, al menos en cierta medida. Las actitudes de las visitadoras sanitarias (positivas y negativas) hacia la Escala ADBB, medidas siete meses después de la implementación, predijeron

significativamente las tasas de prevalencia del cribado doce meses después. Los autores concluyen que añadir el entrenamiento y uso de la escala ADBB un programa de salud establecido es factible y aceptable y que la Escala ADBB es un instrumento de cribado validado para la identificación de problemas socioemocionales en bebés y es ideal para su uso en un entorno real con mucha actividad, como es la consulta pediátrica tanto en el centro de salud como en las visitas domiciliarias. Además, este estudio confirma la suposición, a menudo no contrastada, de que las bajas tasas de prevalencia del cribado están relacionadas con la actitud de los profesionales hacia el instrumento de cribado y con la medida en que la realización del cribado se percibe como significativa y contribuye positivamente a su práctica. Estos resultados enfatizan la necesidad de detectar las conductas de retraimiento social en los primeros meses de vida como una señal silenciosa de sufrimiento que debe interpretarse y tratarse, especialmente cuando los bebés afectados presentan una afección médica.

Años después de su primer estudio, Bonifacino (2019) desarrolla un Programa de formación a profesionales de la salud en detección de retraimiento infantil y promoción de la interacción temprana durante la visita pediátrica para la reducción de riesgo en el desarrollo. Los resultados muestran que la formación en la escala ADBB del equipo de pediatría, reduce el número de bebés con RRS. Siguiendo esta línea de Bonifacino y su equipo (2022), en Chile, desarrollaron una Guía interactiva de intervención en bebés prematuros para la detección y prevención de RRS.

La Dra. Mercedes Bonet, Funcionaria Médica del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS y del Programa Especial de las Naciones Unidas sobre Reproducción Humana (HRP) señala (2022) que «Los servicios posnatales especializados deben proporcionar un apoyo vital para la salud física y mental, y ayudar a los cuidadores a que den lo mejor de sí al ofrecer la atención adecuada a sus recién nacidos» (...) y que «Los datos muestran que las mujeres y sus familias quieren y necesitan una experiencia posnatal positiva que les ayude a superar los inmensos desafíos físicos y emocionales que se producen después del nacimiento de los bebés, además de fomentar su confianza como progenitores» (WHO, 30 de marzo de 2022)

En nuestro país, la Asociación Española de Pediatría, dentro del Programa de Salud infantil de Atención Primaria (Grupo PrevInfad, 2014), elaboró un Protocolo de

Supervisión del Desarrollo Psicomotor y Afectivo. Recomienda valorar el desarrollo psicomotor y afectivo en todas sus áreas: motor grueso y fino, lenguaje y sociabilidad. Las escalas de Denver II y/o el Haizea-Llevant identifican recién nacidos de riesgo para seguimiento, y detectan depresión materna posparto. Jullien et al. (2021) publicaron en la revista *BMC Pediatrics* un artículo de “Recomendaciones de apoyo para intervenciones preventivas infantiles en la atención primaria de salud: elaboración de una síntesis de la evidencia y lecciones aprendidas”, donde recogen, tras una búsqueda sistemática, recomendaciones actuales de la OMS, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), el grupo de trabajo PrevInfad de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) del Reino Unido. Entre las recomendaciones de cribado, se identifican con precisión a los niños de 12 a 36 meses con TEA, y pequeños estudios muestran un beneficio del tratamiento temprano, no se encontró evidencia sobre la efectividad de las intervenciones aplicadas a los niños con TEA detectado mediante cribado.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Globales, fueron adoptados por las Naciones Unidas en 2015 como un llamamiento universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que para el 2030 todas las personas disfruten de paz y prosperidad (ONU, 2023). Los 17 ODS están integrados: reconocen que la acción en un área afectará los resultados en otras áreas y que el desarrollo debe equilibrar la sostenibilidad social, económica y ambiental. Los países se han comprometido a priorizar el progreso de los más rezagados. Los ODS están diseñados para acabar con la pobreza, el hambre, el sida y la discriminación contra mujeres y niñas.

Sin embargo, en una edición especial y actualizada de 2023 del Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, detectaron que al comenzar la pandemia, los avances para lograr la cobertura sanitaria universal se enlentecieron, al tiempo que aumentaron las dificultades económicas. Las crisis interrelacionadas y los conflictos bélicos y políticos desviaron al mundo de alcanzar las metas de los ODS sobre VIH, paludismo y tuberculosis, entre otras. El alarmante descenso de la vacunación

infantil deja a millones de niños en peligro de contraer enfermedades devastadoras pero evitables.

La cobertura de la primera dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), que tiene graves consecuencias para la salud de mujeres y niñas en todo el mundo, solo alcanzó el 15 % en 2021, a pesar de que las primeras vacunas se autorizaron hace más de 15 años. No se avanzó lo suficiente en otros ámbitos, como la reducción de la mortalidad materna y la ampliación de la cobertura sanitaria universal. En 2020, aproximadamente 800 mujeres morían cada día debido a partos o embarazos en todo el mundo. Además, 381 millones de personas fueron empujadas a la pobreza extrema o cayeron aún más en 2019 debido a gastos directos para la salud. Para subsanar estos retrocesos y las persistentes deficiencias de la atención sanitaria, es necesario aumentar la inversión en sistemas de salud para apoyar a los países en su recuperación y generar resiliencia ante futuras amenazas sanitarias.

Los recientes avances para combatir el matrimonio infantil se ven amenazados. Casi la mitad de las mujeres casadas no tienen poder de decisión sobre su salud y sus derechos sexuales y reproductivos. La cobertura mundial de partos asistidos por personal sanitario especializado aumentó del 81 % al 86 % entre 2015 y 2022, pero el acceso continúa siendo limitado en muchos países, sobre todo en África subsahariana y Asia meridional, donde las tasas de mortalidad son más elevadas. Sin embargo, África subsahariana experimentó el aumento más rápido, del 59 % al 70 % entre 2015 y 2022.

GUÍA RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE CUIDADOS MATERNOS Y NEONATALES PARA UNA EXPERIENCIA POSNATAL POSITIVA (OMS, 2022)

Se publican nuevas recomendaciones que subrayan la urgencia de apoyar la salud física y mental en el periodo posnatal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el 30 de marzo de 2022 sus primeras directrices mundiales para apoyar a las mujeres y los recién nacidos en el periodo posnatal, es decir, las seis primeras semanas después del nacimiento, un momento crucial para garantizar la supervivencia del recién nacido y la madre y apoyar el desarrollo saludable del bebé, así como la recuperación y el bienestar mental y físico general de la madre.

En total, las nuevas directrices reúnen 63 recomendaciones que contribuyen a dar forma a una experiencia posnatal positiva para las mujeres, los bebés y las familias. He aquí algunas de las recomendaciones a resaltar completamente vinculadas a este estudio de investigación y acción:

- Apoyo para ayudar a las familias a interactuar con los bebés y responder a sus señales, y mantenerse en contacto estrecho con ellos y ofrecerles calor y bienestar (Capítulo B.4.2, Recomendación 38).
- Fomento de la participación de los hombres en la atención posnatal, para que esté presente en los reconocimientos, por ejemplo, y brinde apoyo a la mujer y atienda al recién nacido (Capítulo C.9, Recomendación 52).
- Cribados para detectar depresión y ansiedad posparto en la madre, con servicios de derivación y tratamiento de ser necesario (Capítulo A.4.1, Recomendación 18).

1.6 Justificación del estudio

A pesar de la creciente evidencia científica que respalda la importancia del retraimiento relacional sostenido (RRS) en el desarrollo infantil temprano y su estrecha relación con la salud mental parental, los estudios que analizan de forma conjunta estas variables continúan siendo escasos, especialmente en contextos de atención primaria. Este vacío en la literatura resulta particularmente relevante si se considera que la consulta pediátrica constituye uno de los primeros espacios de contacto sistemático entre el sistema de salud y las familias durante los primeros meses de vida del bebé, lo que la convierte en un entorno privilegiado para la detección precoz de dificultades en la interacción temprana y el bienestar emocional familiar.

Asimismo, gran parte de las investigaciones existentes han centrado su atención casi exclusivamente en la figura materna, relegando a un segundo plano tanto el papel

del padre como la dinámica triádica que se establece entre ambos progenitores y el bebé. Esta visión parcial limita la comprensión integral de los procesos vinculares y de salud mental en el período perinatal, ignorando el impacto que la salud emocional del padre puede tener sobre el desarrollo del niño y sobre el equilibrio general del sistema familiar.

En este contexto, el presente estudio se propone abordar estas limitaciones, investigando de manera integrada la prevalencia del RRS en bebés de entre 2 y 6 meses de edad y su relación con la salud mental tanto de la madre como del padre. A su vez, se exploran las posibles influencias moduladoras de variables perinatales, como el tipo de parto, complicaciones obstétricas o condiciones neonatales, y factores sociodemográficos, como el nivel socioeconómico, el apoyo social percibido o el nivel educativo de los progenitores.

El estudio se enmarca en la práctica clínica habitual de la consulta pediátrica de atención primaria, lo que no solo facilita la accesibilidad y representatividad de la muestra, sino que también apunta a la aplicabilidad de los hallazgos en entornos reales de salud pública. Con ello, se busca contribuir al diseño y fortalecimiento de estrategias preventivas e intervenciones tempranas en el ámbito de la salud mental perinatal, promoviendo un enfoque familiar e integral. Además, se pretende generar conocimiento empírico que fundamente la elaboración o ajuste de protocolos clínicos eficaces para la detección temprana de alteraciones en la interacción diádica o triádica, así como de posibles signos de malestar emocional en los cuidadores principales y en el bebé.

En suma, este trabajo pretende aportar una mirada más amplia y contextualizada al estudio del RRS y la salud mental parental, destacando la relevancia de integrar estas dimensiones en la atención pediátrica temprana como parte de una estrategia de salud pública orientada al bienestar integral de la primera infancia.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Considerando que 1) la ansiedad y la depresión en las madres durante el periodo postparto, ha sido relacionada con problemas de alimentación (36,4 %), del sueño (12,2%) y excesivo llanto (10,1%) en el bebé (Petzoldt et al., 2016); 2) que un embarazo no deseado se asocia con un mayor nivel de depresión paterna y una menor felicidad en la relación madre-padre, que, a su vez, se asocian con un menor apoyo en las tareas de coparentalidad (Bronte-Tinkew et al., 2009); 3) que el retraimiento sostenido se encuentra en la clínica de las grandes categorías psicopatológicas de la primera infancia: dificultades interactivas precoces, síndromes postraumáticos, depresión, ansiedad, trastornos del espectro autista, dificultades del apego, retraso en el desarrollo, maltrato, abuso, dificultades sensoriales, etc. (Guedeney et al., 2004, 2008; Viaux-Savelon et al., 2010); 4) y que el desarrollo socioemocional del bebé no depende únicamente de la interacción con la madre o el padre de manera aislada, sino de la dinámica triádica que se establece entre ambos progenitores y el bebé (Favez et al., 2012), se plantea como objetivo general (OG) de la presente investigación:

- Analizar la prevalencia del Retraimiento Relacional Sostenido (RRS) en bebés de entre 2 y 6 meses de edad, así como su relación con la salud mental parental (madres y padres), evaluada mediante la presencia de síntomas de depresión postparto. Asimismo, se pretende examinar el papel modulador de las circunstancias perinatales y los factores sociodemográficos en dicha relación, en el contexto de la consulta pediátrica de atención primaria en la sanidad pública.

2.2. Objetivos Específicos

Para alcanzar dicho objetivo general, se plantean los siguientes objetivos específicos:

OE1. Estimar la prevalencia del RRS en bebés de entre 2 y 6 meses en la muestra seleccionada.

H1.1 La prevalencia del Retraimiento Relacional Sostenido (RRS) en bebés de entre 2 y 6 meses será similar a la reportada en estudios internacionales en población no clínica, situándose entre el 10 % y el 16 %.

OE2. Determinar la prevalencia de síntomas de depresión postparto en madres y padres de bebés de entre 2 y 6 meses.

H2.1 La prevalencia de síntomas de depresión postparto en madres, evaluada mediante la escala EPDS, se situará entre el 14 % y el 19 %, en concordancia con estudios realizados en contextos europeos.

H2.2 La prevalencia de síntomas de depresión postparto en padres, evaluada mediante la escala EPDS con punto de corte ajustado, se situará entre el 10 % y el 16 %, en línea con la literatura científica reciente.

OE3. Analizar la relación entre la salud mental parental (depresión, ansiedad y estrés) y el RRS en el bebé.

H3.1 La presencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés parental en madres y padres se asociará significativamente con mayores niveles de RRS en los bebés.

OE4. Examinar el papel modulador o mediador de las circunstancias perinatales en la relación entre el RRS y la salud mental parental.

H4.1 Las circunstancias perinatales como....actuarán como variables moduladoras o mediadoras en la relación entre la salud mental parental y el RRS en el bebé.

OE5. Evaluar la influencia de factores sociodemográficos en la relación entre el RRS y la salud mental parental.

H5.1 Factores sociodemográficos como el nivel educativo, la situación laboral, la edad de los progenitores y la percepción del nivel socioeconómico influirán significativamente en la relación entre el RRS y la salud mental parental.

3 MÉTODO

3.1. Antecedentes del proyecto de investigación

A finales del año 2013 presenté mi TFM en el Máster en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil en la Universidad de Valencia, titulado: “Validación de la escala ADBB (Guedeney, 2012): Escala sobre el retraimiento relacional del bebé en bebés recién nacidos a término sanos a los 2 y 4 meses de vida”, dirigido por la Dra. Sandra Simó Teufel y codirigida por D. Pascual Palau Subiela. Este trabajo ambicioso planteaba un plan de acción para poder realizar la validación de la escala observacional del bebé (ADBB) en España, mediante un convenio de colaboración entre la Universitat de Valencia (UV), la Asociación para la Salud Mental Infantil desde la Gestación (ASMI) -filial española de la *World Association for Infant Mental Health* (WAIMH)- y el Hospital La Fe, lugar donde había realizado mis prácticas del máster, concretamente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). La finalidad de dicha investigación fue la necesidad de dar a conocer esta escala y formar a equipos de profesionales que trabajen con bebés y sus familias en ella, dado su gran potencial de detección precoz de dificultades severas en el bebé.

Para poner en marcha la investigación para la validación de la escala observacional ADBB en atención primaria, con el respaldo de la UV y ASMI (WAIMH-España), empezamos a hacer los trámites para poder solicitar formalmente realizar la investigación en Salud Pública. Contactamos con el autor de la Escala ADBB, que había sido profesor del máster y presidente de la WAIMH, el Dr. Antoine Guedeney, y él nos puso en contacto con la entrenadora oficial de la escala en lengua castellana, la Dra. Nahir Bonifacino. El primer año, de mano del autor de la escala, recibí mi primera formación que, durante años, continuó de la mano de Nahir Bonifacino. Empezamos formando a un equipo de pediatría de Valencia, de manera becada por ASMI. A través de la formación, empezaron a surgir las sinergias de colaboración para el presente estudio. Cabe destacar la colaboración inestimable de la Dra. Julia Colomer Revuelta que, en la absoluta convicción de que este proyecto era necesario, facilitó los contactos con Sanidad, allanó el terreno de manera desinteresada y fue una de las primeras pediatras en formarse, junto a su equipo del Centro de Salud Fuente de San Luis. El

estudio tardó 3 años en ser aprobado por el Comité Ético Corporativo de Atención Primaria de la Comunitat Valenciana (CEIC APCV), ya que conllevaba la grabación en video de bebés hasta los 6 meses en la consulta pediátrica y los requisitos ético-legales para la protección de datos debían ser rigurosos, pues conllevan la exposición del rostro y cuerpo desnudo de los bebés.

En el año 2014, llevamos a cabo la primera formación en la escala ADBB en España. A día de hoy, en España, se han formado más de 900 profesionales de la salud infantil. Esta formación tiene un alto nivel de satisfacción entre los profesionales y están dándose sinergias año a año, promoviendo nuevas investigaciones en la detección temprana de riesgo en el desarrollo en los primeros meses de vida. Es en el marco de estas sinergias que la presente investigación ha podido llevarse a cabo.

Para más información sobre la escala ADBB y las investigaciones llevadas a cabo, se puede consultar la página oficial: <https://adbb-scale.com/>, o la web de ASMI (WAIMH-España): <http://www.asmi.es/investigacion/escala-adbb>

Imagen 3.1.1. Equipo de coordinación y formación de la escala ADBB en España. De izquierda a derecha de la foto: Sandra Simó Teufel, Antoine Guedeney, Nahir Bonifacino, Carla Pérez Martínez, Pascual Palau Subiela y María Romeu Devís



3.2. Diseño

La presente investigación sigue un diseño de estudio observacional transversal analítico (Veiga de Cabo et al., 2008).

Para la selección de los participantes se empleó un muestreo consecutivo durante dieciocho meses. La población de referencia son los padres, madres y bebés pertenecientes al Centro de Salud Fuente de San Luis de Valencia y el Complejo Hospitalario Torrecárdenas y Hospital de Poniente de Almería, que acudieron a consulta pediátrica entre los meses de diciembre de 2017 y junio de 2019. Dentro de esta población, se establecieron los siguientes criterios de inclusión: bebés nacidos con más de 32 SG y con un peso de más de 1500 gr., sin daños neurológicos, ni discapacidad sensorial o malformaciones ni cromosomopatías. Padres y madres sin antecedentes de salud mental y con comprensión del lenguaje comunicativo.

Los criterios de exclusión respecto a los bebés fueron:

- daños neurológicos severos que dificulten gravemente su relación con el entorno.
- discapacidad visual y/o auditiva.
- malformación mayor diagnosticada prenatal o postnatalmente.
- cromosomopatías.
- prematuros con menos de 32 semanas de gestación al nacer.
- menos de 1.500 gramos al nacer (bajo peso).

Respecto a los padres y madres, se establecieron asimismo los siguientes criterios de exclusión:

- madre o padre con trastorno mental grave diagnosticado, adicciones o trastorno de la personalidad que requieran o hayan requerido tratamiento farmacológico durante y después del embarazo.
- dificultades en el lenguaje comunicativo o analfabetismo.

Tras realizar varios cálculos del tamaño muestral necesario para la consecución de los diferentes objetivos del proyecto, se escogió el objetivo de hallar la prevalencia de la depresión postparto puesto que era el que exigía el tamaño muestral más elevado. Tomando la prevalencia de la depresión postparto en mujeres en España (10.3%) y asumiendo un error muestral de .04, el tamaño muestral requerido era de 222 familias.

Asumiendo un 10% de pérdidas, la muestra final deseada estaría conformada por 245 familias (bebé y cuidadores principales).

$$n = \frac{p \cdot q \cdot z_{0,975}^2}{e^2}$$

$$n = 221,25 \approx 222$$

A pesar de que la exigencia muestral del estudio calculada requería 222 familias, debido al costoso trabajo de recogida de datos, que conllevaba la grabación de la consulta pediátrica y el pase de cuestionarios a la madre y al padre y debido a los tiempos necesarios para finalizar el estudio, la muestra final obtenida ha sido de 114 familias.

3.2.1. Rigor del estudio

Dada la naturaleza de las escalas y los datos empleados para esta investigación, cabe considerar una serie de aspectos sobre el rigor del estudio y sobre cómo se controlaron diversos sesgos posibles.

Sesgo de selección: Se denomina así a un tipo de error sistemático que tiene su origen en la falta de representatividad de la muestra estudiada y que tiene como consecuencias la limitación de la extrapolación de las conclusiones del estudio y/o la aparición de asociaciones espurias (inexistentes) y/o la alteración de las asociaciones existentes (ocultamiento de asociaciones reales o distorsión de éstas por infra o sobreestimación del efecto). Para controlar este sesgo, se ha llevado a cabo el cálculo previo del tamaño muestral, tal como se explica en el procedimiento. Además, se realizó un muestreo consecutivo durante 12 meses de todos los bebés y padres que cumplieran con los criterios de inclusión.

Sesgo de clasificación e información: El sesgo de clasificación consiste en la presencia de errores en la medición, los cuales pueden tener su origen en el investigador o en la persona investigada. Para controlar este sesgo se elaboró un protocolo preciso para la recogida de datos (donde se detallan los procesos, personas e instrumentos relacionados con la obtención de datos), así como el entrenamiento adecuado de las personas encargadas de la recogida de datos. En relación con el protocolo de obtención de datos desde material audiovisual, los videos fueron codificados con la escala

observacional ADBB siguiendo la metodología “doble ciego”, por un equipo de tres analistas previamente formados que no conocen a la familia ni al bebé. La codificación de cada vídeo se llevó a cabo por una persona del equipo, incluida la doctoranda, y fue luego ratificada por las otras dos personas, buscando el consenso total del equipo de analistas. En cuanto a las demás medidas, obtenidas a través de cuestionarios y entrevista, cabe mencionar el control realizado a través de: la utilización de definiciones operativas inequívocas de los eventos a estudiar (con categorías excluyentes y exhaustivas para las variables cualitativas o categóricas y precisando las escalas y/o unidades de medida para las cuantitativas); el establecimiento de codificaciones en la recogida de datos para mejorar su posterior procesamiento; el empleo de normas estandarizadas de medida para todos los sujetos así como instrumentos estructurados y calibrados/validados; el mantenimiento de controles a lo largo de todo el proceso (evaluaciones intermedias de la información recogida, reuniones con las personas encargadas de la recogida de datos, etc.); y la aplicación de medidas que eviten la influencia de la persona que recoge los datos sobre la persona estudiada (efecto del investigador y/o Hawthorne). En el caso de los datos recogidos mediante entrevista, se realizó el fraccionamiento de la recogida en más de una entrevista si fue necesario. Por último, se realizó una prueba piloto para valorar la idoneidad y viabilidad de los métodos e instrumentos previa a la recogida de datos.

Sesgo de confusión. El sesgo de confusión se produce cuando la asociación entre dos variables está distorsionada por el efecto de una tercera variable, la cual influye en la variable dependiente. Para el control del sesgo de confusión, hemos utilizado las variables control.

3.3. Procedimiento

Durante los años 2016 y 2017 se llevaron a cabo reuniones de información a los/as pediatras de los centros de salud para pedir su colaboración en el estudio. Finalmente, se contó con la colaboración de los centros de salud pública: a) Centro de Atención Primaria Fuente de San Luis (Departament de Salut de València- Doctor Peset), b) Complejo Hospitalario de Torrecárdenas (Servicio Andaluz de Salud), y c) Hospital de Poniente (Servicio Andaluz de Salud).

Tras la elaboración del diseño de investigación para la investigación “Relación entre el retraimiento relacional sostenido y la salud mental parental durante los seis primeros meses de edad del bebé”, se obtuvieron los informes favorables del Comité de Ética de la Universidad de Valencia para el estudio de investigación en humanos (7/11/2016, nº procedimiento H1476699437339, Anexo I) y del Comité de Ética de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana (CEIC-APCV) (30/11/2017, nº acta 90/2017, Anexo II), asegurando el cumplimiento de los derechos humanos en la investigación según la Declaración de Helsinki. También se obtuvo la colaboración oficial del Servicio Andaluz de Salud con la firma del documento de Idoneidad de las instalaciones para nuestro proyecto (25/09/2017, Anexo III). Respecto a esto, en la evaluación beneficio-riesgo para los sujetos de investigación se concluyó que la participación en la investigación no conllevaba ningún riesgo a las familias; mientras que se identificaron como beneficios: la detección precoz de posibles alteraciones en la salud mental del bebé, y la detección de la Depresión postparto en los padres y su posterior derivación a servicios especializados. Los beneficios identificados para los profesionales sanitarios eran la sensibilización en el desarrollo psicológico perinatal y en la interacción Padre/Madre/Bebé. La investigación “Relación entre el retraimiento relacional sostenido y la salud mental parental durante los seis primeros meses de edad del bebé” dio lugar al título de la Tesis actual.

Todos los datos de carácter personal de los/as pacientes y las puntuaciones de los cuestionarios son completamente anónimos, ajustándose a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), utilizando un número de codificación que únicamente la investigadora principal y colaboradoras/es conocen. El estudio está inscrito en el Registro General de Protección de Datos para hacer posible el ejercicio de los derechos de información, acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos regulados en los artículos 14 a 17 de la LOPD, realizándose la inscripción de Creación de Fichero de Titularidad Privada en la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), con número de registro 342955/2016, en fecha 19.10.2016. Para garantizar y proteger la privacidad de los participantes, todo el personal que participó en la investigación y/o trabajó con los datos del estudio firmó un acuerdo de confidencialidad. En este acuerdo, el investigador se compromete a que todos los datos serán tratados con estricta confidencialidad y no serán compartidos con terceros que no sean parte del estudio. No es posible anonimizar las imágenes grabadas, pixeladas o de cualquier otra forma, para que no se identifique a los/las

niños/as porque la expresión facial es importante en la investigación; pero las grabaciones de los vídeos y otros datos no anónimos permanecerán en custodia en la Universidad de Valencia. El material de la grabación en vídeo solamente se utilizó para fines de investigación y se almacenó después en una ubicación segura en la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia. El material de la grabación en vídeo podrá ser utilizado para fines de enseñanza (clases, talleres, conferencias), si los participantes dan su consentimiento explícito por escrito. Todo el material se conservará 5 años después de la realización del estudio, no pudiendo ser cedido a terceros bajo ningún concepto. Después de este plazo, a excepción del material gráfico de las familias que hayan dado su consentimiento informado para poder ser utilizado para fines de enseñanza, será destruido. Las personas responsables del material son María Romeu-Devís como Investigadora Principal y doctoranda y la Dra. Sandra Simó-Teufel, PPL del Departamento de Psicología Básica, y coinvestigadora del estudio.

Una vez clarificado el diseño del estudio y obtenida la aprobación de los comités éticos correspondientes, se inició la recogida de datos. Para ello, el equipo de pediatría y enfermería del centro de atención primaria realizó la preselección de la muestra, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, explicando brevemente el objetivo y características de la investigación y haciendo entrega de una breve información escrita acerca del proyecto para que las familias valorasen su participación en el estudio. En caso de que aceptasen participar en el estudio, se llevó a cabo la primera toma de contacto con las familias por parte de la doctoranda e IP del proyecto, generalmente en la visita pediátrica de los 15 días de edad del bebé. En esta visita se entregó a las familias la “Hoja de información al paciente y/o representante legal del/de la menor” (Anexo IV) y el “Consentimiento informado”, de obligada cumplimentación por quien o quienes ostenten la patria potestad del/la menor (Anexo V). Solo una familia decidió no participar en el estudio.

Una vez obtenido el Consentimiento Informado, el equipo de enfermería de las consultas de los centros de salud colaboradores informó a la doctoranda de los días en que las familias tenían programada la consulta de pediatría rutinaria (1, 2 y 6 meses), cuando se llevó a cabo la recogida de información. Concretamente, los cuestionarios y las entrevistas fueron realizadas entre los 15 días y 6 meses de vida del bebé, tras la consulta pediátrica, dejando un espacio de tiempo por si las familias necesitaban cambiar y/o alimentar al bebé. En caso de no estar los dos progenitores presentes, se

entregó una copia al progenitor que acompañaba al niño a la consulta pediátrica con el fin de que lo entregase al otro progenitor. Asimismo, a aquellas personas que no les fue posible contestar los cuestionarios presencialmente, se les facilitó hacerlo mediante una llamada telefónica. Por otro lado, la escala ADBB fue empleada entre los 2 y 6 meses de vida del bebé. En la consulta, durante la evaluación pediátrica rutinaria del bebé (que dura unos 8-10 minutos) y en presencia del adulto que se encarga habitualmente del bebé, se realizaba una grabación en vídeo de la interacción del bebé con la pediatra; que más tarde se codificaba asegurando un formato de “doble ciego” y consenso total por el equipo de analistas, tal como se explica en el apartado de rigor del estudio.

El protocolo al respecto del cribaje de detección masiva era el siguiente:

- En los casos en los que se detectó algún signo de alarma en el bebé con la escala observacional ADBB, se avisó inmediatamente a pediatría y se hizo un seguimiento hasta los 6 meses. Los bebés que se clasificaron como retrasados a los dos meses de edad fueron derivados a servicios especializados, generalmente realizando una derivación desde el centro de atención primaria a atención temprana.
- A las familias en que al menos uno de los progenitores, a las 8 semanas post-parto, presentaban síntomas de DPP, se les hizo el seguimiento longitudinal hasta los 6 meses de edad del bebé desde la Consulta pediátrica del Centro de Salud correspondiente, y fueron derivados a servicios especializados.

Por último, cabe señalar que los recursos económicos para la realización del estudio (ordenador personal, cámara de vídeo, gastos de fotocopias y material de oficina, etc.) fueron aportados por ASMI (WAIMH-España). Los recursos humanos no obtuvieron remuneración monetaria por la participación en el estudio, ni tampoco los sujetos de estudio ni sus familias.

Imagen 3.2.1. Equipo de pediatría y enfermería pediátrica del Centro de Salud de Fuente de San Luis de Valencia durante una sesión clínica del uso de la escala ADBB en consulta en el contexto de la presente investigación (2018).



3.4. Participantes

En el estudio han participado 114 familias de Valencia ($n = 69$, 60.5%) y Almería ($n = 45$, 39.5%). Hemos tomado la muestra en su conjunto por partir de características sociodemográficas muy similares en las dos provincias. A continuación, se describen las características de las muestras de bebés y cuidadores por separado.

Tabla 3.1.
Características de la muestra de bebés

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
Semanas de gestación	114	32	41	39.17	1.579
Apgar 1	108	6	10	9.25	0.763
Apgar 2	108	9	10	9.95	0.211
Peso al nacer	114	2015	4760	3213.20	470.006

Nota: La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. Un puntaje de 7, 8 o 9 es normal y es una señal de que el recién nacido está bien de salud.

Tal como se presenta en la Tabla 3.1, los bebés ($n = 114$) tenían una edad de entre 32 y 41 semanas de gestación al nacer, con una media de 39.17 semanas ($D.T. = 1.579$). Un 52.6% eran niñas ($n = 60$) y un 47.4% ($n = 54$), niños. Presentan un APGAR 1 entre 6 y 10 con una media de 9.25 ($D.T. = 0.763$) y un APGAR 2 entre 9 y 10 con una media de 9.95 ($D.T. = 0.211$). El peso al nacer osciló entre 2015 gr. y 4760 gr., con una media de 3213.20 gr. ($D.T. = 470.006$). La persona cuidadora principal del bebé es en el 82.5% ($n = 94$) de los casos la madre y en el 17.5% ($n = 20$) de los casos tanto el padre como la madre por igual.

Tabla 3.2.

Características de la muestra de progenitores (variables cuantitativas)

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
MADRES					
Edad	114	18	45	32.95	5.711
Nº de hijos	114	1	4	1.44	0.610
PADRES					
Edad	105	17	54	35.18	6.079
Nº de hijos	105	1	5	1.58	0.815
PAREJA					
Años de relación	105	1	21	9.07	5.113

Tabla 3.3.

Características de la muestra de progenitores (variables nominales)

		Madres		Padres	
Variables		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nivel de estudios	Primarios	17	14.90	25	23.80
	Medios	31	27.20	33	31.40
	Superiores	66	57.90	47	44.80
Ocupación	Empleo	100	87.72	103	98.20
	Desempleo	14	12.28	2	1.80
Percepción de nivel socioeconómico	Insatisfactoria	15	13.20	12	11.50
	Satisfactoria	90	78.90	81	77.90
	Muy satisfactoria	9	7.90	11	10.60
Nacionalidad	Española	92	80.70	84	80
	Latina	15	13.16	7	6.67
	Otras	7	4.40	6	5.30
Consumo de tóxico	Ninguno	92	80.70	67	58.77
	Tabaco	13	11.40	20	17.54
	Alcohol	3	2.63	10	8.77
	Ambos	1	0.88	7	6.14
	Otros	0	0	1	0.88
Problemas de salud	Si	26	22.80	11	10.30
	No	88	77.20	96	89.70

En las tablas 3.2 y 3.3 se presentan los datos socio-demográficos de madres y padres. Las madres ($n = 114$) tienen una edad de entre 18 y 45 años, con una media de 32.95 años ($D.T. = 5.71$). En cuanto al número de hijos, las mujeres han tenido entre 1 y 4 hijas/os, con una media de 1.44 ($D.T. = 0.610$). En cuanto al nivel de estudios, 57.9% de las madres tienen estudios superiores; un 27.2%, estudios medios; y un 14.9%, estudios primarios. De 114 madres, el 12.28% de las madres se encuentra en situación de desempleo. En cuanto a la percepción de las madres respecto a su situación económica actual, el 13.2% la califica como “insatisfactoria”, el 78.9% como “satisfactoria” y el 7.9% como “muy satisfactoria”. En cuanto a la nacionalidad, el 80.7% tiene nacionalidad española, un 13.1620% tiene diversas nacionalidades de América Latina, y el resto provienen de Rumania (2.6%), Polonia (0.9%) y Alemania (0.9%). Las madres migrantes (18.6%) llevan entre 1 y 18 años viviendo en España, con una media de 8.7 años ($D.T. = 5.079$). En cuanto al consumo de tóxicos, las madres que no consumen ningún tipo de tóxico representan el 80.7% de la muestra. El 11.4% consume tabaco, el 2.63% consume alcohol y el 0.9% consume tabaco y alcohol. En cuanto a la existencia de problemas de salud, el 22.8% de las madres presenta algún problema. De este porcentaje que sí presenta problemas de salud, un 16% corresponde a “asma” y otro 16% a “tiroides”, un 12% a “alergias”, un 8% a “anemia” y otro 8% a “problemas renales”, el resto se reparte en diversas clínicas. Por último, el 7.9% ($n = 8$) de las madres forman familias monomarentales, es decir, han sido madres solteras por diferentes motivos y no conviven con una pareja. Una de ellas ha terminado su relación de pareja justo después del parto.

Los padres ($n = 105$) tienen una edad de entre 17 y 54 años, con una media de 35.18 años ($D.T. = 6.08$). En cuanto al número de hijos, los hombres tienen entre 1 y 5 hijas/os, con una media de 1.58 ($D.T. = 0.82$). En cuanto al nivel de estudios, el 44.85 de los padres tienen estudios superiores; un 31.4%, estudios medios; y un 23.8% estudios primarios. El 1.8% de los padres se encuentra en situación de desempleo. En cuanto a la percepción de los padres respecto a su situación económica actual, el 11.5% la califica como “insatisfactoria”, el 77.9% como “satisfactoria” y el 10.6% como “muy satisfactoria”. En cuanto a la nacionalidad, el 80% tiene nacionalidad española, un 6.67% tiene diversas nacionalidades de América Latina, y el resto de Rumania (3.5%), Italia (0.9%) y Bélgica (0.9%). Los padres migrantes ($n = 8$) llevan entre 1 y 35 años

viviendo en España, con una media de 10.69 años ($D.T. = 8.55$). En cuanto al consumo de tóxicos, los padres que no consumen ningún tipo de tóxico representan el 58.77% de la muestra. El 17.54% consume tabaco, el 8.77% consume alcohol y el 6.14% consume tabaco y alcohol; además un 0.9% consume “otros tóxicos”. En cuanto a los problemas de salud, el 10.3% de los padres presenta algún problema. De este porcentaje que sí presenta problemas de salud, un 33.3% tiene “hipertensión”, 22.2% tiene “alergias”, un 22.2% tiene “problemas cardíacos” y un 11%, “colesterol”.

En relación con la variable “personas que viven en casa”, hubo 7 casos sin información (6.1%). Del resto, un 0.9% ($n = 1$) informa que vive en unidades familiares de 2 personas; el 49.5% ($n = 53$) en unidades familiares de 3 personas; el 34.6% ($n = 37$) en familias de 4 personas; el 9.3% ($n = 5$) en familias de 5 personas; y el 5,6% ($n = 6$) en familias de 6 personas.

3.5. Variables e Instrumentos

Para el presente estudio se han definido tres grupos de variables: las variables sociodemográficas de descripción de la muestra (descrita en el apartado anterior), las variables de las hipótesis a estudiar o variables de estudio (RRS, DPP, ansiedad y estrés parental) y las variables potenciales de confusión (circunstancias perinatales). A continuación, se describen estas variables y los instrumentos empleados para su evaluación.

Las **variables sociodemográficas de los padres y el bebé** se evaluaron mediante entrevista *ad hoc*. Los datos sociodemográficos de los padres incluyen las siguientes variables: edad, nivel de estudios (primario, medio, superior), ocupación laboral (empleado, desempleado), percepción de nivel socioeconómico (insatisfactorio, satisfactorio, muy satisfactorio), nacionalidad y tiempo de residencia en España. Además, se evaluaron otras variables parentales relacionadas con el consumo de tóxicos (alcohol, tabaco, ambos, otros) y la presencia de problemas de salud. Respecto a la pareja se preguntaba por los años de relación, si conviven y en ese caso años de convivencia y número de personas que conviven en el hogar. Los datos sociodemográficos del bebé incluyen la identificación del cuidador principal (madre, padre, ambos), fecha de nacimiento, edad gestacional, APGAR (tomado en dos

momentos al nacer con una variación de 4 minutos, al primer minuto de vida y al quinto minuto) y peso al nacer.

Las **circunstancias perinatales** se evaluaron asimismo mediante entrevista *ad hoc* e incluían dos tipos de variables, que fueron informadas por la madre: objetivas y subjetivas (Tabla 3.4). Estas variables hacen referencia a tres momentos: (a) antes o durante el embarazo, como la historia gestacional, planificación del embarazo o acontecimientos significativos durante el embarazo, entre otras; (b) el parto, como el tipo de parto, acompañamiento o vivencia subjetiva; y (c) el postparto, como si hubo contacto precoz, tipo de lactancia o percepción emocional. Las variables “Grado de satisfacción con la calidad del acompañamiento” y “Grado de satisfacción con la pareja” fueron evaluadas de forma retrospectiva respecto a los tres momentos: antes, durante y después del parto. Además, se evaluó el grado de satisfacción general con la pareja.

Tabla 3.4.

Circunstancias perinatales

Circunstancias perinatales	Objetivas	Subjetivas
Durante el embarazo o preparto:	• Historia gestacional (número de gestaciones y abortos) • Tratamientos de reproducción asistida (sí/no) • Embarazo planificado (sí/no) • Clases de preparación al parto (sí/no) y quién	• Grado de satisfacción con la calidad del acompañamiento (bajo, medio, alto) • Grado de satisfacción con la pareja (bajo, medio, alto) • Acontecimientos significativos durante el embarazo (sí/no) y cuáles
Durante el parto:	• Tipo de parto (natural, cesárea) • Uso de epidural (sí/no) • Acompañamiento durante el parto (sí/no) y quién	• Grado de satisfacción con la calidad del acompañamiento (bajo, medio, alto) • Grado de satisfacción con la pareja (bajo, medio, alto) • Vivencia del parto (positiva, negativa, media)
Durante el postparto:	• Contacto precoz con el bebé tras el parto (sí/no) • Tipo de lactancia (materna/de fórmula/mixta) • Patologías gestacionales (sí/no) y cuáles	• Grado de satisfacción con la calidad del acompañamiento (bajo, medio, alto) • Grado de satisfacción con la pareja (bajo, medio, alto) • Percepción emocional del posparto (bien/mal) • Solicitud de ayuda psicológica en posparto (sí/no)

El Retraimiento Relacional Sostenido (RRS) en el bebé se evaluó mediante la observación de signos de alarma en el bebé que permite la escala observacional ADBB (*Alarme Détresse Bébé*) (Guedeney & Fermanian, 2001). Se trata de una escala observacional de fácil implementación, pudiéndose aplicar en distintas situaciones clínicas, como las visitas o revisiones pediátricas rutinarias, donde es posible observar la interacción que se produce entre el bebé y los distintos profesionales de enfermería y/o pediatría (o contextos similares); es decir, mide el grado de retraimiento del bebé en su relación con el pediatra en presencia de su cuidador principal. El pediatra, después del debido entrenamiento, será capaz de valorar el grado de retraimiento mientras hace su exploración habitual en su consulta. En el presente estudio, esta variable se evaluó mediante la codificación de las grabaciones de la consulta pediátrica rutinaria en las distintas edades (entre los 2 y 6 meses de edad).

El retraimiento relacional sostenido del bebé es un indicador comportamental y observable valioso que nos informa de la falta de bienestar somático y/o socioemocional temprano. La escala ADBB proporciona un método estructurado para su evaluación, permitiendo una detección oportuna e intervenciones adecuadas que pueden marcar una diferencia significativa en el desarrollo infantil. Además, la salud mental materna y paterna juega un papel fundamental en la calidad del vínculo con el bebé, por lo que su evaluación y apoyo son esenciales en la promoción del bienestar infantil. La escala ADBB está concebida para que el profesional sanitario (enfocado al pediatra en la consulta rutinaria) pueda obtener toda la información a través de la observación del bebé. Es fácil y rápida tanto de administrar como de corregir. Permite detectar rápidamente cualquier signo de retraimiento, lo que permite derivar para hacer exploración más profunda a especialista de Salud Mental Perinatal e Infantil. Detectaría los primeros signos de alarma que hacen necesaria una exploración más profunda y detallada del bebé para hacer una exploración más profunda sobre qué variables están influyendo sobre el retraimiento. Debemos de tener en cuenta que evaluación es intervención y que la mirada de la pediatra sobre el bebé ya está generando en los padres cambios en su mirada.

Figura 3.1. Ítems y subescalas de la escala ADBB

FACTOR I: Interpersonal	2) Contacto Visual:	contacto visual espontáneo, fácil y prolongado
	3) Nivel general de actividad:	movimientos frecuentes y espontáneos del torso, de la cabeza y de las extremidades
	4) Gestos de auto estimulación:	ausencia de auto-estimulación
	7) Capacidad de establecer una relación:	aptitud del niño para relacionarse con el observador, el examinador o cualquier persona presente en la sala, excepto la que se ocupa habitualmente de él
	8) Atractividad o grado de atracción del bebé:	esfuerzo de atención necesario para permanecer en contacto con el niño, sentimiento de placer o de inquietud que procura el contacto con el niño, y el sentimiento subjetivo de la duración del examen.
Factor II: no interpersonal	1) Expresión facial:	rostro espontáneamente móvil, expresivo, animado por frecuentes cambios de expresión
	5) Vocalizaciones:	vocalizaciones positivas espontáneas frecuentes, más bien alegres y moduladas, gritos o llantos breves en respuesta a una sensación desagradable
	6) Vivacidad de la respuesta a la estimulación	rapidez y vivacidad de la reacción a la estimulación en el transcurso del examen

La escala indica la observación de 8 ítems considerados como signos de alarma en el bebé e indicativos de retraimiento (Figura 1). El análisis factorial original de la escala extrajo 2 factores ortogonales que explicaron el 63.3% de la varianza (Guedeney & Fermanian, 2001). El Factor I lo compusieron 5 ítems: Contacto visual, Actividad corporal, Gestos de auto-estimulación, Relación, y Atractividad o grado de atracción del niño/a; mientras que el Factor II lo componen: Expresión facial, Vocalizaciones y Vivacidad de la respuesta a la estimulación. El Factor I se catalogó como interpersonal, y el Factor II, no interpersonal, más ligado al temperamento del niño/a. Los ítems se

puntúan con una escala tipo Likert de 5 alternativas de respuesta. Las puntuaciones se comprenden entre 0 y 4 puntos; siendo 0 indicador de salud, observando una respuesta normal ante la estimulación, y una búsqueda activa de interacción. Se adjudica 1 punto cuando hay menos despliegue emocional y social, con disminución de conducta; 2 puntos cuando el despliegue se da bajo estímulo; 3 puntos cuando, aun habiendo un estímulo, no hay despliegue; y 4 puntos cuando se aleja extremadamente de lo que se espera observar. Así, se puede obtener una puntuación entre 0 y 32 puntos, dividiéndose en tres rangos diferenciados: 0-4: sin retraimiento; 5-9: retraimiento leve; 10-32: retraimiento severo. Es importante aclarar que, a los bebés nacidos prematuramente, se les evaluó de acuerdo con su edad corregida.

Respecto a las características psicométricas de la escala ADBB, se observó una buena validez de contenido, basada en las respuestas de siete expertos que participaron en la validación (Guedeney & Fermanian, 2001). La escala obtuvo también una buena validez de criterio: primero, como medida de la reacción de retraimiento del bebé, con una buena correlación entre enfermería y pediatría en el ADBB ($r = .84$); y segundo, como un procedimiento de *screening* para detectar el riesgo en el desarrollo del lactante. En ese estudio, fue considerado un punto de corte de 5, con una sensibilidad de 0.82 y una especificidad de 0.78, por lo que se consideró óptima para los fines de detección propuestos en la presente investigación. Además, este punto de corte se ha observado de forma transcultural como muestran estudios en Francia (Guedeney et al., 2001, 2006, 2012), España (en el presente estudio), Marruecos (Chkirate et al. 2021), Finlandia (Molteno et al., 2014; Puura et al., 2010), Israel (Dollberg et al., 2006), China (Zhou et al. 2021), Italia (De Rosa et al., 2010) y Brasil (Facuri Lopes et al., 2008). La escala ADBB ha mostrado validez predictiva en la detección temprana de signos de autismo, concretamente, una fuerte asociación con la Escala de Evaluación de Comportamientos Autísticos en el bebé (ECA-N) (Wendland et al., 2010). Por último, la fiabilidad fue satisfactoria con una buena consistencia interna (Alpha de Cronbach) para las subescalas ($\alpha = .80$ para factores interpersonales y $\alpha = .79$ para factores no interpersonales), así como para la escala global ($\alpha = .83$). El procedimiento test-retest señalaba también una buena estabilidad temporal ($r = .90$ y 0.84 para las distintas evaluaciones test-retest).

Respecto a la **salud mental parental**, se evaluaron tres variables:

En primer lugar, la **depresión postparto** en madres y padres se evaluó mediante la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS) (Cox et al., 1987), que se considera en la actualidad el *gold standard* para la detección de síntomas depresivos en el postparto (Gutiérrez-Zotes et al., 2018). La EPDS permite evaluar el estado de ánimo en el puerperio mediante 10 ítems puntuables de 0 a 3, indicando la intensidad o frecuencia del síntoma/ítem en los últimos 7 días. Mayores puntuaciones indican mayor riesgo de depresión. El mejor punto de corte que se ha encontrado en la validación española, realizada en mujeres y empleada en la presente investigación, fue 10-11, con el que se detectaron todos los casos de depresión mayor (García-Esteve et al., 2003). En este estudio, la sensibilidad fue del 79% y la especificidad del 95.5%, con un valor predictivo positivo del 63.2% y un valor predictivo negativo del 97.7%. Existe una validación de la escala para hombres realizada en la Universidad de Sidney (Matthey et al., 2001) que, con los mismos ítems, emplea un punto de corte dos puntos por debajo que el utilizado en mujeres. La consistencia interna (Alpha de Cronbach) de la EPDS para hombres fue de $\alpha = .81$, similar a la obtenida por Cox et al. (1987) para mujeres, $\alpha = .87$. La fiabilidad de dos mitades (Spearman-Brown) fue de .78, en comparación con la de 0,88 reportada por Cox et al. (1987) en su muestra de 84 madres. Los ítems 9 y 10 (llanto y autolesión, respectivamente) muestran las correlaciones ítem-total más bajas, de .30 y .24, respectivamente, mientras que los demás ítems presentaron correlaciones ítem-total que oscilaron entre .44 y .65 (Matthey et al., 2001). En cuanto a la estructura factorial del instrumento, en la validación española se ha observado el ajuste del modelo de tres factores de la versión original: ansiedad (4 ítems, p.e. “Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal”, “Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo”), depresión (3 ítems, p.e. “Me he sentido triste o desgraciada” o “Me he sentido tan infeliz que he estado llorando”) y anhedonia (3 ítems, como “He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas” o “He mirado las cosas con ilusión”) (Gutiérrez-Zotes et al., 2018).

En segundo lugar, la **ansiedad parental** se evaluó mediante la versión española del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI S/R) (Spielberger et al., 1982), en su adaptación española por TEA Ediciones (Buela-Casal, et al., 2015) que consta de 40 ítems con respuesta tipo likert de 0-3 puntos, donde: 0.

Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho. El Cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). Ansiedad estado (A/E) se describe como un estado o condición emocional transitoria del ser humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. Ansiedad rasgo (A/R) consiste en una propensión ansiosa relativamente estable que diferencia a los individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (A/E). La ansiedad rasgo es similar a los constructos llamados “motivos” o “disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación”, o bien “disposiciones comportamentales adquiridas”.

- 20 ítems componen la escala de ansiedad Estado (A-E) que evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo, que se administran con la instrucción “Indique cómo se SIENTE VD. AHORA MISMO” con ítems como: “*Me siento calmado*”, “*Me siento seguro*”, “*Me siento tenso*” o “*Estoy contrariado*”;
- y otros 20 la escala de Ansiedad Rasgo (A-R), que señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras, que se administran con la instrucción “Indique cómo se SIENTE VD. EN GENERAL” con ítems como: “*Me siento bien*”, “*Me canso rápidamente*”, o “*Siento ganas de llorar*”.

La puntuación para cada escala puede oscilar entre 0 y 60, indicando los valores altos, mayores niveles de ansiedad.

Por último, el **estrés parental** se evaluó mediante la escala de estrés parental (*Parental Stress Scale*, PSS) (Berry & Jones, 1995) en su versión española, que ha mostrado una adecuada validez factorial y de criterio, así como una adecuada fiabilidad de consistencia interna (Oronoz et al., 2007). La versión final en español consta de 12 ítems con una escala de respuesta Likert de 5 puntos en un rango que indica “totalmente en desacuerdo” (1) a “totalmente de acuerdo” (5). Tras el cribado inicial, los autores obtuvieron solución de dos factores: Estresores, que incluye 7 ítems como “*La mayor fuente de estrés en mi vida es mi hijo/a*” o “*Tener un hijo/a deja poco tiempo y flexibilidad*”

en mi vida”; y Recompensas por el bebé, la cual incluye 5 ítems como “Me siento feliz en mi papel como padre/madre”, “Me siento muy cercano/a a mi hijo/a” o “Disfruto pasando tiempo con mi hijo/a”. La puntuación de la escala oscila entre 0 y 60, indicando valores bajos, mayores niveles de estrés parental.

Tabla 3.5. Instrumentos de evaluación de la investigación

Nombre de la Escala	Dimensiones Evaluadas	Rango de Puntuación	Punto(s) de Corte	Justificación Em-pírica	Fuente Biblio-gráfica
EPDS (Edinburgh Post-natal Depression Scale)	Depresión post-parto: anhedonia, ansiedad, depresión	0–30	≥11 (madres), ≥9 (padres)	Validación española: sensibilidad 79%, especificidad 95.5%. En padres, punto de corte 2 puntos menor.	Cox et al., 1987; García-Esteve et al., 2003; Matthey et al., 2001
STAI (State-Trait Anxiety Inventory)	Ansiedad Estado (AE) y Rasgo (AR)	0–60 por subes-cala	Interpretación por rangos (bajo, medio, alto)	Evaluación de ansiedad transitoria y disposicional. Validado en población española.	Spielberger et al., 1982; Buela-Casal et al., 2015
PSS (Parental Stress Scale)	Estrés parental: estresores y recompensas	12–60	No estandarizado; se interpretan por terciles	Validación española con buena fiabilidad ($\alpha > .85$)	Berry & Jones, 1995; Oronoz et al., 2007
ADBB (Alarm Distress Baby Scale)	Retraimiento relacional sostenido: contacto visual, expresión facial, vocalizaciones, etc.	0–32	0–4: sin retraimiento; 5–9: leve; ≥10: severo	Punto de corte de 5 validado transculturalmente (sensibilidad 0.82, especificidad 0.78)	Guedeney & Fermanian, 2001

3.6. Análisis de Datos

Los estudios estadísticos se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS en su versión 22.0 y el programa MPlus, con el apoyo del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos y el Departamento de Metodología de la Facultad de Psicología de la Universitat de Valencia.

En primer lugar, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de las variables, siendo estos la media, la mediana, la desviación típica, el mínimo y el máximo, la asimetría y la curtosis. A continuación, se analizó el cumplimiento de la normalidad en las variables a través de la prueba de normalidad Kolgomorov-Smirnof (KS) considerándose que se incumpliría en aquellas variables en las que la prueba fuera estadísticamente significativa ($p \leq .05$). Además, se justificaba debido a la falta de simetría o a una curtosis desmedida positiva o negativamente. Por último, se valoraron las propiedades psicométricas de los instrumentos en esta muestra. En concreto, se realizaron análisis de fiabilidad estimada a través de la consistencia interna de las escalas (Alpha de Cronbach), análisis factorial exploratorio (AFE) para ver las dimensiones en la muestra analizada y análisis factorial confirmatorio (AFC) para validar la dimensionalidad teórica del constructo.

Para el AFE, los métodos de extracción empleados fueron Componentes Principales y los métodos de rotación fueron Varimax (ortogonal). Se siguieron los criterios de selección del número de factores a extraer (Ruiz & San Martín, 1992b) y la regla de Kaiser-Guttman (Guttman, 1953; Kaiser, 1960) de extracción de los autovalores superiores a 1 ($K = 1$) y el gráfico de sedimentación de Catell (1966), el cual designa que el número de factores sea el punto anterior al que la pendiente se hace casi cero y se considera residual. Se utilizó la prueba de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para comprobar el ajuste de los datos a un modelo factorial adoptando para ello el criterio de Kaiser (1974), en el que los valores de KMO mayores a 0.80 son buenos, entre 0.50 y 0.70 son aceptables y menores de 0.50 son inaceptables. También se realizó la prueba de esfericidad de Barlett (1951), siendo $p \leq .05$ el valor que rechaza la hipótesis nula de que la matriz de correlaciones es igual a la matriz identidad. Para el AFC, mediante el que se comprueban los resultados de los análisis exploratorios, se empleó el método de estimación de máxima verosimilitud (ML) debido a que en muestras grandes es un estimador insesgado, consistente, eficiente, está libre de escala (los cambios en las escalas de las variables no cambia los resultados de los estimadores

estandarizados) y además la función de ajuste al multiplicarla por $n-1$ aproxima a chi-cuadrado (χ^2), permitiendo disponer de pruebas estadísticas de ajuste en los modelos. Por otra parte, ML tiene un problema fundamental y es que se basa en el supuesto de normalidad multivariante, las variables deben ser normales individualmente en la población y normales en todos los valores de las otras variables. Por ello, es recomendable el uso de estimadores robustos de Satorra-Bentler, los MLM. Otro tipo de estimadores que son robustos a la falta de normalidad y son mejores ante las variables ordinales, son familia de mínimos cuadrados ponderados WLS (weighted least squares); de los cuales Mplus hace los valores corregidos por medias y varianzas (WLSMV) y es el que se utilizará en los estudios.

Los resultados de los AFC se analizaron mediante diversos índices de ajuste:

- Índices basados en el valor mínimo de la función de discrepancia ($F_{\min}$) y en el valor absoluto. El test χ^2 contrasta la hipótesis de residuos nulos y su valor depende del tamaño de la muestra y del modelo propuesto (Bentler, 1990). El programa MPlus ofrece dos índices basados en los índices absolutos, el SRMR (*Standardized Root Mean Square residual*) que mide la cuantía de los residuales y el RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) que emplea el parámetro de no centralidad y mide la falta de ajuste promedio por grado de libertad. Ambos estadísticos oscilan entre 0 a 1 y tienen como puntos de corte los siguientes: valores superiores a .10 indican ajuste inaceptable; entre .08 y .10, ajuste mediocre; entre .05 y .08, aceptable; e inferiores a .05, buen ajuste (Hu & Bentler, 1999).
- Índice de ajuste comparativo o incremental. Mide el incremento en la varianza explicada por el modelo respecto a algún modelo de referencia, considerado el modelo de independencia (Bentler & Bonett, 1980), este modelo es típicamente nulo o sin ninguna relación entre las variables. Los dos más empleados son el *Comparative Fit Index* (CFI) y el *Non-Normed Fit Index* o *Tucker-Lewis Index* (NNFI o TLI). Ambos oscilan entre 0 y 1. El punto de corte es .90, siendo por debajo el modelo susceptible de mejorarse; mientras que los valores por encima de .95 indican buen ajuste. La diferencia entre ambos es que los índices NNFI puede exceder 1 haciéndolo un poco complicado de interpretar.
- Índice de ajuste para comparar modelos. Son índices creados para comparar cuando se tienen dos o más modelos teóricos. Los ajustes más empleados son el *Akaike Information Criterion* (AIC) y el *Bayes Information Criterion* (BIC),

aceptándose el modelo con el valor obtenido más bajo. El BIC se considera más fiable.

Para analizar las relaciones entre las variables de estudio, se consideró si las variables eran nominales o cuantitativas. En el caso de que ambas variables fueran nominales, se empleó la prueba χ^2 (chi-cuadrado); si ambas eran cuantitativas, se empleó el análisis de correlación de Pearson; y si una de las variables era nominal y la otra cuantitativa, se emplearon la prueba t de Student para las nominales de 2 valores y la prueba ANOVA para las nominales de más de dos niveles, realizándose de comparación entre grupos a través de la prueba post hoc Bonferroni cuando las comparaciones se hacían con más de dos grupos. En los resultados presentamos la diferencia entre las medias de los grupos (DM)

Para analizar los modelos de regresión lineal, se construyeron modelos de regresión logística multivariante con la variable Retraimiento Relacional como variable dependiente. Para decidir qué variables explicativas habría que incluirse en los análisis multivariantes se tuvieron en cuenta las relaciones entre las variables de estudios explicadas en el paso anterior. Considerándose como valor de umbral el valor de $p = .05$, se utilizó el modelo estadístico de regresión logística ya que no requiere el cumplimiento de los supuestos de normalidad y homocedasticidad, y además permite la inclusión directa de variables predictoras nominales. Hay que indicar que la dicotomización de la variable dependiente suele suponer una pérdida de información, aunque según estudio de Taylor et al. (1996) esa pérdida es mayor cuando la distribución resultante de la categorización es asimétrica. Los pasos para realizar los análisis de regresión fueron los siguientes: 1) se analizó la asociación entre cada variable predictora y las variables a modelar, considerando un valor de significación de $\alpha = .25$, siguiendo las recomendaciones de Bedel y Afifi (1977), que mostraron que el empleo de umbrales más pequeños en las exploraciones previas conduce a la eliminación de variables que luego son importantes al considerarse conjuntamente con otras variables en modelos multivariantes; y 2) se comprobaron los efectos de modulación de algunas variables sobre la variable predictora, en el que se comprobaron los efectos de ajuste RMSEA, SRMS, CFI y TLI comentados anteriormente.

4 RESULTADOS

4.1. Análisis de fiabilidad, normalidad y dimensionalidad de los instrumentos

Las únicas variables que cumplen el supuesto de normalidad son la Ansiedad Rasgo (A-R) en las madres y la Ansiedad Estado (A-E) en los padres, siendo su media y mediana muy similares, aunque con asimetría positiva (Tabla 4.1.). La A-E de la madre tiene ciertas diferencias entre la media y la mediana lo que producen asimetría positiva y curtosis negativa, produciendo con ello la ausencia de normalidad. Por su parte, en el test PSS se producen diferencias entre las medias y las medianas con una asimetría negativa y una curtosis positiva. El test ADBB por su parte también tiene diferencias marcadas entre la media y la mediana con una asimetría positiva y curtosis negativa. Por último, las variables EPDS tienen diferencias entre las medias y las medianas con asimetrías positivas y curtosis negativa en el caso de la madre y positiva en el padre. Todas estas diferencias entre las medias y medianas, asimetrías y curtosis justifican el incumplimiento de los supuestos de normalidad, por lo que se aplicaron métodos robustos de análisis de aquí en adelante.

Tabla 4.1.

Estadísticos descriptivos y psicométricos de los tests de salud mental de madres y padres

	N	M	D.T.	Med	Min	Max	Asim	Curtosis	K-S	α
EPDS Madres	114	6.05	4.28	4	0	17	0.586	-0.416	.123*	.816
EPDS Padres	86	4.44	3.75	4	0	17	1.070	1.133	.133*	.783
PSS Madres	107	45.86	10.09	49	13	60	-1.594	2.533	.207*	.899
PSS Padres	80	47.86	9.10	50	13	60	-1.852	4.269	.214*	.858
A-E Madres	111	12.84	7.79	10	0	30	0.488	-0.820	.116*	.915
A-R Madres	102	15.03	8.57	13	2	40	0.689	0.196	.087	.915
A-E Padres	77	11.26	7.58	10	0	37	1.039	1.479	.083	.923
A-R Padres	68	11.74	7.54	10	0	30	0.737	-0.164	.118*	.923
ADBB	114	2.08	2.29	1	0	8	0.870	-0.391	.231*	.809

Nota: EPDS: Escala de depresión postparto. PSS: Cuestionario de estrés parental. AE: Ansiedad estado. AR: Ansiedad rasgo. ADBB: Escala de retraimiento relacional sostenido del bebé.

*p < .05 indica significación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov y, por tanto, el no cumplimiento de la normalidad de los datos.

Respecto a los análisis de fiabilidad de los instrumentos (Tabla 4.1), se observa que todos los instrumentos muestran una fiabilidad, analizada mediante la consistencia interna, aceptable ($\alpha > .70$) o alta ($\alpha > .90$).

4.2. Descriptivos de las circunstancias perinatales

4.2.1. Circunstancias perinatales objetivas

Las circunstancias perinatales objetivas **antes del embarazo** o durante el mismo incluyen la historia gestacional, los tratamientos de reproducción asistida, la planificación del embarazo y la preparación al parto (Tabla 4.2).

En cuanto a la historia gestacional de las madres, han tenido entre 1 y 7 gestaciones, con una media de 1.82 gestaciones ($D.T. = 1.052$). El número de abortos oscila entre 1 y 4, siendo la media 1.39 ($D.T. = 0.748$).

El 11.7% de las parejas recurrieron a técnicas de reproducción asistida, de las cuales el 16.7% fue Inseminación Artificial y el 83.3% Fecundación in Vitro (FIV). De las FIV, un 66.7% fue a través de Inyección Citoplasmáticas (ICSI).

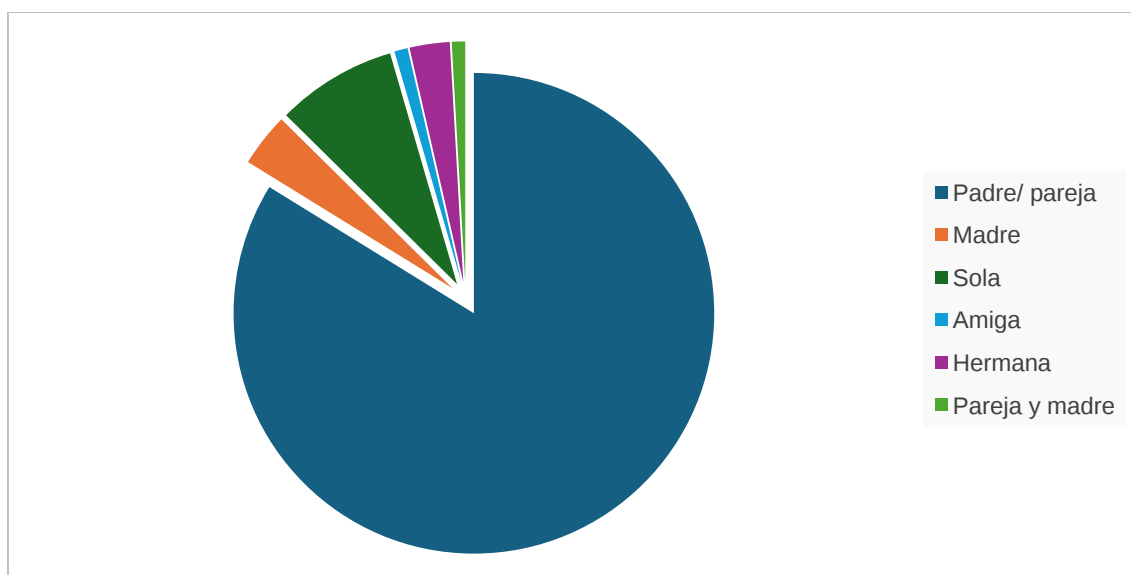
El 16,7% del total de las FIV/ICSI fue con donación de óvulos. Del total de la muestra, el 80.2% de las parejas planificaron su embarazo; mientras que un 19.8% corresponde a embarazo no planificado.

Por último, el 61.3% de las madres acudió a clases de preparación al parto durante el embarazo. Los padres que acudieron a las clases de preparación al parto fueron el 23.6% y uno informó que sólo había ido a una sesión.

Tabla 4.2.*Circunstancias perinatales objetivas*

	Sí		No		Datos perdidos	
	n	% válido	n	% válido	n	%
Antes del embarazo						
Reproducción asistida	13	11.7	98	88.3	3	2.6
Planificación embarazo	89	80.2	22	19.8	3	2.6
Preparación al parto Madres	68	61.3	43	38.7	3	2.6
Preparación al parto Padres	26	23.6	80	72.7	4	3.5
Durante el parto						
Tipo de parto: natural	80	72.1	31	27.9	3	2.6
Uso de epidural	66	82.5	14	17.5	0	0
Postparto						
Contacto precoz	90	81.1	20	17.5	3	2.6
Patología gestacional	41	37.6	68	62.4	5	4.4
Lactancia materna exclusiva	80	72.1	15	13.5	3	2.6

Las circunstancias perinatales objetivas **durante el parto** incluyen el tipo de parto, el uso de epidural y el acompañamiento durante el parto (Tabla 4.2). En cuanto al “Tipo de parto”, el 72.11% (n =80) de las mujeres tuvo un “parto vaginal/natural”, y el 27.9% (n = 31) por “cesárea”. De las mujeres que tuvieron un “parto natural”, el 17.5% no hizo uso de la epidural. Durante el trabajo de parto (Figura 4.1), el 83.8% de las mujeres estuvieron acompañadas por sus parejas, un 8.1% dio a luz sin acompañante, el 3.6% lo hizo acompañada por su madre, un 2.7% por su hermana y un 0.9% estuvo acompañada por su madre y su pareja.

**Figura 4.1.** *Acompañamiento durante el parto*

Las circunstancias perinatales objetivas **durante el postparto** incluyen si hubo contacto precoz con el bebé tras el parto, la existencia de patologías gestacionales y el tipo de lactancia (Tabla 4.2). El 81.1% de las madres tuvieron contacto precoz con sus bebés tras el parto. El 37.6% de las madres presentaron algún tipo de patología gestacional, siendo las más repetidas por orden de frecuencias las siguientes: “riesgo de aborto” (n = 8; 7%), “diabetes” (n = 7; 6.1%), e “hipertensión” (n = 6; 5.3%). Además, 2 mujeres (1.8%) reportaron respectivamente endometriosis, problemas de tiroides, desprendimiento leve de placenta o cólico nefrítico. Respecto a la lactancia materna, un 72.1% de las madres dieron lactancia materna exclusiva a sus bebés, el 13.5% lo hicieron de manera mixta, con lactancia materna y leche de fórmula, y un 13.2% no dieron lactancia materna.

4.2.2. Circunstancias perinatales subjetivas

A nivel subjetivo, se evaluó la variable “grado de satisfacción con la pareja” a nivel retrospectivo en los tres momentos alrededor del parto reportado por la madre (Tabla 4.3). Antes del embarazo, un 80.2% de las madres valoran un grado de satisfacción de pareja “alto”; el 16.0% de las madres, lo valora como “medio”; y un 3.8% percibe un “bajo” grado de satisfacción con la pareja. Durante del embarazo, un 75.5% de las madres valoran un grado de satisfacción de pareja “alto”; el 18.9% de las madres lo valora como “medio”; y un 5.7% percibe un “bajo” grado de satisfacción con la pareja. Después del parto, un 64.2% de las madres valoran un grado de satisfacción de pareja “alto”. El 28,3% de las madres, lo valora como “medio”. Y un 7,5% percibe un “bajo” grado de satisfacción con la pareja.

Tabla 4.3.

Percepción del grado de satisfacción en la relación de pareja

	Antes del embarazo		Durante embarazo		Postparto	
	n	% válido	n	% válido	n	% válido
Alto	85	80.2	80	75.5	68	64.2
Medio	17	16	20	18.9	30	26.3
Bajo	4	3.8	6	5.7	8	7
Datos perdidos	8	7	8	7	8	7

El grado de satisfacción general de acompañamiento fue evaluado también retrospectivamente en tres momentos (Tabla 4.4); aunque en esta variable hubo algunos datos perdidos. La satisfacción del acompañamiento durante el embarazo percibido para las madres fue en un 89.9% “alto”, en un 2.3% “indiferente” y en un 8.0% “bajo”. El grado de satisfacción general de acompañamiento durante el parto percibido para las madres fue en un 94.3% “alto”, en un 4.6% “indiferente” y en un 1.1% “bajo”. El grado de satisfacción general de acompañamiento durante el postparto percibido para las madres fue en un 80.5% “alto”, en un 5.7% “indiferente” y en un 13.8% “bajo”.

Tabla 4.4.

Percepción del grado de satisfacción con el acompañamiento

	Durante el embarazo		Durante el parto		Durante el postparto	
	n	% válido	n	% válido	n	% válido
Alto	79	89.8	82	94.3	70	80.5
Indiferente	2	1.8	4	3.5	5	5.7
Bajo	7	6.1	1	0.9	12	13.8
Datos perdidos	26	22.8	27	23.7	27	23.7

El 38.2% (n = 42) de las madres presentó acontecimientos significativos durante el embarazo y el 61.8% (n = 68) no, siendo los tipos de acontecimientos significativos más repetidos por orden de frecuencias: “pérdida de algún familiar” y “enfermedad grave de algún familiar” en el mismo porcentaje (n = 8; 9.1%), seguidos de “mudanza” y “problemas con la familia” con el mismo porcentaje (n = 4; 3.5%), seguidos de “obras en casa” y “riesgo de aborto” (n = 3; 3.4%), y otros eventos con frecuencias iguales o menores a 2, como pérdida del trabajo de algún familiar, estar opositando, o la muerte de una mascota, entre otras.

Investigando la variable “vivencia del parto”, un 79.3% (n = 88) de las madres respondió haber tenido una vivencia del parto “positiva”. El 18% (n = 20) la vivió como “negativa”; y 2.7% (n = 3) como “media”.

Cuando se preguntó a las madres sobre su percepción emocional del postparto, un 66.7% (n = 74) respondieron que fue “bien”, mientras que el 33.3% (n = 37) tuvo una percepción emocional del postparto “mala”.

Sólo un 1.8% (n = 2) de las madres solicitó ayuda psicológica durante el postparto.

En cuanto a la percepción de las madres con el “grado de satisfacción con el personal sanitario” que las atendió durante todo el proceso de embarazo, parto y postparto, un 80.8% (n = 59) de las madres refiere un grado de satisfacción “alto”, un 11.0% (n = 8) lo valora como “medio” y un 8.2% (n = 6) lo valora como “bajo”.

4.3. Prevalencia de las variables de estudio

En la Tabla 4.5 se presentaban los principales estadísticos descriptivos de las variables de estudio observados en el total de la muestra de padres y madres. En este apartado se presentan además los datos de prevalencia muestral de las variables de estudio: depresión postparto y estrés parental, y retraimiento relacional sostenido en el bebé.

Tabla 4.5.

Prevalencia de las variables de estudio en madres y padres

	Madres (n =114)		Padres (n = 105)	
	n	% válido	n	% válido
Depresión postparto (EPDS)				
		16.6		15.1
Datos perdidos	0		19	
Estrés parental (PSS)				
<20 Alto		3.7		3.4
21-40 Medio		17.8		12.3
41-60 Bajo		78.5		84.3
Datos perdidos	7		10	
Ansiedad estado (STAI)				
<10 Baja		48.6		53.8
11 a 25 Media		43.3		41.1
26 a 40 Alta		8.1		5.1
Datos perdidos	3		36	
Ansiedad rasgo (STAI)				
<10 Baja		33.3		50.7
11 a 25 Media		55.9		40.6
26 a 40 Alta		10.8		8.7
Datos perdidos	12		45	

Nota: El punto de corte para identificar la depresión postparto con el EPDS en madres es 11 y en padres es 9. En el PSS, las altas puntuaciones indican menor nivel de estrés parental.

Tal y como se puede ver en la Tabla 4.5, las madres presentan depresión postparto en un 16.6% y los padres en un 15.1%. De las 114 madres que cumplimentaron el cuestionario EPDS, 19 puntúan 11 puntos o más. De los 86 padres que cumplimentaron el cuestionario, 6 puntúan 11 puntos o más (7%). Si tomamos en cuenta el punto de corte propuesto por Matthey et al. (2001) para los padres, 13 padres puntúan 9 puntos o más (punto de corte 2 puntos por debajo que el EPDS para madres), porcentaje (10-16%) que coincide con otras poblaciones. Estos datos estarían más acorde a resultados de EPDS en padres en otros países (Paulson et al., 2010, 2016, Xiao et al., 2024).

Respecto al estrés parental (evaluado con el PSS), el 3.7% de las madres han obtenido una puntuación menor a 20, un 17.8% han obtenido entre 21 a 40 puntos y un 78.5% obtuvieron una puntuación entre 41 a 60 puntos. Entre los padres, el 3.4% tuvieron puntuaciones menores de 20, el 12.3 % obtuvieron puntuaciones entre 21 y 40 puntos y un 84.3% obtuvieron puntuaciones entre 41 a 60 puntos. En las madres hay 7 casos perdidos y 25 en los padres.

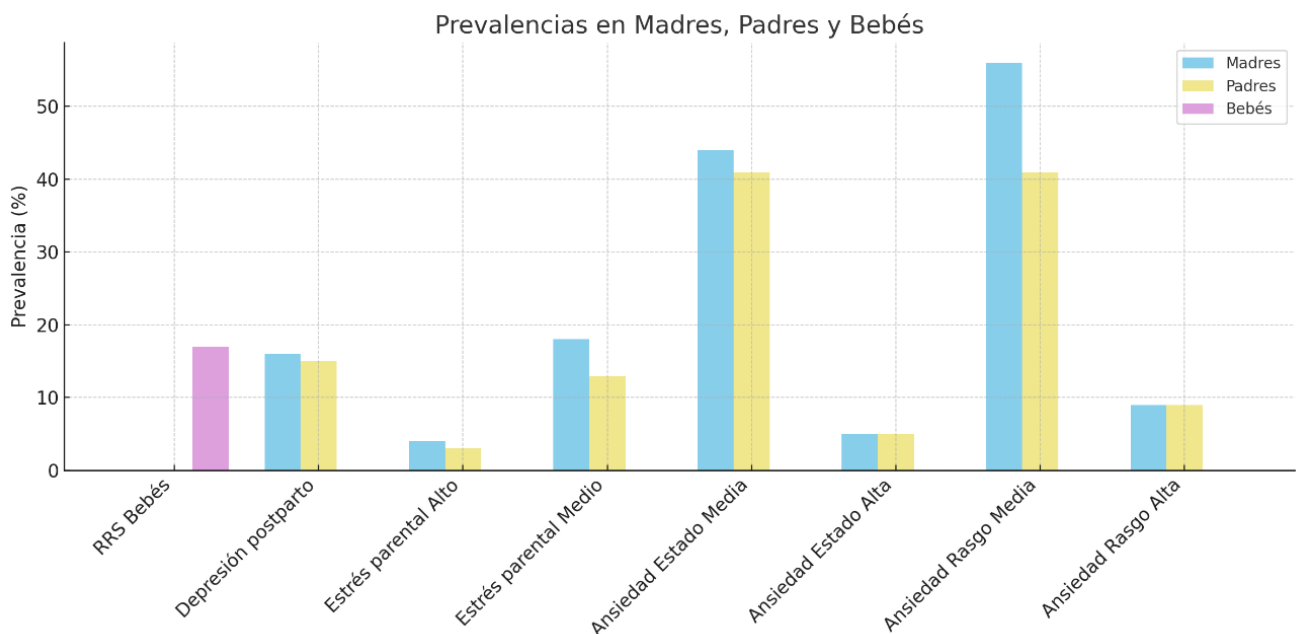
Respecto a la ansiedad (evaluada con STAI E/R), en la ansiedad estado, el 48.6% de las madres tuvieron una puntuación menor de 10, un 43.3% tuvieron entre 11 y 25 puntos y un 8.1% obtuvieron una puntuación entre 26 y 40 puntos; mientras que, entre los padres, un 53.8% tuvieron puntuaciones menores de 10 puntos, un 41.1% obtuvieron puntuaciones entre 11 y 25 puntos y un 5.1% obtuvieron entre 26 y 40 puntos. Del total de los casos hubo 3 casos perdidos en las madres y 36 en los padres. En el caso de la ansiedad rasgo, un 33.3% de las madres tuvieron puntuaciones menores de 10 puntos, el 55.9% obtuvieron puntuaciones entre 11 y 25 y un 10.8% tuvieron puntuaciones entre 26 y 40 puntos. Los padres, por otra parte, un 50.7% tuvieron puntuaciones menores a 10 puntos, el 40.6% obtuvieron puntuaciones entre 11 y 25 puntos y el 8.7% puntuaciones entre 26 y 40 puntos. Los datos perdidos en las madres son 12 casos y 45 casos en los padres.

Respecto al retraimiento relacional sostenido (Tabla 4.6), según las puntuaciones observadas en la prueba ADBB, el 16.6% de los bebés presenta algún nivel de retraimiento moderado, siendo el punto de corte 5 puntos directos en la escala.

Tabla 4.6.

*Prevalencia del retraimiento relacional
(medido con ADBB)*

	n	%
0-4 (no retraimiento)	90	83.3
5-9 (retraimiento moderado)	19	16.6
>9 (retraimiento severo)	0	0
Casos perdidos	0	
TOTAL	114	100

Figura 4.2. Prevalencia de las variables del estudio

La tabla de prevalencias refleja la presencia de diversos indicadores de malestar emocional en madres y padres, así como dificultades emocionales en bebés de entre 2 y 6 meses. Se observa una prevalencia del 16.6% en RRS moderado en los bebés, lo que constituye un indicador temprano de desregulación neurobiológica y posible riesgo evolutivo. En cuanto a los cuidadores principales, las madres presentan mayores tasas de afectación en la mayoría de las variables evaluadas: un 16.6% de depresión postparto, 4% de estrés parental alto y 18% de

estrés parental medio. Además, se observan niveles moderados a altos de ansiedad, con un 44% de ansiedad estado media, 5% de ansiedad estado alta, 56% de ansiedad rasgo media y 9% de ansiedad rasgo alta. Los padres, por su parte, reportan un 15% de depresión postparto, 3% de estrés parental alto y 13% de estrés parental medio. En cuanto a la ansiedad, un 41% presenta ansiedad estado media, 5% ansiedad estado alta, 41% ansiedad rasgo media y 9% ansiedad rasgo alta. Estos datos evidencian la necesidad de abordar la salud mental perinatal desde una perspectiva familiar y preventiva, considerando tanto a madres como a padres, así como al bebé, como parte de un sistema interdependiente que requiere atención temprana y específica.

4.4. Relaciones entre variables

Paso a describir las correlaciones de variables que tras los análisis estadísticos dan significativas.

4.4.1. Relación entre salud mental parental y el RRS

En la Tabla 4.7 se presentan los coeficientes de correlación de Pearson estimados entre las variables de retraimiento relacional sostenido (evaluado con el ADBB entre los 2 y 6 meses de edad del bebé) y la salud mental parental, incluyendo las subescalas del EPDS que evalúa depresión postparto: depresión, anhedonia y ansiedad.

En cuanto al EPDS, se observa que la depresión postparto de la madre presenta una correlación negativa significativa con Estrés parental en la madre ($r = -.34$) y correlaciones positivas con, AE y AR (ansiedad estado y ansiedad rasgo) en la madre. Además, correlaciona positivamente con la AE en el padre. En cuanto a la depresión postparto del padre, correlaciona positivamente con el estrés parental de la madre y del padre, AE y AR (ansiedad estado y ansiedad rasgo) del padre.

Respecto al estrés relacionado con la parentalidad, evaluado con el cuestionario PSS, el estrés de la madre correlaciona positivamente con todas las variables, excepto el estrés del padre y la escala ADBB. Es decir, a más estrés de la madre respecto a la maternidad, mayores niveles de AE y AR tanto en madre como en padre, y mayores niveles de en las subescalas del EPDS de Depresión, Anhedonia y Ansiedad, tanto en padre como en madre. Sin embargo, el PSS del padre solo afecta de manera

significativa a las variables AE de la madre, AR del padre y a la subescala del EPDS-Ansiedad del padre.

Ninguna variable de los padres correlaciona directa ni inversamente de manera significativa con la variable ADBB.

La matriz de correlaciones entre las diversas variables psicológicas medidas en madres y padres revela patrones significativos en la relación entre los síntomas emocionales y la autorregulación de ambos progenitores, así como su influencia en el comportamiento de los bebés. En el caso de las madres, se encontró una correlación negativa moderada entre la depresión (EDPS) y el estrés parental percibido (PSS; $r = -.343$, $p < .01$), lo que sugiere que niveles más altos de síntomas depresivos se asocian con una menor percepción de control sobre el estrés. Además, la depresión materna mostró una fuerte correlación positiva con la ansiedad estado (AE; $r = .704$, $p < .01$), lo que indica que mayores síntomas depresivos se asocian con una mayor expresión de ansiedad. En cuanto al estrés parental percibido, este se correlacionó negativamente con la ansiedad rasgo (AR) y con la ansiedad estado (AE) en las madres ($r = -.429$, $p < .01$; $r = -.314$, $p < .01$, respectivamente), lo que apunta a que el estrés parental percibido deteriora las capacidades de regulación afectiva en las madres. También se observaron fuertes correlaciones entre síntomas emocionales específicos: la depresión se correlacionó fuertemente con la ansiedad ($r = .902$, $p < .01$) y la anhedonia ($r = .687$, $p < .01$), lo que respalda la comorbilidad entre estos síntomas.

En los padres, aunque se replicaron algunos patrones, las correlaciones fueron generalmente más débiles. La depresión (EDPS) y el estrés parental percibido (PSS) mostraron una relación negativa moderada ($r = -.388$, $p < .01$), y la asociación entre depresión y ansiedad estado (AE) fue débil y no significativa ($r = .123$, n.s.). Sin embargo, los padres también presentaron correlaciones significativas entre síntomas emocionales: la depresión se correlacionó con la ansiedad ($r = .701$, $p < .01$), y la ansiedad con la anhedonia ($r = .908$, $p < .01$).

Las correlaciones interparentales entre las variables emocionales fueron notoriamente más evidentes que las relacionadas con los síntomas clínicos: la ansiedad estado (AE) y la ansiedad rasgo (AR) mostraron correlaciones significativas entre madres y padres ($r = .643$, $p < .01$; $r = .679$, $p < .01$, respectivamente), lo que sugiere la

existencia de un estilo emocional compartido o aprendido dentro de la pareja. En cuanto al comportamiento de retraimiento relacional sostenido (RRS) del bebé, medido mediante la escala ADBB, se observó una correlación significativa con la ansiedad paterna ($r = .214$, $p < .05$), lo que sugiere que los niveles de ansiedad en los padres podrían estar relacionados con el nivel de angustia o malestar observado en los bebés. Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas entre las variables maternas y ADBB.

En general, los resultados indican que las madres tienden a mostrar correlaciones más fuertes entre sus variables emocionales que los padres, lo que podría reflejar una mayor coherencia interna en la experiencia emocional materna. Además, las correlaciones entre los síntomas de depresión, ansiedad y anhedonia fueron notablemente altas, lo que sugiere la presencia de un factor emocional general subyacente. Las relaciones interparentales fueron más evidentes en aspectos relacionados con el afecto y la regulación emocional, mientras que los síntomas clínicos como la depresión y la ansiedad no mostraron una sincronización clara entre los progenitores.

Tabla 4.7.
Relaciones entre variables de estudio

	EDPS Padre	PSS Madre	PSS Padre	AE Madre	AE Padre	AR Madre	AR Padre	Depresión madre	Anhedonia madre	Ansiedad madre	Depresión padre	Anhedonia padre	Ansiedad padre	ADBB
EDPS Madre	0.145	-,343**	-0.182	,704**	,370**	,707**	0.18	,769**	,687**	,902**	0.178	-0.132	-0.009	0.058
EDPS Padre		-,388**	-,303**	0.123	,697**	0.203	,675**	0.15	-0.05	0.153	,701**	,556**	,908**	-0.013
PSS Madre			-0.04	-,314**	-,222*	-,429**	-,278*	-,312**	-,224*	-,286**	-,253*	-,376**	-,302**	-0.018
PSS Padre				-,293**	-0.15	-0.199	-,290*	-0.205	-0.015	-0.167	-0.152	-0.023	-,332**	0.089
AE Madre					0.643	,291*	0.135	,530**	,605**	,599**	0.052	0.144	0.099	0.058
AE Padre						,370**	0.236	,495**	,408**	,681**	0.059	0.106	0.221	-0.011
AR Madre							,679**	,306**	0.047	,376**	,442**	,434**	,611**	-0.081
AR Padre								,246*	0.037	0.139	,376**	,303*	,658**	-0.133
Depresión Madre									,677**	,448**	0.105	,239*	0.084	0.057
Anhedonia Madre										,373**	-0.064	0.063	-0.065	-0.02
Ansiedad Madre											0.052	0.075	0.16	-0.069
Depresión Padre												,573**	,402**	0.178
Anhedonia Padre													0.214	-0.132
Ansiedad Padre														-0.09

Nota: EPDS: Escala de depresión postparto (tiene tres subescalas: anhedonia, ansiedad y depresión). PSS: Cuestionario de estrés parental (a más puntuación, menor nivel de estrés parental). AE: Ansiedad estado. AR: Ansiedad rasgo. ADBB: Escala de retraimiento relacional sostenido del bebé. **p < .001

4.4.2. Relación entre las circunstancias perinatales y la salud mental parental

Dada la gran cantidad de variables empleadas en el estudio, se presentan aquí únicamente las relaciones significativas observadas entre ambos grupos de variables.

4.4.2.1. Relaciones significativas del grado de satisfacción con la pareja y salud mental

En primer lugar, se observó relación entre el grado general de satisfacción con la pareja y las puntuaciones de EPDS, la ansiedad rasgo y la depresión en la madre (Tabla 4.8). Existen diferencias en la puntuación de la prueba EPDS, la ansiedad rasgo y la depresión de la madre producida el grado de satisfacción de pareja. En las puntuaciones de la prueba EPDS de la madre hay diferencias estadísticamente significativas ($F = 5.83, p < .01$), esas diferencias se producen entre la satisfacción de pareja baja y alta ($DM = 4.721, p < .05$). En las puntuaciones de ansiedad rasgo, se producen diferencias estadísticamente significativas ($F = 5.48, p < .01$) entre la satisfacción de pareja baja y alta ($DM = 7.102, p < .05$), y entre media y alta ($DM = -7.735, p = .06$). Por último, en las puntuaciones de la depresión de la madre también se producen diferencias estadísticamente significativas ($F = 11.31, p < .01$), debido a las diferencias entre la satisfacción de pareja baja y alta ($DM = 2.008, p < .01$).

Tabla 4.8.

Diferencias significativas según la satisfacción general de la madre con la relación de pareja (Prueba ANOVA)

Satisfacción general con la relación de pareja		M	DT	95% Intervalo de confianza		F	Sig. (p)
				Lím. Inferior	Lím. Superior		
Baja	EPDS	9.67	4.85	5.94	13.39	5.83	.005
Media		6.83	6.71	-0.20	13.87		
Alta		4.95	3.40	4.03	5.87		
Baja	Depresión (EDPS)	2.44	1.33	1.42	3.47	11.31	.000
Media		1.83	2.56	-0.86	4.52		
Alta		0.44	1.10	0.14	0.73		
Baja	AR (STAI)	19.00	9.19	11.93	26.07	5.48	.006
Media		19.33	12.79	5.92	32.75		
Alta		11.90	6.21	10.11	13.68		

Nota: EPDS: Escala de depresión postparto (incluye 3 subescalas: anhedonia, depresión y ansiedad). AR: Ansiedad rasgo.

Diferenciando entre los tres momentos evaluados respecto a la satisfacción de la madre con la relación de pareja también se han encontrado algunas diferencias significativas, que señalan su influencia en otras variables de estudio como se detalla a continuación.

Respecto a la percepción de satisfacción de la madre con la pareja **durante el embarazo** (Tabla 4.9), se han encontrado relaciones significativas con las puntuaciones EPDS del padre, la puntuación PSS de la madre, y la ansiedad estado del padre. Existen diferencias significativas en la puntuación de la prueba EPDS del padre ($F = 5.564$, $p < .01$), esas diferencias se producen entre la satisfacción de pareja durante el embarazo baja y media ($DM = 5.821$, $p < .01$) y baja y alta ($DM = 6.265$, $p < .01$). En la prueba PSS también se producen diferencias estadísticamente significativas ($F = 3.799$, $p < .05$) entre las puntuaciones bajas y altas ($DM = -12.027$, $p < .05$). También se producen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad estado del padre ($F = 4.620$, $p < .05$) siendo las diferencias entre bajo y medio ($DM = 13.590$, $p < .05$) y entre bajo y alto ($DM = 12.663$, $p < .05$).

Tabla 4.9

Diferencias significativas según la satisfacción de la madre con la relación de pareja durante el embarazo (Prueba ANOVA)

Satisfacción con la pareja durante el embarazo		M	DT	95% Intervalo de confianza		F	Sig. (p)
				Lím. Inferior	Lím. Superior		
Bajo	EPDS Padre	10,25	4,72	2.74	17.76	5,56	0,005
Medio		4,43	3,30	2.52	6.33		
Alto		4.10	3,57	3.23	4.98		
Bajo	Anhedonia padre (EPDS)	2,75	2,87	-1,82	7,32	24,53	,000
Medio		0,21	0,58	-0,12	0,55		
Alto		0,15	0,44	0,04	0,26		
Bajo	PSS Madre	35	21,06	8,85	61,15	3,80	0,026
Medio		44,33	11,73	38,5	50,17		
Alto		47,03	8,23	45,12	48,93		
Bajo	AE padre (STAI)	23,67	10,07	-1,34	48,67	4,62	0,013
Medio		10,08	6,65	6,06	14,10		
Alto		11,03	7,22	9,17	12,90		

Nota: EPDS: Escala de depresión postparto (incluye 3 subescalas: anhedonia, depresión y ansiedad). PSS: Escala de estrés parental. AE: Ansiedad estado.

Respecto a la percepción de satisfacción con la pareja **después del parto** (Tabla 4.10), se han encontrado relaciones significativas con las puntuaciones en el EPDS de ambos padres, la puntuación en ADBB, la puntuación de la prueba PSS del padre, y la ansiedad estado y rasgo de los padres. Concretamente, existen diferencias significativas en la puntuación de la prueba EPDS de la madre ($F = 4.23, p < .05$), esas diferencias se producen entre la satisfacción de pareja después del embarazo baja y alta ($DM = 4.064, p < .05$). En el misma prueba, en el caso de los padres se producen diferencias estadísticamente significativas ($F = 5.17, Sig. < .01$) entre las puntuaciones bajas y medias ($DM = 6.857, p < .01$) y entre bajas y altas ($DM = 6.898, p < .01$). La prueba ADBB también tiene diferencias significativas ($F = 3.228, p < .05$) aunque no son diferencias muy marcadas entre medio y alto ($DM = 1.473, p = .083$). En la prueba PSS del padre hay diferencias, aunque no son significativas ($F = 3.058, p = .053$), debido a las diferencias entre las puntuaciones bajas y medias ($DM = -13.067, p = .053$) y entre bajas y altas ($DM = -12.935, p < .05$). En la ansiedad estado y rasgo de las mujeres también se producen diferencias ($F = 4.534$ y $F = 4.878$ respectivamente; $p < .05$); en la ansiedad estado entre bajo y alto ($DM = 7.423, p = .051$) y aunque no significativamente entre medio y alto ($DM = 3.590, p = .073$); por su parte en la ansiedad rasgo las diferencias son entre medio y alto ($DM = 5.002, p < .05$). También se producen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad estado y rasgo de los padres ($F = 6.820$ y $F = 5.445$ respectivamente, $p < .01$) siendo las diferencias entre bajo y medio ($DM = 16.088, p < .01$) y entre bajo y alto ($DM = 14.463, p < .01$); en la ansiedad rasgo se producen las diferencias en los mismos sitios, entre bajo y medio ($DM = 14.542, p < .01$) y entre bajo y alto ($DM = 13.197, p < .01$).

Tabla 4.10

Diferencias significativas según la satisfacción de la madre con la relación de pareja en el postparto (Prueba ANOVA)

Satisfacción con la pareja en el postparto		M	DT	95% Intervalo de confianza		F	Sig. (p)
				Lim. Inferior	Lim. Superior		
Bajo	EPDS Madre	9,17	5,74	3,14	15,19	4,23	0,017
Medio		6,77	4,35	5,14	8,39		
Alto		5,10	3,52	4,25	5,96		
Bajo	EPDS Padre	11,00	5,29	-2,14	24,14	5,17	0,008
Medio		4,14	3,90	2,37	5,92		
Alto		4,23	3,41	3,35	5,10		
Bajo	RRS (ADBB)	1,00	1,27	-0,33	2,33	3,23	0,044
Medio		3,77	3,04	2,63	4,9		
Alto		2,29	3,23	1,51	3,08		
Bajo	PSS padre	35,33	15,18	-2,37	73,03	3,06	0,053
Medio		48,40	10,76	43,36	53,44		
Alto		48,27	7,83	46,17	50,37		
Bajo	AE madre	18,50	9,96	8,05	28,95	4,55	0,013
Medio		14,67	7,69	11,8	17,54		
Alto		11,08	6,92	9,36	12,79		
Bajo	AR madre	17,67	9,25	7,96	27,37	4,88	0,01
Medio		17,44	9,32	13,76	21,13		
Alto		12,44	6,32	10,82	14,06		
Bajo	AE padre	25,67	8,08	5,59	45,75	6,82	0,002
Medio		9,58	6,67	6,36	12,79		
Alto		11,2	7,12	9,26	13,15		
Bajo	AR padre	24,67	3,056	17,08	32,26	5,45	0,007
Medio		10,13	5,28	7,31	12,94		
Alto		11,47	7,67	9,27	13,67		

Nota: EPDS: Escala de depresión postparto RRS: Retraimiento relacional sostenido del bebé. PSS: Escala de estrés parental. AE: Ansiedad estado. AR: Ansiedad rasgo.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad estado y rasgo de las mujeres ($F = 4.814$ y $F = 5.379$ respectivamente; $p < .01$); en la ansiedad estado entre a mejor y a peor ($DM = -5.027$, $p < .01$); por su parte en la ansiedad rasgo las diferencias son entre a mejor y a peor ($DM = -4.359$, $p = .064$) y entre a peor y a igual ($DM = 7.658$, $p < .01$).

Además, se observó una relación entre el cambio producido en la relación de pareja, la prueba EPDS y la AR de la madre (Tabla 4.11). Para evaluar el cambio

producido en la satisfacción percibida por la madre en la relación de pareja se creó una variable nominal -comparando las tres mediciones retrospectivas realizadas a lo largo del embarazo y parto (cuyos descriptivos se presentaban en la Tabla 4.3)- con tres posibles valores: a mejor, a peor, igual. Posteriormente, mediante una prueba ANOVA, se compararon las puntuaciones en la prueba EPDS y STAI en estos tres grupos. Los resultados señalan que existen diferencias en la prueba EPDS de la madre respecto al cambio en la relación de pareja ($F = 2.983$, $p = .055$), y que esas diferencias se dan entre el cambio “a mejor” y “a peor” ($DM = -2.120$, $p < .05$). En la AR, se producen diferencias estadísticamente significativas ($F = 5.379$, $p < .01$) entre el cambio de pareja “a mejor” respecto de “a peor” ($DM = -4.359$, $p = .064$) y entre el cambio “a peor” y “igual”, en el que la relación de pareja no cambia ($DM = -7.658$, $p < .01$).

Tabla 4.11.

Diferencias según el cambio producido en la percepción de satisfacción con la relación de pareja (Prueba ANOVA)

Cambio en la percepción de la satisfacción con la pareja				95% Intervalo de confianza		F	Sig. (p)
		M	DT	Lim. Inferior	Lim. Superior		
A mejor	EPDS	5.07	3.66	4.11	6.02	2.98	.055
A peor		7.19	4.33	5.63	8.75		
Igual		5.85	4.28	3.26	8.43		
A mejor	AR madre (STAI)	13.21	6.84	0.94	11.32	5.38	.006
A peor		17.57	8.98	1.64	14.21		
Igual		9.91	5.09	1.53	6.49		
A mejor	AE madre (STAI)	10,79	7,13	8,88	12,7	4,81	,010
A peor		15,81	7,79	13	18,62		
Igual		12,38	6,85	8,25	16,52		

Nota: EPDS: Escala de depresión postparto RRS: Retraimiento relacional sostenido del bebé. PSS: Escala de estrés parental. AE: Ansiedad estado. AR: Ansiedad rasgo. Estadístico DM: diferencia de medias.

4.4.2.2. Relaciones significativas de la vivencia de la madre en el parto

En segundo lugar, también se encontró relación entre la vivencia en el parto reportada por la madre y la puntuación de depresión y anhedonia del padre en la prueba EPDS (Tabla 4.12), según la vivencia de la madre, hay diferencias en las puntuaciones de los padres. En las puntuaciones de la depresión del padre hay diferencias

estadísticamente significativas ($F = 3.936$, $p < .05$), esas diferencias se producen entre la vivencia del parto positiva y media ($DM = -1.515$, $p < .05$) y entre una visión negativa y media del parto ($DM = -1.40$, $p < .05$). En las puntuaciones de anhedonia del padre, se producen diferencias estadísticamente significativas ($F = 4.637$, $p < .05$) entre la vivencia del parto positiva y negativa ($DM = -.567$, $p = .069$), y entre positiva y media ($DM = -1.167$, $p = .07$).

Tabla 4.12.

Diferencias significativas según la vivencia de la madre en el parto (Prueba ANOVA)

Vivencia del parto	Puntuaciones EDPS	M	DT	95% Intervalo de confianza		F	Sig. (p)
				Lím. Inferior	Lím. Superior		
Positiva	Depresión padre	0.48	0.79	0.29	0.68	3.94	.023
Negativa		0.60	1.18	-0.06	1.26		
Media		2.00	2.00	-2.97	6.97		
Positiva	Anhedonia padre	0.17	0.45	0.06	0.28	4.64	.012
Negativa		0.73	1.83	-0.28	1.75		
Media		1.33	1.16	-1.54	4.20		

Nota: EPDS: Escala de depresión postparto

4.4.2.3. Relaciones significativas de la planificación del embarazo y el tipo de parto

Existen diferencias en la puntuación la anhedonia del padre y el haber planificado el embarazo ($F = 10.184$, $p < .01$). Siendo mayor la puntuación en anhedonia mayor, que es una subescala del cuestionario EPDS de depresión postparto, cuando el embarazo no se ha planificado. ($DM = -0.90$).

Tabla 4.13.

Diferencias significativas según la vivencia de la madre en el parto (Prueba ANOVA)

		M	DT	95% Intervalo de confianza		F	Sig. (p)
				Lim. Inferior	Lim. Superior		
Planificación embarazo							
Si	Anhedonia padre (EPDS)	0.19	0.52	0.07	0.31	10.18	.002
No		1.09	2.07	-0.30	2.48		
Tipo de parto							
Natural	PSS Madre	44.77	10.99	42.20	47.33	3.94	.05
Cesárea		49.32	5.47	47.06	51.58		

Nota: EPDS: Escala de depresión postparto (incluye 3 subescalas: anhedonia, depresión y ansiedad). PSS: Escala de estrés parental.

Existen diferencias en la puntuación en la prueba PSS y el tipo de parto ($F = 10.184$, $p < .05$). Siendo mayor la puntuación en la prueba PSS cuando el parto se ha producido por cesárea ($DM = -4.55$, $p < .05$).

4.4.2.4. Relaciones significativas de la satisfacción con el acompañamiento durante el postparto

Existen diferencias en las puntuaciones de ansiedad rasgo y depresión de la madre producidas en función del grado de satisfacción del acompañamiento durante el postparto. En las puntuaciones de la ansiedad rasgo de la madre hay diferencias estadísticamente significativas ($F = 17.699$, $p < .01$), esas diferencias se producen entre la satisfacción del acompañamiento durante el postparto alto y bajo ($DM = -14.067$, $p < .05$) y entre indiferente y bajo ($DM = -11.250$, $p < .05$). En las puntuaciones de depresión de la madre, se producen diferencias estadísticamente significativas ($F = 11.012$, $p < .01$) entre la satisfacción del acompañamiento durante el postparto alto y bajo ($DM = -2.056$, $p < .01$).

Tabla 4.14.

Diferencias significativas según el grado de satisfacción de la madre sobre el acompañamiento durante el posparto (Prueba ANOVA)

Grado satisfacción acompañamien to postparto		M	DT	95% Intervalo de confianza		F	Sig. (p)
				Lim. Inferior	Lim. Superior		
Alto	Depresión (EPDS)	0.5	1.1	0.23	0.77	11.01	.000
Indiferente		1.2	1.64	-0.84	3.24		
Bajo		2.56	2.01	1.01	4.1		
Alto	AR madre (STAI)	11.93	5.80	10.44	13.43	17.70	.000
Indiferente		14.75	14.1	-7.69	37.19		
Bajo		26.00	4.69	22.08	29.92		

Nota: EPDS: Escala de depresión postparto (incluye 3 subescalas: anhedonia, depresión y ansiedad). AR: Ansiedad rasgo

4.4.3. Relación entre las circunstancias perinatales y el RRS

4.4.3.1. Relación entre la escala ADBB y el tratamiento de reproducción asistida

Se produce relación moderada entre el tratamiento de reproducción asistida y el retraimiento ($\chi^2 = 2.719$, $p = .089$) siendo más bebés los que no puntuaron retraimiento

en aquellas familias a las no se les realizó tratamiento de reproducción asistida; la razón por la que la relación es moderada es debido a que también hay muchos casos en los que no se puntuó retraimiento y sí que se realizó tratamiento de reproducción asistida.

Tabla 4.15.

Prueba Chi cuadrado entre la escala ADBB y el tratamiento de reproducción asistida

	NO REPRO	SI REPRO	χ^2	Sig. (p)
NO retraimiento	64	11	2.719	.089
SI retraimiento	29	1		
TOTAL	93	12		

Nota: REPRO: Tratamiento de reproducción asistida

4.4.3.2. Relación entre la escala ADBB y la satisfacción de la pareja después del parto

Se produce relación entre la satisfacción de la pareja después del parto y el retraimiento ($\chi^2 = 8.011$, $p < .05$) siendo más bebés los que no tienen retraimiento cuando sus padres tienen un nivel de satisfacción alta en la pareja después del parto.

Tabla 4.16.

Prueba Chi cuadrado entre la escala ADBB y la satisfacción de pareja después del parto

ADBB	Bajo	Medio	Alto	χ^2	Sig. (p)
NO retraimiento	6	16	58	8.011	.018
SÍ retraimiento	0	14	10		
TOTAL	6	30	68		

4.4.3.3. Relación entre la escala ADBB y la vivencia en el parto

Se produce relación significativa entre la vivencia en el parto y el retraimiento ($\chi^2 = 6.039$, $p < .05$) siendo más bebés los que no sufrieron retraimiento cuando las madres tuvieron una vivencia del parto más positiva. El total de madres que respondieron a la vivencia del parto fueron 105 personas.

4.4.3.4. Relación entre el grado de satisfacción con el personal sanitario y las puntuaciones de la escala ADBB y la ansiedad rasgo en la madre

Tabla 4.17.

Prueba Chi cuadrado entre la escala ADBB y la vivencia en el parto

ADBB	Positiva	Negativa	Media	χ^2	Sig (p)
NO	65	9	1	6.039	.049
SI	20	8	2		
TOTAL	85	17	3		

Existen diferencias en la puntuación de la escala ADBB y la ansiedad rasgo de la madre producida el grado de satisfacción con el personal sanitario. En las puntuaciones de la escala ADBB de la madre hay diferencias estadísticamente significativas ($F = 3.615$, $p < .05$), esas diferencias se producen entre la satisfacción del personal sanitario bajo y medio ($DM = -3.619$, $p < .05$) y entre medio y alto ($DM = 2.429$, $p = .57$). En las puntuaciones de ansiedad rasgo, se producen diferencias estadísticamente significativas ($F = 4.835$, $p < .05$) entre la satisfacción del personal sanitario bajo y alto ($DM = 9.240$, $p < .05$).

Tabla 4.18

Prueba ANOVA entre el grado de satisfacción con el personal sanitario, la escala ADBB y la AR Madre

GRADO SATISFACCIÓN PERSONAL SANITARIO	TEST	M	DT	95% Intervalo de confianza		F	Sig. (p)
				Lim. Inferior	Lim. Superior		
Bajo	ADBB	0.67	0.333	-0.19	1.52	3.615	.032
Medio		4.29	1.34	1.01	7.56		
Alto		1.86	0.343	1.17	2.55		
Bajo	Ansiedad Rasgo	21.5	6.626	14.55	28.45	4.835	.011
Medio		17	13.24	4.75	29.25		
Alto		12.26	6.562	10.4	14.12		

4.5. Path Análisis sobre el RRS del bebé

El Path Análisis (PA) puede considerarse una extensión del modelo de regresión múltiple, donde no solamente se verifica la contribución directa de un conjunto de variables independientes sobre una dependiente sino también la interacción entre las variables predictoras y la influencia indirecta de las mismas sobre las variables dependientes (Aron & Aron, 2001)

En el PA es habitual el uso de diagramas para representar los modelos hipotetizados. Para representar adecuadamente el modelo mediante el uso de gráficos se debe atender a ciertas convenciones: La relación entre variables se indica por una flecha cuyo sentido indica la dirección de la relación; la covariación entre variables, sin una dirección especificada, se representa por medio de una flecha bidireccional; Cada flecha presenta un coeficiente path que indica la magnitud del efecto de la relación entre ambas variables; las variables que reciben influencia por parte de otra se denominan endógenas y las que no reciben influencia se denominan exógenas; los efectos directos son aquellos que operan directamente de una variable sobre otra; los efectos indirectos ocurren cuando la relación entre dos variables es mediada por una o más variables.

El Path Análisis se ha realizado en base a las relaciones previas obtenidas.

4.5.1. Path Análisis sobre la prueba ADBB mediado por el cambio producido en la relación de pareja, la ansiedad rasgo y estado de la madre

En primer lugar, se ha comparado la relación entre la escala STAI (AE y AR) la ansiedad rasgo y estado de la madre y la escala ADBB mediado por el cambio producido en la relación de pareja. Tal y como se puede observar en la figura 4.2, la única relación estadísticamente significativa es de la escala STAI-AE de la madre con el cambio producido en la relación de pareja, con un parámetro estimado de la pendiente (coeficiente) de 0.020 (valor no estandarizado), por lo que cada vez que aumenta un punto en la escala STAI-AE, la puntuación en el cambio de relación de pareja aumenta 0.020 puntos. Si todos los predictores valiesen 0 el cambio producido en la relación de pareja tiene una pendiente de -0.014

No se producen relaciones significativas indirectas en el ADBB debido a la mediación de la variable “cambio producido en la relación de pareja, a mejor, a peor,

igual". Los valores R cuadrado indican que el cambio explica un 22.2% del modelo debido a su relación con la prueba ADBB ($R^2 = 0.222$, $p < .01$).

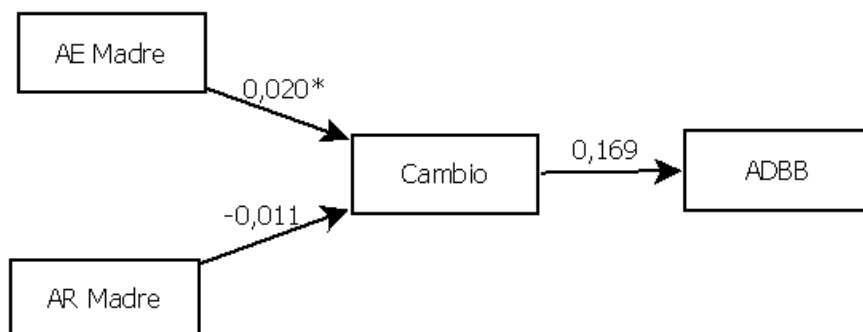


Figura 4.3. Solución final del modelo path sobre de la variable AE y AR de la Madre con el ADBB mediado por el cambio en la relación de pareja.

El ajuste del modelo es muy bueno tanto en sus valores absolutos como incrementales.

4.5.2. Path Análisis de la escala ADBB mediado por la vivencia en el parto y la puntuación de depresión y anhedonia del padre

En segundo lugar, se ha comparado la relación entre la puntuación de depresión y de anhedonia en el padre y la prueba ADBB mediado por la vivencia en el parto de la madre. El embarazo planificado actúa de forma directa con la depresión y la anhedonia del padre, indicando que cada vez que aumenta un punto la puntuación del embarazo planificado la puntuación de la depresión del padre aumenta 0.757 y la anhedonia un 0.451. También sucede que por cada punto que aumenta la depresión del padre la puntuación en la vivencia del parto de la madre aumenta 0.089 y por cada punto de incremento en su anhedonia, la vivencia del parto de la madre aumenta 0.120. Respecto a la vivencia del parto y la prueba ADBB por cada punto que aumenta la puntuación en la vivencia del parto de la madre, la escala ADBB se incrementa 1.128. A pesar de las relaciones producidas entre las variables, no hay efecto mediador de la vivencia del parto en la madre respecto a la escala ADBB.

Los valores R cuadrado indican que la vivencia en el parto explica un 11.5 %, la depresión un 9.8% y la Anhedonia un 4.7% del modelo debido a su relación con la escala ADBB.

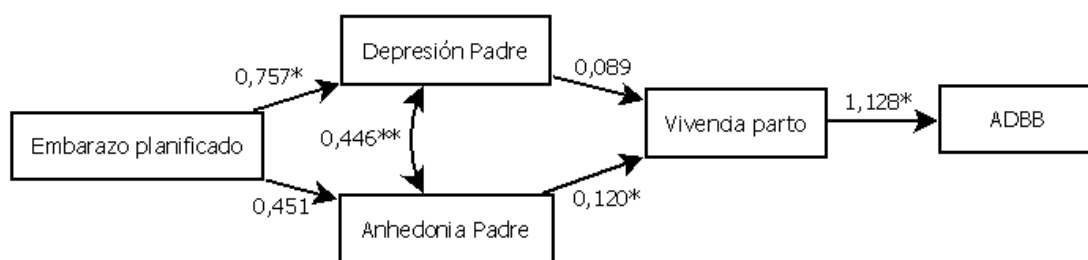


Figura 4.4. Solución final del Path Análisis sobre la variable embarazo planificado interactuando con la depresión y la anhedonia del padre con el ADBB mediado por la vivencia del parto en la madre.

El ajuste del modelo es muy bueno tanto en sus valores absolutos como incrementales.

4.5.3. Path Análisis de la escala ADBB mediado por el grado de satisfacción de pareja y las puntuaciones de la escala EPDS, la ansiedad rasgo, estado y la depresión de la madre

En tercer lugar, se ha comparado la relación entre las puntuaciones de la escala EPDS, la ansiedad rasgo, estado, la depresión de la madre como subescala del EPDS y la escala ADBB mediado por el grado de satisfacción de pareja. Las relaciones significativas se producen entre la Ansiedad Estado y la Depresión de la madre por cada punto que aumenta la depresión, el grado de satisfacción de pareja disminuye 0.311 y por cada punto de incremento en la ansiedad estado el grado de satisfacción disminuye 0.032. Respecto al grado de satisfacción de pareja y la escala ADBB por cada punto que aumenta la puntuación el grado de satisfacción de pareja, la escala ADBB se incrementa 2.136.

Los valores R cuadrado indican que el grado de satisfacción de pareja explica un 44% del modelo.

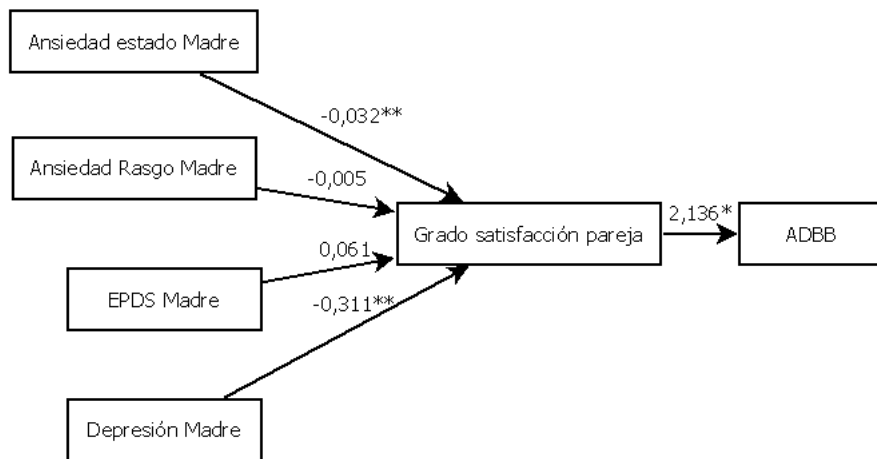


Figura 4.5. Solución final del Path Análisis de las variables AE, AR, EPDS y depresión como subescala de EPDS de la Madre con el ADBB mediado por el grado de satisfacción de la pareja.

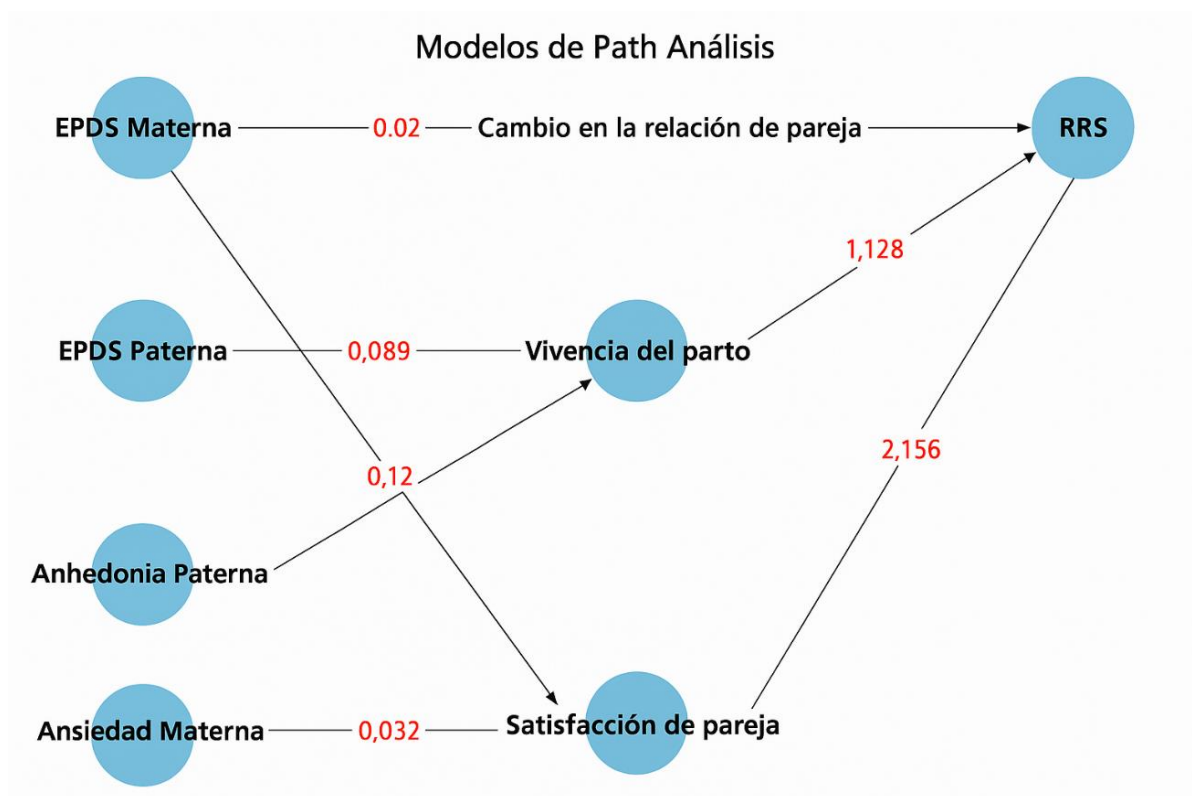


Figura 4.6. Modelos de Path Análisis

El modelo de path analysis representa un entramado de relaciones entre variables relacionadas con la salud mental perinatal y su posible influencia en el Retratamiento Relacional Sostenido (RRS) del bebé. Se incluyen variables parentales como la depresión materna (EPDS Materna), depresión paterna (EPDS Paterna), anhedonia paterna y ansiedad materna, las cuales se vinculan con variables intermedias como la satisfacción de pareja, la vivencia del parto y el cambio en la relación de pareja. Estas últimas, a su vez, se conectan directamente con el RRS. El modelo sugiere una estructura mediada, donde las variables emocionales y psicológicas parentales impactan indirectamente en el RRS a través de la calidad del vínculo conyugal y la experiencia del parto. Este enfoque reconoce la complejidad sistémica del entorno perinatal, en el que la salud emocional de los cuidadores influye no solo en su bienestar, sino también en el desarrollo relacional temprano del bebé.

El modelo destaca varias rutas de influencia significativas. La EPDS paterna tiene una doble conexión: una vía hacia la vivencia del parto (coeficiente 0,089) y otra hacia la satisfacción de pareja (0,12), lo que sugiere que la depresión en los padres puede afectar tanto la percepción del parto en las madres como la calidad de la relación conyugal. A su vez, la vivencia del parto está fuertemente asociada con el RRS (coeficiente 1,128), indicando que una experiencia de parto negativa o traumática podría repercutir en la relación temprana del bebé con sus cuidadores. La satisfacción de pareja también muestra un fuerte efecto sobre el RRS (2,156), subrayando su papel central como mediador en este modelo. En cuanto a las madres, la EPDS materna se relaciona con el cambio en la relación de pareja (0,02), mientras que la ansiedad materna se conecta con la satisfacción de pareja (0,032). Estos efectos, aunque pequeños, apuntan a que el malestar materno puede repercutir indirectamente en el RRS.

Desde una perspectiva teórica, este modelo sugiere que el retratamiento relacional sostenido en la infancia no se genera de forma aislada, sino como resultado de un entramado complejo de factores parentales y conyugales. La vivencia del parto reportada por las madres se sitúa como un nodo central: no solo está influenciada por la sintomatología paterna, sino que también media directamente en la aparición de RRS. Esto da lugar a hipótesis interesantes sobre el papel de los primeros momentos postnatales como espacios sensibles donde el bienestar parental podría dejar huella en el vínculo con el bebé. Por otro lado, la alta carga que tiene la satisfacción de pareja

como predictor directo del RRS resalta la importancia del entorno relacional entre cuidadores. Así, el modelo respalda enfoques perinatales que integran la salud mental de ambos progenitores, la experiencia del parto y el fortalecimiento de la relación de pareja como estrategias para prevenir dificultades vinculares tempranas en el desarrollo infantil.

5 DISCUSIÓN

5.1. Interpretación General de los Resultados

Paso a resumir los hallazgos más relevantes de nuestro estudio de investigación.

En primer lugar, las prevalencias encontradas en retraimiento infantil (H1.1), depresión postparto materna (H2.1) y paterna (H2.2.) son consistentes con las prevalencias reportadas en otros estudios:

Los resultados del estudio muestran una prevalencia del 16.6% de retraimiento social en bebés entre 2 y 6 meses. Estos resultados están en línea con estudios previos donde aproximadamente entre un 10-16% de los bebés a nivel mundial presentan retraimiento social, tomando un punto de corte de 5 en la escala ADBB (Guedeney et al., 2012, Puura, et al., 2007, Matthey, et al., 2005, Dollberg, et al., 2006, Costa & Figueiredo, 2011, Facuri Lopes, et al., 2008, De Rosa et al., 2010, Molteno, et al., 2014, Smith-Nielsen et al., 2018Zhou et al. 2021, Kvestad et al. 2024).

Se confirma la hipótesis H2.1. La prevalencia de síntomas de depresión postparto en las madres de nuestra muestra es de 16.6%, evaluada mediante la escala EPDS, utilizando un punto de corte de 11. Este resultado coincide con estudios realizados en contextos europeos, donde la prevalencia oscila entre el 14% y el 19%, tomando también el punto de corte de 11 (Galvin et al., 2005, Goodman et al., 2011).

Así mismo, queda confirmada la hipótesis H2.2. La prevalencia de síntomas de depresión postparto en los padres de nuestra muestra es del 15.1%, evaluada mediante la escala EPDS con un punto de corte de 9 para padres en población española. La literatura indica que aproximadamente entre un 10% y un 16% de los padres pueden experimentar depresión postparto (Paulson et al., 2010; Xiao et al., 2024; Álvarez-García et al., 2024), tomando el punto de corte de 9 (Matthey et al., 2001).

A continuación, se presenta un análisis de la relación entre la salud mental parental, específicamente depresión, ansiedad y estrés, y el retraimiento infantil en bebés de entre los 2 y 6 meses. En general, los resultados no apoyan una correlación positiva entre salud mental, tanto materna como paterna, y el retraimiento infantil en el bebé (La H3.1. queda apoyada por correlaciones).

En relación a la salud mental materna se observa que el estrés relacionado con la parentalidad correlaciona positivamente con todas las variables, excepto con el estrés del padre y el retraimiento infantil. Es decir, a más estrés de la madre respecto a la maternidad, mayores niveles de ansiedad estado y rasgo tanto en madre como en padre, y mayores niveles en las subescalas del EPDS de depresión, anhedonia y ansiedad, tanto en padre como en madre.

En relación a la salud mental paterna se observa que el estrés relacionado con la parentalidad solo correlaciona de manera significativa con la ansiedad estado de la madre, con la ansiedad rasgo del padre y la subescala del EPDS- Ansiedad del padre.

Contrariamente a lo planteado en la hipótesis H3.1., ninguna de las variables relacionadas con la salud mental de los padres mostró una correlación significativa – ni directa ni inversa - con el retraimiento infantil entre los 2 y 6 meses de edad. Estos resultados se alejan de lo señalado en estudios previos, como los de Kraemer (2003), Matthey (2005), Goodman (2011), Grollemund (2020) que sugerían una asociación entre la salud mental parental y manifestaciones tempranas de retraimiento en la infancia. Estos estudios han evidenciado que la salud mental de madres y padres se vinculan con un deterioro en el vínculo afectivo y en las relaciones sociales con sus hijos, lo que puede acarrear consecuencias negativas para la salud física y mental del bebé (Slomian et al., 2019).

Los resultados obtenidos sugieren que las madres tienden a mostrar una organización emocional interna más estructurada que los padres, evidenciada por correlaciones más

elevadas entre sus variables emocionales. En particular, las altas correlaciones entre síntomas clínicos en madres podría indicar la presencia de un factor emocional general subyacente, cuya existencia podría explorarse en futuras fases del estudio mediante análisis factoriales confirmatorios.

En contraste, las correlaciones interparentales fueron más evidentes en dimensiones emocionales de carácter más disposicional y estable, como el afecto y la regulación emocional, lo que refuerza la hipótesis de una sincronía emocional en la pareja en dimensiones disposicionales más que clínicas.

Finalmente, la limitada asociación entre el estado emocional parental y el comportamiento de retraimiento observado en el bebé, con la excepción de la ansiedad paterna, plantea interrogantes relevantes sobre los mecanismos de transmisión emocional en la díada o tríada familiar. Este hallazgo abre nuevas líneas de investigación orientadas a profundizar en la comprensión del impacto diferencial del malestar emocional materno y paterno en el desarrollo infantil temprano.

Podemos encontrar explicaciones a estos resultados en las teorías del género y su relación con el rol materno y paterno:

La maternidad como construcción cultural y política

El trabajo de Elisabeth Badinter (1991) desmitifica la maternidad al presentar su evolución como una construcción histórica más que una función natural e inmutable. A través de una revisión crítica de distintas épocas, Badinter argumenta que los sentimientos maternos no son instintivos, sino moldeados por los valores culturales, las condiciones socioeconómicas y las normas sociales. La maternidad idealizada surge como una exigencia moderna, particularmente en las sociedades occidentales industrializadas, donde se espera que la mujer encuentre su plenitud exclusivamente en el rol materno (Badinter, 1991). En línea similar, Adrienne Rich (1986) diferencia entre la maternidad como experiencia vivida y como institución social. Señala que mientras la vivencia personal de la maternidad puede ser rica y significativa, la institución de la maternidad ha sido históricamente usada para controlar a las mujeres, limitando su autonomía y reforzando estructuras patriarcales (Rich, 1986). Esta crítica se complementa con Susan Douglas y Meredith Michaels (2004), quienes analizan cómo los medios de comunicación y la cultura popular han impuesto el mito de la "buena

madre", perpetuando una figura idealizada que deja poco espacio para la individualidad y la agencia materna (Douglas & Michaels, 2004).

Sharon Hays (1996) introduce el concepto de "intensive mothering" para describir el ideal contemporáneo que exige que las madres sean las cuidadoras primarias, siempre disponibles emocionalmente y centradas en el desarrollo óptimo del hijo. Esta expectativa entra en contradicción con las demandas del trabajo asalariado y contribuye a una carga desigual de género en la crianza (Hays, 1996).

Género, diferencia y subjetividad femenina

Simone de Beauvoir (1999), en *El segundo sexo*, establece que "no se nace mujer, se llega a serlo", abriendo el camino a una concepción del género como construcción cultural. Beauvoir plantea que la mujer ha sido definida en función del hombre (el "Otro"), lo cual se extiende también a su rol como madre, donde encuentra su valor social desde la otredad (Beauvoir, 1999). Desde la psicología del desarrollo, Carol Gilligan (1982) desafía los modelos androcéntricos de la moralidad, proponiendo que las mujeres tienden a desarrollar una ética del cuidado más que una ética de la justicia. Esta ética del cuidado puede influir en cómo las mujeres viven la maternidad, otorgando prioridad a las relaciones, lo que se convierte tanto en fuente de empoderamiento como de opresión en contextos socioculturales que lo exigen como obligación (Gilligan, 1982). Marta Lamas (1994) profundiza en la distinción entre sexo, género y sexualidad, y cómo el cuerpo femenino ha sido inscripto con significados sociales que refuerzan los roles tradicionales de género. La maternidad se convierte así en un mandato simbólico que delimita el campo de acción de las mujeres en muchas culturas (Lamas, 1994).

La paternidad y la masculinidad: tensiones y transformaciones

En contraposición a los discursos centrados exclusivamente en la maternidad, Scott Coltrane (1996) propone una mirada crítica sobre la paternidad contemporánea. En el capítulo "Gender, Culture, and Fatherhood", analiza cómo la implicación de los hombres en el cuidado infantil está mediada por normas de género persistentes que aún colocan a la figura paterna en un rol secundario. Coltrane argumenta que los cambios culturales están permitiendo modelos más equitativos, pero que las estructuras laborales y los valores tradicionales continúan obstaculizando una verdadera corresponsabilidad (Coltrane, 1996). Raewyn Connell (2005), con su teoría de las masculinidades, señala que existe una jerarquía entre distintos tipos de masculinidad, siendo la hegemónica

aquella que se opone a lo femenino, rechaza el cuidado y privilegia la autoridad. Esta construcción restringe la expresión emocional de los hombres y su participación activa en la paternidad, aunque también identifica formas emergentes de "masculinidad cuidadora" que buscan desafiar este modelo dominante (Connell, 2005).

Desde una perspectiva sociocultural más amplia, Deborah Lupton (1999) examina cómo los discursos de riesgo influyen en las decisiones parentales. Argumenta que en las sociedades contemporáneas, la maternidad y la paternidad están profundamente marcadas por una cultura del riesgo que exige a los padres —pero especialmente a las madres— una vigilancia constante para prevenir daños a los hijos. Esta cultura reproduce desigualdades de género, al colocar más responsabilidad emocional y moral en las mujeres (Lupton, 1999).

A continuación, los resultados de esta investigación serán interpretados a la luz de las teorías del género planteado por las autoras referenciadas en los párrafos anteriores, que nos ofrecen un marco conceptual pertinente para comprender las diferencias observadas entre madres y padres en relación con sus perfiles emocionales. Se proponen algunas interpretaciones posibles a partir de este enfoque:

1. Carga emocional y rol de género: mayor coherencia emocional en las madres

Uno de los patrones más destacados en los datos es que las madres presentan correlaciones más fuertes y significativas entre las variables emocionales - incluyendo síntomas de depresión, ansiedad, anhedonia, estrés parental percibido y estrategias de regulación afectiva. Desde una perspectiva de género, este fenómeno podría explicarse de las siguientes maneras:

- **Sobrecarga emocional y de cuidado:** En numerosos contextos socioculturales, persiste una asignación desigual de las responsabilidades de cuidado., siendo las madres quienes asumen, especialmente durante las primeras etapas del desarrollo, la mayor parte de la carga del cuidado infantil/la mayor parte de las tareas relacionadas con la crianza., especialmente. Esta sobrecarga puede conllevar una mayor vulnerabilidad al estrés, la ansiedad y los síntomas depresivos lo que se reflejaría en una mayor interconexión entre las variables emocionales.

- **Mayor sintonía emocional:** Las mujeres han sido históricamente socializadas para ser más conscientes y expresivas emocionalmente. Esta tendencia puede contribuir a una mayor coherencia interna entre distintas dimensiones emocionales, como sugiere, por ejemplo, la elevada correlación observada entre ansiedad y depresión en las madres ($r = .902^{**}$).
- **Presión social sobre el desempeño materno:** El ideal normativo de la “buena madre”, ampliamente difundido en las representaciones sociales contemporáneas, puede intensificar el impacto emocional de los desafíos perinatales. Esta presión simbólica y práctica puede favorecer la aparición de síntomas internalizados, los cuales se manifiestan en los patrones correlacionales observados.

2. Padres: menor coherencia emocional y síntomas más disociados

En contraste con las madres, los padres presentan un patrón diferente en la organización de sus variables emocionales, caracterizado por una menor coherencia interna. Este patrón se manifiesta de la siguiente manera:

- **Correlaciones más débiles entre variables emocionales:** Por ejemplo, la correlación entre depresión y ansiedad en el grupo de padres, aunque significativa es menor que en madres, y otras correlaciones incluso son negativas o no significativas (ej. EDPS - AE = .123).
- **Normas de género y expresión emocional:** Esta menor coherencia podría estar vinculada a patrones de socialización de género tradicionalmente masculinos, los cuales tienden a desalentar la expresión de vulnerabilidad emocional. Muchos hombres han sido educados bajo el mandato cultural de la fortaleza emocional y el autocontrol, lo que puede derivar en una menor capacidad para identificar, procesar o expresar emociones negativas. Esta represión o desconexión emocional puede traducirse en patrones de respuesta más inconsistentes, no lineales y menos articulados a nivel afectivo

Relación con el comportamiento infantil: A diferencia de las madres, los padres mostraron correlaciones más significativas con el retraimiento social del bebé, siendo la asociación con la ansiedad paterna especialmente relevante (padre - ADBB = .214*).

Este hallazgo sugiere que:

- Cuando los padres manifiestan ansiedad, puede resultar más disruptiva o menos contenida emocionalmente en comparación con las madres, quizás por tratarse de una manifestación menos habitual y, por tanto, menos modulada por prácticas previas de regulación emocional en el contexto de la crianza.

3. Parentalidad como co-construcción: simetría en regulación emocional

Un hallazgo relevante del estudio es la elevada correlación observada entre madres y padres en las dimensiones de ansiedad estado y ansiedad rasgo, lo que sugiere una notable sintonía emocional entre ambos miembros de la diada parental en variables emocionales. Este patrón podría interpretarse desde dos perspectivas complementarias:

- Desde una perspectiva de rol de género y los procesos de selección y adaptación conyugal: La elevada concordancia en las estrategias emocionales y de afrontamiento podría reflejar un fenómeno de selección de pareja. Adicionalmente la convivencia prolongada y la experiencia compartida en la crianza pueden fomentar procesos de co-construcción emocional. Este hallazgo sugiere que las parejas tienden a compartir un estilo emocional o de afrontamiento, probablemente por selección de pareja (se eligen en base a compatibilidad emocional) o por co-construcción emocional en la convivencia y la crianza.
- También puede sugerir que, aunque los roles sociales sean distintos, existen dimensiones afectivas comunes en la parentalidad moderna, especialmente en parejas que comparten más equitativamente los cuidados.

4. El estrés y la carga invisible: un impacto más fuerte en madres

El estrés parental percibido (PSS) muestra una asociación más fuerte y negativa con otras variables psicológicas en madres que en padres. Este patrón puede ser interpretado bajo el concepto de "carga mental" o "trabajo invisible" en mujeres, el cual hace referencia al conjunto de tareas de planificación, anticipación y gestión

emocional relacionadas con el hogar y los hijos que recaen desproporcionadamente sobre las mujeres en el contexto doméstico y de crianza.

Las madres, al tener más responsabilidades emocionalmente demandantes y menos tiempo para cuidarse, son más vulnerables a que el estrés percibido impacte directamente en su regulación emocional.

5. Expresividad emocional y socialización de género

Las elevadas correlaciones observadas entre síntomas emocionales en madres pueden reflejar una estructura latente compartida, pero también pueden deberse a diferencias de expresividad emocional asociados al género. En particular puede estar vinculado a:

- Una mayor tendencia a la autoobservación emocional.
- Una menor inhibición para reconocer y reportar síntomas emocionales, en contraste con lo que ocurre con los padres, quienes debido a la normatividad masculina, tienden a minimizar o reprimir la expresión de emociones.

Esto sugiere que los instrumentos psicométricos utilizados, aunque válidos, podrían captar de forma diferente las experiencias emocionales según el género, debido a cómo hombres y mujeres aprenden a comunicar su malestar. En este sentido, las diferencias de género en la disposición a verbalizar el malestar emocional deben considerarse como un factor interpretativo relevante en los estudios de parentalidad.

6. Relación con el bebé: una implicación interesante del género

Un hallazgo particularmente revelador es que la única asociación significativa con el retraimiento del bebé se da con la ansiedad del padre, y no con la de la madre. Este patrón puede deberse a:

- Es posible que la ansiedad paterna tenga una mayor visibilidad o un impacto más disruptivo en el comportamiento del bebé, debido a que el estilo de interacción del padre tiende a ser más físico, lúdico o abrupto en algunos casos, por lo que cualquier alteración emocional podría generar un impacto en el comportamiento infantil.

- El sistema emocional del bebé podría estar más sensibilizado a cambios inusuales en el entorno afectivo. Dado que la ansiedad en los padres es menos frecuente o esperada, su presencia podría generar un mayor impacto en el comportamiento infantil.

Desde una perspectiva de género, podría implicar que el malestar emocional paterno no es menos importante, pero sí más silencioso, lo que puede llevar a que sus efectos sean subestimados. Cuando dicho malestar se manifiesta, puede tener consecuencias significativas en la calidad de la interacción temprana con el bebé, y con ello, en el desarrollo socioemocional infantil.

Síntesis: la parentalidad como fenómeno emocionalmente codeterminado por el género

En conjunto, los resultados ponen en evidencia que los roles de género moldean no solo a la forma en que madres y padres experimenta y expresan sus emociones, sino también la manera en que estas emociones se interrelacionan y afectan la dinámica familiar. Es posible resaltar algunas implicaciones

- Las madres muestran una red emocional más densa y coherente, lo que puede reflejar tanto una mayor carga emocional como una mayor habilidad para identificar y expresar emociones.
- Los padres, en cambio, muestran un perfil emocional más disperso o menos estructurado, pero cuando sus emociones afloran, estas parecen tener un impacto notable, especialmente en la interacción con el bebé.
- Las relaciones entre ambos progenitores en regulación emocional sugieren un grado de simetría emocional interesante, probablemente mediado por la convivencia y la co-parentalidad. La simetría emocional observada entre ambos progenitores sugiere procesos de co-regulación mediados por la convivencia y la coparentalidad, lo que refuerza la idea de la parentalidad como un proceso de co-construcción afectiva.
- La inclusión del estado emocional de bebé a través del ADBB introduce una dimensión fundamental: el bienestar emocional de ambos padres tiene un papel

crucial en el desarrollo infantil, aunque sus manifestaciones y efectos sean distintas según el género.

Las construcciones socioculturales de la maternidad y la paternidad no solo configuran roles de género diferenciados, sino que también tienen efectos significativos en la salud mental de quienes los encarnan. El ideal contemporáneo de la "madre total" —presente en los discursos de Badinter, Rich, Hays y Douglas & Michaels— impone sobre las mujeres una carga emocional, física y moral que frecuentemente conduce al agotamiento psicológico o a sentimientos de insuficiencia. Este modelo exige una dedicación absoluta, situando a la mujer en una posición de constante evaluación social y autorregulación emocional, lo que incrementa el riesgo de experimentar malestar psicológico en el ejercicio de la crianza (Badinter, 1991; Rich, 1986; Hays, 1996; Douglas & Michaels, 2004).

Desde esta perspectiva, la salud mental materna se ve vulnerada por las contradicciones culturales entre el ideal de madre abnegada y las condiciones estructurales de la vida contemporánea, tales como las exigencias laborales, económicas y sociales. Como señalan Gilligan (1982) y Lamas (1994), muchas mujeres interiorizan estos mandatos como parte de una identidad moral femenina basada en el cuidado, lo que intensifica los sentimientos de culpa o fracaso cuando no se logra cumplir con esos estándares. Esta tensión puede derivar en una carga mental invisible, frecuentemente ignorada por el marco clínico como por las políticas públicas dirigidas a la parentalidad.

Por otro lado, la paternidad ha tenido históricamente un papel secundario en los discursos tradicionales sobre la crianza, lo que también repercute en la salud mental de los hombres, aunque de forma distinta. La masculinidad hegemónica, tal como la describe Connell (2005), obstaculiza la expresión emocional y dificulta la participación afectiva en la crianza, generando aislamiento y desconexión con la experiencia parental. Esta restricción emocional puede conducir a sentimientos de aislamiento, desconexión y malestar subjetivo, que rara vez son identificados como problemáticas psicológicas legítimas.

Sin embargo, las nuevas masculinidades cuidadoras que emergen (Coltrane, 1996) representan una oportunidad para una mayor implicación afectiva y corresponsabilidad

en las tareas de cuidado lo que favorece una oportunidad para redistribuir las cargas del cuidado y mejorar el bienestar psicológico en ambos progenitores. En este contexto, la redefinición de los roles de género no es únicamente una cuestión de equidad de género, sino también una estrategia clave en la promoción de la salud mental familiar.

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis H4.1 al evidenciar que algunas circunstancias perinatales actúan como variables moduladoras o mediadoras en la relación entre la salud mental parental y el retraimiento sostenido en el bebé.

- Con respecto a la madre existen diferencias en la depresión total (EPDS), la ansiedad rasgo y la subescala de depresión (EPDS), en función del grado de satisfacción de pareja.
- Se observa un mayor estrés materno cuando el parto se ha producido por cesárea.
- En los padres, se observa una diferencia significativa en la puntuación de anhedonia (subescala del cuestionario EPDS) asociada a la planificación del embarazo, siendo mayores los niveles de anhedonia cuando el embarazo no fue planificado.
- Se identifica una relación moderada entre el uso de tratamientos de reproducción asistida y el retraimiento en el bebé. Hay mayor proporción de casos sin puntuación de retraimiento en aquellas familias que no recurrieron al tratamiento de reproducción asistida. La razón por la que la relación es moderada es debido a que también hay muchos casos sin retraimiento en familias que sí utilizaron reproducción asistida.

Estos hallazgos son congruentes con estudios previos que señalan la influencia de variables moduladoras entre la salud mental del bebé y la salud mental de madres y padres (McHale & Lindahl, 2011, Davies et al., 2004, Johnson & Marlow, 2011, Zwaigenbaum et al., 2015, Stuart et al, 2022).

Las relaciones significativas se producen entre la ansiedad estado y la depresión de la madre. Se observa que por cada punto que aumenta la depresión materna, el grado de satisfacción de pareja disminuye en 0.311 unidades, y por cada punto de incremento en la ansiedad estado, la satisfacción disminuye en 0.032. Respecto al grado de satisfacción de pareja y el retraimiento relacional en el bebé, por cada punto

que aumenta la satisfacción de pareja, el retraimiento relacional se incrementa 2.136. Los valores R cuadrado indican que el grado de satisfacción de pareja explica un 44% del modelo.

La interpretación de este modelo de path analysis desde una perspectiva de género permite visibilizar cómo las construcciones sociales asociadas a los roles maternos y paternos pueden incidir en la experiencia emocional perinatal y, en última instancia, en el desarrollo del retraimiento relacional sostenido (RRS) en el bebé. Aunque tradicionalmente la investigación ha centrado la atención en la salud mental materna como principal variable de riesgo en el desarrollo infantil temprano, este modelo otorga un protagonismo destacado a la sintomatología paterna. Específicamente, la anhedonia y la depresión en los padres se asocian de forma más directa con variables intermedias como la vivencia del parto y la satisfacción de pareja, las cuales tienen una influencia robusta sobre el retraimiento infantil.

Esta configuración puede interpretarse como un avance hacia la inclusión del rol paterno en la comprensión de la dinámica perinatal. Sin embargo, también plantea interrogantes sobre la potencial invisibilización de otras formas en que el malestar materno se expresa y afecta la relación temprana con el bebé.

Desde una mirada crítica, la escasa magnitud de los coeficientes asociados a la depresión materna y a la ansiedad materna no necesariamente indica menor impacto clínico podría no reflejar una menor relevancia clínica, sino más bien podría evidenciar una limitación del modelo para captar las formas estructurales en que el género moldea la experiencia materna como es la presión social sobre las mujeres para sostener la salud emocional del bebé, el reparto desigual del trabajo de cuidado y la carga mental asociada a la maternidad aun cuando las madres manifiestan niveles de sintomatología emocional, esta puede ser naturalizada o internalizada de formas que no se traducen directamente en deterioros observables de la relación conyugal o en una vivencia negativa del parto. Esta invisibilización responde a mandatos sociales que exigen a las mujeres un desempeño sacrificado y emocionalmente competente, incluso en contextos de alta vulnerabilidad.

Asimismo, el peso atribuido a la "satisfacción de pareja" en la predicción del retraimiento infantil puede ser leído críticamente. Aunque este hallazgo resalta la

importancia de la alianza parental, también puede encubrir asimetrías estructurales. Por ejemplo, en relaciones heterosexuales es común que las mujeres sostengan en mayor medida la salud del vínculo afectivo, incluso a costa de su propio bienestar psicológico. Esta carga desigual no se evidencia directamente en el modelo, lo que pone de relieve la necesidad de incorporar variables que reflejen la distribución del trabajo emocional y del cuidado. En ese sentido, sería pertinente considerar, en futuras investigaciones, el impacto diferencial del género en la vivencia del parto y en la elaboración subjetiva de los eventos perinatales.

El período posparto supone una profunda reorganización en la vida de las parejas. El paso de la díada conyugal a la tríada familiar suele venir acompañado de una disminución en la satisfacción de pareja reportada por la madre, en parte por la sobrecarga física, emocional y simbólica que implica la maternidad intensiva, y también por la frecuente asimetría en la distribución del cuidado (Henderson & Brouse, 1991; Cowan & Cowan, 2000). Esta insatisfacción conyugal no solo refleja el impacto del cansancio o la falta de tiempo compartido, sino también la percepción de que el compañero no cumple con las expectativas emocionales y de corresponsabilidad en la crianza.

A su vez, muchos padres primerizos experimentan una decepción respecto a su rol de padre, que no se corresponde con el lugar central que esperaban ocupar. Esta decepción suele estar mediada por la vivencia de exclusión de la díada madre-bebé, especialmente en contextos donde se refuerza culturalmente el ideal de madre autosuficiente y el bebé es concebido como una extensión exclusiva de la madre (Badinter, 1991; Rich, 1986). Esta exclusión no siempre es impuesta, sino que a veces es también el resultado de una falta de iniciativa del propio padre o de una confusión entre el rol parental y el rol de pareja, lo que genera tensiones acumulativas.

Diversas investigaciones han mostrado que la percepción de una disminución en la intimidad emocional y sexual por parte de las madres en el posparto se asocia con un aumento de síntomas depresivos y con la vivencia de aislamiento (Lawrence et al., 2008). Este malestar conyugal se ve agravado cuando no existe una red de apoyo o cuando los hombres se sienten desplazados o “sustituidos” emocionalmente por el bebé. La paradoja es que muchos padres reportan altas expectativas sobre su implicación emocional en la paternidad, pero se enfrentan con un contexto que no los prepara

emocional ni culturalmente para sostener el nuevo rol sin la mediación de la pareja (Coltrane, 1996; Connell, 2005).

La falta de elaboración simbólica del tránsito a la paternidad como experiencia autónoma, y no solo como “ayuda” a la madre, puede llevar a una crisis de identidad masculina, lo que impacta negativamente tanto en la relación de pareja como en el vínculo con el bebé (Lupton & Barclay, 1997). Por otro lado, las madres que perciben un bajo compromiso emocional y práctico por parte del padre suelen mostrar mayor sintomatología depresiva, lo que alimenta una dinámica circular de distanciamiento emocional y funcional (Walker et al., 2010).

En este sentido, la baja satisfacción de pareja en el posparto reportada por la madre no solo es un indicador de crisis conyugal, sino también un reflejo de un desajuste en las expectativas y prácticas parentales. Y la decepción del padre ante su rol también puede ser leída como el síntoma de un modelo de paternidad que no ha sido suficientemente integrado, reconocido ni acompañado desde lo institucional.

En resumen, si bien el modelo contribuye a ampliar la mirada hacia el rol paterno en el desarrollo del retraining infantil, también revela vacíos analíticos propios de enfoques que no integran explícitamente la perspectiva de género. La inclusión de los varones como figuras activas en la experiencia perinatal es un avance necesario, pero debe evitar reproducir una falsa simetría que diluya las desigualdades estructurales que siguen afectando de forma desproporcionada a las mujeres.

Una perspectiva verdaderamente equitativa requeriría no solo visibilizar los efectos paternos, sino también ampliar la medición de variables que capten la sobrecarga materna, los mandatos de género y los sistemas de soporte diferenciado que operan en la etapa perinatal.

La H5.1 no queda confirmada. Los factores sociodemográficos en nuestra muestra, como el nivel educativo, la situación laboral, la edad de los progenitores y la percepción del nivel socioeconómico no influyen significativamente en la relación entre el retraining infantil y la salud mental parental. Por tanto, no se pudiendo replicar los resultados obtenidos por Bradley y Corwyn (2002).

5.2. Implicaciones Clínicas y Prácticas

Los resultados obtenidos en esta investigación no solo aportan evidencia empírica relevante sobre la salud mental perinatal y su impacto en el desarrollo socioemocional infantil, sino que también plantean implicaciones concretas para diversos ámbitos de acción. A continuación, se detallan las principales implicaciones clínicas y prácticas sugeridas a partir de los hallazgos:

1. Formación en salud mental perinatal para profesionales de atención primaria

Una de las implicaciones más urgentes se refiere a la necesidad de capacitar al personal sanitario, especialmente pediatras y enfermeros/as de atención primaria, en aspectos fundamentales de salud mental perinatal. La escasa formación específica en este campo limita la capacidad de los profesionales para identificar signos tempranos de malestar emocional en madres, padres y bebés. Se recomienda incluir en los programas formativos contenidos actualizados sobre psicopatología perinatal, apego temprano y herramientas de observación clínica como la escala ADBB (Alarm Distress Baby Scale), que permite detectar señales de retraimiento social en bebés desde los primeros meses de vida. Esta formación debería estar orientada no solo a adquirir conocimientos técnicos, sino también a desarrollar sensibilidad clínica y competencias comunicacionales para abordar estas situaciones de forma empática, respetuosa y eficaz.

2. Implementación de cribado sistemático en la consulta pediátrica

La consulta de control del bebé sano constituye un escenario privilegiado para la prevención y detección precoz del sufrimiento emocional infantil y familiar. A partir de los resultados obtenidos, se propone el desarrollo e implementación de protocolos sistemáticos de cribado emocional en atención primaria que integren la observación del bebé y la evaluación del estado emocional de sus cuidadores principales. Esto permitiría identificar de manera temprana signos de alerta que podrían pasar desapercibidos si se

atiende únicamente a parámetros físicos o de desarrollo motor. Asimismo, dicho cribado debería contemplar momentos claves del primer año de vida (por ejemplo, en la consulta de los 2, 4 y 6 meses) e incluir procedimientos breves, validados y culturalmente adecuados. La implementación de estos protocolos no solo aumentaría la capacidad diagnóstica del sistema, sino que también promovería una atención integral que contemple el bienestar emocional como parte esencial de la salud infantil.

3. Promoción activa de la corresponsabilidad parental desde el embarazo

Uno de los hallazgos más significativos de esta tesis es la evidencia del papel del padre en el bienestar emocional del bebé, así como la necesidad de contemplar la dinámica triádica en el abordaje clínico. En este sentido, se enfatiza la importancia de promover una corresponsabilidad parental real y efectiva desde las etapas más tempranas, incluso durante el embarazo. Esto implica fomentar la participación activa de los padres en las consultas prenatales y pediátricas, visibilizar sus necesidades emocionales, y superar prácticas clínicas que los excluyen de manera implícita o explícita. La implicación del padre no solo contribuye al bienestar del bebé, sino que también actúa como factor protector para la madre y refuerza el funcionamiento familiar general. Desde la práctica clínica, esto requiere una mirada inclusiva que incorpore a ambos progenitores como figuras relevantes en el proceso de acompañamiento perinatal.

4. Fortalecimiento de los recursos de apoyo emocional en el postparto

El período posnatal inmediato es una etapa especialmente vulnerable para las familias, en la que pueden emerger o intensificarse dificultades emocionales relacionadas con la experiencia del parto, la adaptación al rol parental, la relación de pareja y las condiciones materiales del entorno. En este estudio se identificaron diversos factores contextuales, como los partos traumáticos, los embarazos no planificados o la baja satisfacción con la pareja, como posibles moduladores del riesgo emocional en el postparto. Por ello, se recomienda reforzar los dispositivos de acompañamiento emocional accesibles desde el sistema sanitario público, incluyendo la atención psicológica perinatal, los grupos de apoyo a la crianza, y los espacios de escucha para madres y padres. Estos recursos deben estar integrados especialmente

en atención primaria y en coordinación con servicios de salud mental, con el objetivo de ofrecer un acompañamiento temprano que prevenga la cronificación del malestar y facilite una vinculación saludable entre el bebé y sus cuidadores.

5. Diseño e implementación de políticas públicas sensibles al vínculo temprano

Finalmente, los resultados de esta tesis respaldan la necesidad de desarrollar políticas públicas que reconozcan el impacto del entorno social y estructural en la salud mental perinatal y en la calidad del vínculo temprano. Se propone avanzar hacia marcos legislativos y programáticos que protejan el tiempo, la disponibilidad emocional y el bienestar de las familias durante los primeros meses de vida del bebé. Esto incluye medidas concretas como la ampliación y equiparación de los permisos parentales (con enfoque de género e inclusión del padre), el acceso universal a servicios de salud mental perinatal, y la creación de programas comunitarios de apoyo a la crianza. Un enfoque de política pública centrado en el vínculo temprano no solo tendría beneficios en términos de prevención de la psicopatología infantil, sino también en el desarrollo de competencias socioemocionales fundamentales para la vida futura de los niños y niñas.

El papel de la consulta pediátrica en atención primaria en la prevención del malestar parental y en la promoción de vínculos saludables

La consulta pediátrica en atención primaria representa uno de los pocos espacios institucionales donde las familias son acompañadas de forma continua desde el nacimiento del bebé, lo cual convierte a esta instancia en una oportunidad privilegiada para la prevención de problemas de salud mental, tanto en la infancia como en los adultos cuidadores. Si bien su objetivo tradicional ha sido el control del desarrollo físico y la vacunación, en las últimas décadas se ha reconocido el valor de su rol en la detección precoz de señales de alarma vinculares, afectivas y parentales (López-Herce et al., 2019; Zero to Three, 2017).

En este sentido, la consulta pediátrica puede contribuir activamente a desnaturalizar los mandatos de maternidad intensiva que afectan la salud mental materna, identificados por autoras como Hays (1996), Rich (1986) y Douglas & Michaels (2004), mediante una atención empática, sin juicio, que valide la pluralidad de experiencias parentales. Al

mismo tiempo, la atención pediátrica puede ayudar a visibilizar y legitimar la figura paterna en la crianza desde etapas tempranas, contrarrestando los modelos de masculinidad hegemónica señalados por Connell (2005) y Coltrane (1996).

La formación específica de los equipos pediátricos en aspectos relacionales y psicosociales es fundamental para que puedan identificar señales tempranas de retraimiento relacional infantil, dificultades vinculares madre-bebé, angustia parental o síntomas depresivos postnatales (Lupton, 1999; Gilligan, 1982). Desde una perspectiva feminista y crítica, Badinter (1991) y Lamas (1994) advierten que la maternidad ha sido sobrecargada simbólicamente, por lo que el acompañamiento desde la pediatría debe contribuir a aliviar la presión cultural que recae sobre las madres y promover una crianza compartida, en vez de reforzar estereotipos normativos.

Asimismo, el enfoque biopsicosocial que recomiendan las políticas de salud infantil más avanzadas —como las del modelo de "Salud Infantil Centrada en la Familia"— requiere que la pediatría deje de enfocarse exclusivamente en el niño como paciente individual y comience a trabajar con una mirada triádica: bebé—madre—padre. Esto incluye prácticas como preguntar por el estado emocional de los cuidadores, observar la calidad de las interacciones y derivar a salud mental perinatal o intervención temprana cuando sea necesario.

En definitiva, la consulta pediátrica de atención primaria tiene un enorme potencial como dispositivo preventivo universal, siempre que se fortalezca su dimensión vincular, relacional y comunitaria. Su capacidad para detectar malestares precoces, despatologizar la parentalidad, y ofrecer un espacio de escucha validante y accesible la convierte en una herramienta estratégica de las políticas públicas de salud mental perinatal y crianza saludable.

Prevención del retraimiento relacional sostenido (RRS) desde la consulta pediátrica de atención primaria

El retraimiento relacional sostenido (RRS) en la infancia temprana constituye una señal de alarma en el desarrollo socioemocional del bebé, manifestada como una

reducción persistente de la expresividad, la búsqueda de contacto y la respuesta afectiva ante estímulos sociales (Zeanah et al., 2016). Este patrón no puede entenderse aisladamente del contexto relacional temprano, donde las funciones maternas, paternas y del entorno inmediato juegan un papel determinante. En este marco, la consulta pediátrica se convierte en un dispositivo estratégico de prevención primaria y secundaria, capaz de identificar signos precoces de desregulación vincular y promover condiciones de contención emocional y reorganización parental.

Recomendaciones clínicas para la detección precoz del retraimiento social

Desde la atención primaria, se pueden implementar varias prácticas clínicas preventivas:

- Observación estructurada del vínculo: A partir del segundo mes de vida, el pediatra puede observar en consulta aspectos como la reciprocidad madre/padre-bebé, el contacto ocular, la respuesta del bebé al rostro humano y la cualidad emocional del intercambio. El uso de escalas breves como la "Alarm Distress Baby Scale" (ADBB) puede ser útil como herramienta de cribado (Guedeney & Fermanian, 2001).
- Preguntar activamente por el estado emocional parental: Incluir preguntas breves pero sistemáticas sobre el ánimo, el estrés, el sueño, el soporte social y la sobrecarga percibida de los cuidadores. Estas preguntas no solo tienen una función diagnóstica, sino también una función contenedora y despatologizante, que reduce la vivencia de aislamiento y validación emocional (López-Herce et al., 2019).
- Promover la participación del padre: Involucrar al padre (o segunda figura de apego) en las consultas desde el primer mes, subvirtiendo el modelo de madre como única figura relevante. Esto permite visibilizar malestares vinculados a la paternidad y abordar los efectos de los modelos tradicionales de masculinidad en la salud mental parental y fomentar la corresponsabilidad (Coltrane, 1996; Connell, 2005).

- Identificación de patrones disfuncionales de interacción: La mirada clínica debe ser sensible a señales como respuestas parentales monótonas, excesivamente ansiosas, hipercontroladoras o ausentes. Estas dinámicas son factores de riesgo para el retraimiento temprano del bebé, sobre todo si persisten en el tiempo (Zeanah et al., 2016).
- Derivación temprana y articulación intersectorial: Frente a señales persistentes de retraimiento o disfunción vincular, se recomienda la derivación a unidades de salud mental perinatal, programas de intervención temprana o psicoterapia vincular. Esto requiere que la pediatría trabaje en red y se aleje del modelo biomédico exclusivo.
- Prevención terciaria: acompañamiento a lo largo del desarrollo

El acompañamiento pediátrico no debe limitarse a la etapa perinatal. Durante los dos primeros años de vida, el seguimiento del desarrollo relacional del niño puede identificar el mantenimiento o instauración del funcionamiento de retraimiento relacional sostenido. La continuidad asistencial, el establecimiento de un vínculo confiable con el equipo de salud y la posibilidad de revisar experiencias parentales pasadas o actuales en un marco no culpabilizador son elementos protectores clave (Zero to Three, 2017).

Además, una pediatría sensibilizada en género, salud mental y neurodesarrollo puede contrarrestar los discursos idealizados de la maternidad que dificultan la búsqueda de ayuda por parte de las madres (Douglas & Michaels, 2004; Hays, 1996), y favorecer modelos de parentalidad emocionalmente sostenibles.

Los resultados de esta tesis doctoral aportan evidencia empírica sólida sobre la relevancia del retraimiento relacional sostenido (RRS) en la primera infancia como indicador precoz de malestar emocional, así como sobre su asociación con el estado

psicológico de las figuras parentales y con diversos factores contextuales perinatales. La incorporación del ADBB como herramienta de observación clínica en el contexto de atención primaria ha permitido visibilizar signos tempranos de sufrimiento en bebés entre los 2 y 24 meses, abriendo nuevas posibilidades para la prevención e intervención en salud mental perinatal desde un enfoque relacional e integral. Asimismo, el análisis de las variables emocionales de madres y padres ha permitido avanzar en la comprensión del impacto diferencial y compartido de la sintomatología afectiva (depresión, ansiedad, anhedonia, estrés parental percibido) en el desarrollo infantil, destacando la importancia de considerar la díada madre-bebé y la díada padre-bebé, así como las interacciones triádicas en el estudio del bienestar temprano. La escasa correlación entre síntomas clínicos entre los miembros de la pareja, junto con la mayor coherencia emocional observada en las madres, invita a profundizar en los determinantes individuales y sociales que configuran la experiencia emocional perinatal en cada progenitor.

Esta investigación pone de relieve la necesidad de transformar los modelos actuales de atención en la primera infancia, incorporando la dimensión emocional como parte esencial del cuidado pediátrico, y apostando por un enfoque proactivo, preventivo y centrado en las relaciones. Las implicaciones prácticas descritas, formación de profesionales, cribado sistemático, corresponsabilidad parental, apoyo en el postparto y políticas públicas sensibles al vínculo, constituyen líneas de acción prioritarias que podrían mejorar significativamente la detección precoz del sufrimiento emocional y favorecer un desarrollo infantil más saludable y equitativo.

En síntesis, esta tesis contribuye al creciente campo de la salud mental perinatal desde una perspectiva ecológica, vincular y aplicada. Propone un modelo de intervención temprana centrado en el bebé y su entorno relacional, con potencial para incidir tanto en la práctica clínica como en la formulación de políticas públicas más humanizadas y sostenibles.

5.3. Fortalezas del Estudio

1. Enfoque innovador y multidimensional

Uno de los principales aportes de esta tesis radica en su enfoque integrador y multidimensional para abordar el retraimiento relacional sostenido (RRS) en bebés durante los primeros meses de vida. A diferencia de la mayoría de los estudios previos centrados exclusivamente en la relación madre-bebé o en el malestar emocional materno, esta investigación incorpora de manera explícita la evaluación de la salud mental del padre, así como una consideración sistemática de las circunstancias perinatales (incluyendo variables obstétricas, sociodemográficas y de relación de pareja). Esta mirada triádica y contextualizada no solo responde a una necesidad creciente en el campo de la salud mental perinatal, sino que también constituye una aportación original al explorar la interacción de múltiples factores en un modelo explicativo más complejo y ajustado a la realidad de las familias contemporáneas.

La inclusión activa del rol paterno en el análisis representa un avance relevante en términos científicos y sociales. La evidencia generada visibiliza el impacto que la sintomatología ansiosa o depresiva del padre puede tener sobre el desarrollo emocional del bebé, un aspecto históricamente subestimado en la literatura científica. Este enfoque contribuye a una concepción más equitativa y corresponsable de la crianza, alineada con los actuales marcos de género e intervención familiar. Además, el estudio no se limita a un entorno experimental o clínico controlado, sino que se desarrolla en el contexto cotidiano de la consulta pediátrica en atención primaria del sistema público de salud. Esta elección metodológica refuerza la validez ecológica de los resultados, permitiendo observar las dinámicas familiares en situaciones reales y favoreciendo la aplicabilidad futura de estrategias de detección precoz dentro del circuito asistencial habitual.

2. Muestra diversa y representativa (Valencia y Almería)

Otro valor añadido del presente estudio es la inclusión de una muestra diversa y heterogénea, reclutada en dos comunidades autónomas distintas: Valencia y Almería. Esta decisión permite captar una mayor variabilidad sociocultural y geográfica,

ofreciendo una visión más amplia de las experiencias perinatales en el contexto español. La heterogeneidad de la muestra en términos de nivel educativo, situación laboral, estructura familiar y antecedentes obstétricos contribuye a aumentar la generalización de los hallazgos y a detectar patrones consistentes en diferentes realidades sociales. Además, el diseño multicéntrico favorece el diálogo entre equipos sanitarios de distintas regiones, lo cual resulta clave para la futura implementación de protocolos comunes en el sistema público.

3. Uso combinado de instrumentos validados y observación clínica

Desde una perspectiva metodológica, el estudio destaca por el uso riguroso de instrumentos psicométricos ampliamente reconocidos en el ámbito internacional. Para la evaluación de la sintomatología parental se emplean escalas como el EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), el PSS (Perceived Stress Scale) y el STAI (State-Trait Anxiety Inventory), todas ellas con propiedades psicométricas contrastadas en población perinatal. Junto a estas medidas autoinformadas, se incorpora la escala ADBB (Alarm Distress Baby Scale), una herramienta observacional especializada que permite identificar signos de retraimiento relacional en bebés a partir de los dos meses de edad. Esta combinación de métodos —autoinforme y observación directa— enriquece notablemente la calidad de los datos recogidos y permite triangular información desde diferentes fuentes, mejorando la validez de las inferencias. Además, el uso de la ADBB en el contexto pediátrico contribuye a sensibilizar a los equipos clínicos sobre la importancia de observar el comportamiento emocional del bebé como un indicador relevante de salud mental.

4. Análisis estadístico robusto y enfoque explicativo

El tratamiento estadístico de los datos se caracteriza por su solidez técnica y su adecuación a los objetivos de investigación. Se aplican diferentes técnicas analíticas — correlaciones bivariadas, análisis de varianza (ANOVA), pruebas de chi-cuadrado y modelos de análisis de trayectoria (path analysis)— que permiten no solo describir las asociaciones entre variables, sino también explorar relaciones causales y modelos explicativos complejos. Esta estrategia analítica posibilita integrar múltiples dimensiones (emocionales, contextuales, vinculares) en un mismo modelo, ofreciendo una lectura

más profunda y articulada del fenómeno del retraimiento relacional. El uso del análisis de trayectoria, en particular, permite identificar variables mediadoras y moduladoras en la relación entre el estado emocional de los progenitores y la conducta del bebé, abriendo nuevas líneas para la intervención clínica y la investigación futura.

5. Relevancia práctica y potencial preventivo

Finalmente, los hallazgos obtenidos en esta tesis tienen una clara proyección práctica, con implicaciones directas en el diseño de estrategias preventivas en salud mental perinatal. A partir de los resultados, se derivan recomendaciones específicas como la necesidad de formar al personal pediátrico en el uso clínico de la escala ADBB, incorporar sistemáticamente la evaluación del estado emocional de ambos progenitores en las consultas de control del bebé sano, y desarrollar protocolos de cribado que integren indicadores observacionales y autoinformados. Estas medidas podrían contribuir de manera efectiva a la detección temprana del sufrimiento emocional en la primera infancia y a la prevención de problemas psicopatológicos a largo plazo.

Además, el conocimiento generado en esta tesis puede ser útil para orientar políticas públicas que apuesten por un enfoque preventivo e integral de la salud mental perinatal. La evidencia recogida refuerza la necesidad de considerar el contexto familiar completo, incluyendo a ambos progenitores, y de diseñar intervenciones accesibles desde los servicios de atención primaria, garantizando así la equidad y la sostenibilidad del sistema de salud. En este sentido, esta investigación no solo constituye una contribución académica relevante, sino también una herramienta útil para la mejora continua de la atención sanitaria en los primeros mil días de vida.

5.4. Limitaciones del Estudio

A pesar de las fortalezas metodológicas y conceptuales destacadas en los apartados anteriores, esta investigación presenta una serie de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta al interpretar los resultados y al diseñar futuras líneas de investigación.

Reconocer estas limitaciones no solo permite contextualizar adecuadamente los hallazgos, sino también identificar áreas de mejora relevantes para el avance del conocimiento en salud mental perinatal y desarrollo infantil temprano.

1. Tamaño muestral limitado

Aunque el tamaño muestral alcanzado (114 familias) resultó suficiente para llevar a cabo análisis estadísticos con significación, incluyendo correlaciones, análisis de varianza y modelos de análisis de trayectoria (path analysis), este número restringe la generalización de los resultados a poblaciones más amplias y diversas. La potencia estadística de los modelos multivariantes, especialmente los que exploran relaciones complejas entre múltiples variables, puede verse comprometida por la dimensión de la muestra. En este sentido, futuros estudios podrían beneficiarse de una ampliación del tamaño muestral, así como del uso de técnicas estadísticas complementarias como el bootstrapping, que permitirían validar la estabilidad de los parámetros estimados y mejorar la precisión de los modelos.

2. Diseño transversal

El estudio se basa en un diseño de corte transversal, lo que implica que las variables fueron evaluadas en un único punto temporal. Este enfoque, aunque útil para identificar asociaciones significativas entre factores, impide establecer relaciones de causalidad o determinar la direccionalidad de los efectos observados. En consecuencia, los modelos de análisis de trayectoria aquí utilizados deben interpretarse como hipótesis de relaciones funcionales, más que como confirmaciones empíricas de mecanismos causales. Sería recomendable que futuras investigaciones adopten un diseño longitudinal, que permita seguir la evolución de los vínculos tempranos, el bienestar emocional parental y el comportamiento del bebé a lo largo del primer año de vida. Tal seguimiento temporal ofrecería una visión más robusta del impacto acumulativo de las variables psicosociales y relacionales sobre el desarrollo infantil.

3. Subrepresentación de familias monomarentales

La muestra del estudio incluyó únicamente nueve familias encabezadas por madres sin pareja, lo que impidió realizar análisis diferenciales específicos sobre este subgrupo. Esta subrepresentación limita la capacidad de captar la diversidad estructural de las familias contemporáneas y de analizar posibles particularidades en el afrontamiento emocional, el acceso a recursos o la percepción del vínculo con el bebé. Dado que las familias monomarentales pueden presentar condiciones de mayor vulnerabilidad o necesidades específicas en el periodo perinatal, sería de gran relevancia incluirlas de forma más representativa en investigaciones futuras, mediante estrategias de muestreo dirigido o reclutamiento activo en contextos comunitarios.

4. Desbalance de género en la recogida de datos

Durante el proceso de recopilación de datos, se observó una mayor tasa de respuesta y mayor tendencia a completar los cuestionarios maternos en comparación con los paternos. Este desbalance de género, frecuente en investigaciones perinatales, introduce un sesgo potencial que puede limitar la capacidad de realizar comparaciones equilibradas entre ambos progenitores. Además, puede condicionar la interpretación de los efectos del malestar emocional paterno sobre el retraimiento relacional del bebé, subestimando su impacto o generando una imagen parcial de la dinámica familiar. Para mitigar este sesgo en futuras investigaciones, sería recomendable implementar estrategias específicas para aumentar la implicación paterna, tales como cuestionarios digitales adaptados, horarios de evaluación flexibles o una mayor sensibilización sobre el rol del padre en la salud emocional del bebé.

5. Medición subjetiva de variables clave mediante escalas ad hoc

Algunas variables consideradas en el estudio, como la satisfacción con la pareja, la vivencia del parto o la percepción del apoyo recibido, fueron evaluadas mediante ítems diseñados ad hoc, sin respaldo en instrumentos estandarizados. Aunque estas medidas aportan información contextual valiosa y responden a necesidades específicas del estudio, su uso limita la comparabilidad con otros trabajos científicos y reduce la fiabilidad psicométrica de los resultados. De cara a futuras investigaciones, sería

aconsejable utilizar escalas validadas internacionalmente para evaluar la calidad de la relación de pareja, o para explorar la experiencia subjetiva del parto. Estas herramientas permitirían captar con mayor precisión constructos complejos y mejorar la validez interna de los modelos explicativos.

6. Limitaciones en la evaluación del entorno familiar ampliado

Aunque se incluyeron variables sociodemográficas y obstétricas básicas (edad, nivel educativo, tipo de parto, entre otras), el estudio no incorporó medidas sistemáticas del entorno familiar ampliado, como el grado de apoyo social percibido, la red de cuidados disponibles o la implicación de otros cuidadores significativos (abuelos, parejas no biológicas, etc.). Estos factores contextuales pueden desempeñar un papel crucial en la regulación emocional de los progenitores y en la calidad del vínculo temprano con el bebé. Su ausencia deja un área poco explorada que podría ser abordada en investigaciones futuras mediante instrumentos específicos que permitirían un análisis más integral del ecosistema familiar.

7. Falta de control sistemático de variables de confusión

Aunque en la discusión se reconocen potenciales variables de confusión (por ejemplo, la edad de los progenitores, el nivel socioeconómico o la paridad), no se observa un control estadístico sistemático de las mismas en los modelos multivariantes presentados. Esta omisión puede comprometer la validez interna de los hallazgos, al no aislar adecuadamente los efectos específicos de las variables principales sobre el retraimiento relacional del bebé. Para subsanar esta limitación, sería pertinente incluir en futuros análisis técnicas como la regresión múltiple o el análisis de covarianza (ANCOVA), que permiten ajustar los efectos de covariables relevantes y obtener estimaciones más precisas de los vínculos entre los factores estudiados.

5.5. Propuestas para Investigaciones Futuras

Los hallazgos de esta tesis abren múltiples líneas de investigación que podrían contribuir a profundizar en la comprensión del retraimiento relacional sostenido (RRS) en bebés, así como a mejorar las estrategias de prevención y detección temprana en el ámbito de la salud perinatal. A continuación, se detallan varias direcciones prioritarias para futuros estudios:

1. Ampliación y diversificación muestral

Es esencial replicar este estudio con muestras más amplias y heterogéneas, incluyendo participantes de distintas regiones geográficas, niveles socioeconómicos, y contextos culturales. Esta ampliación permitiría mejorar la validez externa y la generalización de los resultados. Asimismo, se destaca la importancia de incorporar de manera más representativa a familias monomarentales, homoparentales y otras configuraciones familiares menos exploradas en la literatura científica. Estas poblaciones presentan particularidades que pueden influir significativamente en las dinámicas de crianza y en el desarrollo emocional del bebé, por lo que su inclusión resulta clave para una investigación verdaderamente inclusiva y contextualizada.

2. Estudios longitudinales sobre la evolución del retraimiento social

Una de las principales limitaciones del presente estudio es su diseño transversal, que impide establecer relaciones causales. Por ello, se propone el desarrollo de investigaciones longitudinales que permitan seguir a las familias desde el embarazo hasta los primeros años de vida del niño. Este enfoque permitiría observar la evolución del RRS en el tiempo, identificar factores protectores y de riesgo en distintas etapas del desarrollo, y analizar las posibles consecuencias del retraimiento en dominios como la vinculación afectiva, el desarrollo cognitivo, la autorregulación emocional y la interacción social.

3. Triangulación metodológica y enfoque mixto

Para enriquecer la comprensión del retraimiento social, se sugiere incorporar metodologías cualitativas que complementen los datos cuantitativos. La realización de entrevistas en profundidad o grupos focales con madres, padres y profesionales de la salud permitiría captar matices subjetivos de la experiencia emocional perinatal, así como comprender cómo se perciben y afrontan las señales de retraimiento en el bebé. Este enfoque mixto facilitaría la integración de datos objetivos y vivencias personales, aportando una perspectiva más integral y humanizada del fenómeno.

4. Validación transcultural y ampliación del uso clínico de la escala ADBB

Dado el creciente interés por la detección precoz del sufrimiento emocional infantil, se recomienda continuar el proceso de validación psicométrica de la escala ADBB en población española, incluyendo análisis de fiabilidad, validez convergente y discriminante, así como estudios de sensibilidad y especificidad clínica. Además, sería pertinente comparar la ADBB con otras escalas estandarizadas de desarrollo socioemocional y explorar su utilidad en diferentes contextos culturales, sanitarios y sociales, lo que permitiría ampliar su aplicabilidad y utilidad clínica.

5. Incorporación de nuevas variables relevantes

Futuros estudios deberían considerar la inclusión de variables que no fueron abordadas en la presente investigación pero que resultan fundamentales para comprender la interacción temprana, tales como el estilo de apego de los cuidadores, la calidad del vínculo afectivo, el apoyo social percibido, el nivel de estrés postraumático vinculado al parto, o el ajuste diádico en la pareja. La incorporación de estas variables permitiría modelizar de forma más precisa los factores que inciden en el bienestar del bebé y en el desarrollo de síntomas de retraimiento relacional.

6. Evaluación de la interacción triádica y coparentalidad

El análisis de las dinámicas familiares debe superar el enfoque diádico tradicional (madre-bebé) para centrarse en la interacción triádica (madre-padre-bebé). Para ello,

se propone el uso de metodologías observacionales como el Lausanne Trilogue Play (LTP), que permite evaluar la calidad de la coparentalidad, la coordinación entre los cuidadores y el ajuste emocional del bebé ante interacciones compartidas. Este tipo de análisis contribuiría a comprender cómo las dinámicas relacionales familiares influyen en el desarrollo temprano del niño y en su capacidad de establecer vínculos seguros.

7. Diseño y evaluación de intervenciones preventivas en atención primaria

Una línea prioritaria de investigación consiste en el diseño, implementación y evaluación de programas de intervención preventiva en el marco de la consulta pediátrica. Estos programas podrían incluir componentes como la psicoeducación sobre señales tempranas de sufrimiento infantil, la promoción de la sensibilidad parental, la prevención de la depresión posparto y la mejora de la corresponsabilidad en la crianza. Evaluar empíricamente la eficacia de estas intervenciones permitiría generar evidencia útil para informar políticas públicas y protocolos asistenciales en salud mental perinatal.

6 CONCLUSIONES

Conclusión general

El presente estudio confirma que el Retraimiento Relacional Sostenido (RRS) en bebés de entre 2 y 6 meses se vincula de forma significativa con la salud mental de los progenitores, en particular con los niveles de ansiedad estado y rasgo y síntomas de depresión postparto en las madres cuando las variables están mediadas por la influencia de factores contextuales y perinatales como la vivencia subjetiva del parto y la satisfacción con la relación de pareja. Estos resultados evidencian la naturaleza multifactorial de este fenómeno y subrayan la necesidad de considerar el retraimiento del bebé como un indicador relacional, que emerge en un entramado dinámico entre las condiciones internas del bebé y las características psicoafectivas del entorno adulto. La relevancia de estos hallazgos radica en su aplicabilidad clínica: justifican la incorporación del cribado emocional temprano en la consulta pediátrica de atención primaria, con una perspectiva de salud mental perinatal que contemple de forma equitativa a madres y padres como figuras centrales en la organización del desarrollo socioemocional infantil.

6.1 Conclusión 1

OE1. Estimar la prevalencia del RRS en bebés de entre 2 y 6 meses

La prevalencia de retraimiento relacional sostenido detectada en esta investigación fue del 16,6%, lo que valida la hipótesis H1.1 y se alinea con las tasas reportadas en estudios internacionales realizados en poblaciones no clínicas. Esta cifra, consistente con investigaciones previas que utilizan la Escala ADBB (Alarm Distress Baby Scale) como instrumento de cribado, demuestra la viabilidad y sensibilidad clínica de aplicar dicha escala en el contexto de la atención pediátrica primaria. La identificación de un porcentaje relevante de bebés con indicadores de retraimiento antes de los seis meses constituye una llamada de atención para los sistemas de salud, ya que permite intervenir

tempranamente antes de que se consoliden patrones de desregulación emocional o riesgo psicopatológico. Esta conclusión refuerza la necesidad de formar a los profesionales pediátricos en la detección de señales relacionales tempranas, como el retraimiento, que tradicionalmente han quedado fuera del foco biomédico.

6.2 Conclusión 2

OE2 – Determinar la prevalencia de síntomas de depresión postparto en madres y padres.

Los resultados muestran una prevalencia del 16,6% de síntomas de depresión postparto en madres y del 15,1% en padres (considerando puntos de corte ajustados para este grupo), lo que confirma las hipótesis H2.1 y H2.2. Estos datos aportan evidencia empírica al creciente consenso internacional sobre la necesidad de superar el modelo maternal exclusivo de la salud perinatal. La alta tasa de sintomatología depresiva en ambos progenitores pone de manifiesto que el impacto emocional del nacimiento y la crianza temprana no es patrimonio exclusivo de las madres, sino que constituye una experiencia compleja y exigente también para los padres. En consecuencia, esta conclusión respalda la inclusión sistemática del padre en los programas de detección e intervención psicológica en el periodo perinatal, rompiendo con estereotipos de género que minimizan su malestar emocional o lo asocian únicamente al rol de apoyo.

6.3 Conclusión 3

OE3 – Analizar la relación entre salud mental parental y el retraimiento relacional

El análisis de los datos no evidenció una relación significativa entre el retraimiento social y los niveles de ansiedad y depresión en las madres ni en los padres, por lo que no se confirma la hipótesis H3.1. Se identificaron vías indirectas de influencia, lo que apunta a la necesidad de analizar las funciones parentales en clave sistémica, reconociendo que el malestar de uno de los cuidadores repercute de forma circular en el entorno relacional del bebé. Esta conclusión abre la puerta a intervenciones que no se limiten a la diada madre-bebé, sino que consideren el sistema familiar como unidad terapéutica.

6.4 Conclusión 4

OE4 – Examinar el papel modulador de las circunstancias perinatales

Las circunstancias perinatales tales como la vivencia subjetiva del parto, el tipo de parto, la planificación del embarazo y la satisfacción con la pareja, mostraron una influencia moduladora significativa en la relación entre salud mental parental y RRS, validando parcialmente la hipótesis H4.1. En particular, el análisis de trayectoria (path analysis) demostró que la satisfacción con la pareja y la experiencia subjetiva del parto actúan como mediadores significativos, es decir, son factores que potencian o amortiguan el impacto de la psicopatología parental sobre el comportamiento relacional del bebé. Esta conclusión subraya la importancia de abordar el parto no solo como un evento biológico, sino como una experiencia emocional significativa que puede marcar el inicio de la relación temprana con el bebé. Asimismo, la calidad del vínculo de pareja emerge como un recurso protector o factor de riesgo que debe ser evaluado clínicamente en el contexto perinatal.

6.5 Conclusión 5

OE5 – Evaluar la influencia de factores sociodemográficos

Contrariamente a lo planteado en la hipótesis H5.1, los factores sociodemográficos analizados (nivel educativo, edad, situación laboral y percepción socioeconómica) no mostraron una relación significativa con el RRS ni con la salud mental parental. Este resultado sugiere que el malestar emocional en el posparto y la manifestación de retraimiento relacional en el bebé pueden estar presentes en todos los estratos sociales, independientemente de las condiciones materiales. Si bien no se descarta que en otros contextos estos factores puedan tener algún efecto modulador, en esta muestra se confirma que la vulnerabilidad emocional trasciende el estatus socioeconómico, lo que refuerza la necesidad de diseñar estrategias universales de prevención e intervención, no únicamente dirigidas a colectivos de riesgo social.

Conclusión final

Los hallazgos de este estudio aportan evidencia empírica sólida y novedosa para justificar la incorporación formal y sistemática de la salud mental perinatal en los protocolos de atención pediátrica. La detección temprana del retraimiento relacional sostenido en el bebé y del malestar emocional parental, en madre y en padres, puede representar un factor decisivo en la promoción del desarrollo socioemocional infantil saludable. Más allá de la identificación de síntomas, lo que está en juego es la posibilidad de intervenir en las trayectorias vinculares en un momento crítico, cuando aún es posible reparar, acompañar y transformar. En este sentido, el enfoque relacional-familiar propuesto no solo es clínicamente pertinente, sino también éticamente imprescindible. El futuro de las políticas de salud infantil debe orientarse hacia modelos preventivos, integradores y centrados en la relación, en los cuales se reconozca que la salud del bebé no puede entenderse sin la salud emocional de quienes lo cuidan.

7 REFERENCIAS

- Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional Manual* (3rd ed), Psychological Assessment Resources Inc. Florida.
- Albidin, R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 407-412
- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M. & Stayton D.J. (1974). Sensitivity versus Insensitivity to the Baby's Communication Infant-mother attachment and social development: "Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals". En M.P.M. Richards (Ed) *The integration of a child into a social world*. London, Cambridge University Press.
- Ainsworth, M.D.S. (1978). Bowlby-Ainsworth Attachment Theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 1(3), 436–438. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00075828>
- Als H, Duffy F, McAnulty G.B., Rivkin, M.J., Vajapeyam, S., Mulkern, R.V., Warfield, S.K., ..., & Eichenwald, E.C. (2004). Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*, 113(4)846– 857
- Álvarez-García, P., García-Fernández, R., Martín-Vázquez, C., Calvo-Ayuso, N., & Quiroga-Sánchez, E. (2024). Postpartum Depression in Fathers: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(10), 2949. <https://doi.org/10.3390/jcm13102949>
- Ansermet, F. & Magistratti, P. (2006). *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*. Buenos Aires. Editorial Katz.
- Aron, A. & Aron, E. (2001) *Estadística para Psicología*. Buenos Aires. Prentice Hall
- Asociación Española de Pediatría, AEP (24 de abril de 2025). *Los pediatras defienden que el aprendizaje de la competencia digital en el entorno escolar se desarrolle sin usar pantallas*. <https://www.aeped.es/comite-promocion-salud/noticias/los-pediatras-defienden-que-aprendizaje-competencia-digital-en-entorno-escolar>
- Asociación Española de Pediatría, AEP (5 de diciembre de 2024). *La AEP actualiza sus recomendaciones sobre el uso de pantallas en la infancia y adolescencia*

<https://www.aeped.es/noticias/aep-actualiza-sus-recomendaciones-sobre-uso-pantallas-en-infancia-y-adolescencia>

- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, AEPap (2009). *Programa de Salud Infantil. Supervisión del desarrollo psicomotor y afectivo. Trastornos asociados*. <https://aepap.org/sites/default/files/psicomotor.pdf>
- Assumpção, F.B., Kuczynski, E., Gabriel Da Silva Gego M. & Castanho de Almeida Rocca, C. (2000). Escala de avaliação da retração no bebê: um estudo de validade. *Archivos de Neuro-Psiquiatria*, 60, 56-60.
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J.M., Matos, E. & Figueiredo, E. (1996). Postnatal depression in an urban area in Portugal, comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26, 135-141.
- Badinter, E. (1991). *La mujer y la madre: Una visión histórica de la maternidad*. Alianza Editorial. (Obra original publicada en 1980).
- Bakermans-Kranenburg, M.J. & van IJzendoorn, M.H. (2007). Research review: Genetic vulnerability or differential susceptibility in child development: The case of attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48,12, 1160-1173.
- Bauman, B.L., Ko, J.Y., Cox, S., Angelo,D.V., Warner, L., Folger, S., Tevendale, H D., ... & Barfield, W.D. (2020). Vital signs: postpartum depressive symptoms and provider discussions about perinatal depression. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69 (19) 575-581, <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6919a2>
- Beauvoir, S. de. (1999). *El segundo sexo* (M. Valdés, Trad.). Ediciones Cátedra. (Obra original publicada en 1949).
- Berry, J.O., & Jones, W.H. (1995). The Parental Stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463-472.
- Bonifacino, N., Plevak, A., & Silveira, A. (2014). Retraimiento sostenido. Un indicador de riesgo en el desarrollo temprano. Detección e intervención en el primer nivel. Experiencia en dos centros de salud pública del área metropolitana. *Archivos de Pediatría de Uruguay*, 85(1):34-42.
- Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolescent Psychiatry*, 6, 5–33.

- Bowlby, J. (1982). Attachment and Loss - Retrospect and Prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678.
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Vol 2: Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.
- Braarud, H.C., Slinning, K., Moe, V., Smith, L., Vannebo, U.T., Guedeney, A., & Heimann, M. (2013). Relation between social withdrawal symptoms in full-term and premature infants and depressive symptoms in mothers: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 532–541. <https://doi.org/10.1002/imhj.21414>
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53, 371–399.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135233>
- Brazelton, B. (2001). *Momentos clave en la vida de tu hijo*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Brazelton, T.B., Koslowski, B., & Main, M. (1974). Origins of reciprocity. En M. Lewis, & L. Rosenblum (Eds.), *Mother Infant Interaction* (pp. 57-70). New York, John Wiley & Sons.
- Bronte-Tinkew, J., Scott, M.E., Horowitz, A., & Lilja, E. (2009). Pregnancy intentions during the transition to parenthood and links to coparenting for first-time fathers of infants. *Parenting: Science and Practice*, 9(1-2), 1–35.
<https://doi.org/10.1080/15295190802656729>
- Bürgin, D., & von Klitzing, K. (1995). Prenatal representations and postnatal interactions of threesome (mother, father, baby). In J. Bitzer & M. Stauber (Eds), *Psychosomatyk obstetrics and gynaecology* (pp. 185-191). Bologna: Monduzzi Editore
- Burtchen, N., Alvarez-Segura, M., Mendelsohn, A.L., Dreyer, B.P., Castellanos, F.X., Catapano, P. & Guedeney A. (2013). Screening for sustained social withdrawal behaviors in Six-month-old infants during pediatric primary care visits: Results from an at-risk Latino immigrant sample with high rates of maternal Major depressive disorder. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 542–552
- Cajal, S.R. (1 de junio de 2007). Histología del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados. Tomo I: Estudios sobre el plan estructural y composición histológica de los centros nerviosos adicionados de consideraciones fisiológicas fundadas

en los nuevos descubrimientos. *Boletín Oficial del Estado*. Consultado el 26 de febrero de 2023

- Carneiro, C., Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, E. (2006). The prenatal Lausanne Triologue play: A new observational assessment tool of the parental coparenting alliance. *Infant Mental Health Journal*, 27(2), 207-228
- Chhabra, J.; Li, W.; McDermott, B. (2022) Predictive Factors for Depression and Anxiety in Men During the Perinatal Period: A Mixed Methods Study. *American Journal of Men's Health*, 16, 155798832210794.
- Clavenna, A., Seletti, E., Cartabia, M., Didoni, A., Fortinguerra, F., Sciascia, T., ..., Bonati, M. on behalf of the Postnatal Depression Study Group (2017). Postnatal depression screening in a paediatric primary care setting in Italy. *BMC Psychiatry*, 17(1) <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1205-6>
- Cohn, J.F., & Tronick, E.Z. (1983). Three month old infant's reaction to simulated maternal depression. *Child Development*, 54,334-235.
- Coltrane, S. (1996). Family man: Fatherhood, housework, and gender equity. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195082166.003.0007>
- Conel, J.L. (1959). *The postnatal development of the human cerebral cortex*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Connell, R. W. (2005). Masculinidades (R. Pérez, Trad.). Paidós. (Obra original publicada en 1995).
- Corboz-Warnery, A., Fivaz-Depeursinge, E., Gertsch Bettens, C., & Favez, N (1993). Systemic analysis of father-mother-baby interactions: The Lausanne triadic play. *Infant Mental Health Journal*. 14(4), 298-316
- Costa, R., & Figueiredo, B. (2011). Infant's psychophysiological profile and temperament at 3 and 12 months. *Infant Behavior and Development*, 34(2), 270–279. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.01.002>
- Costa, R., Figueiredo, B. (2012). Infant's behavioural and psysiological profile and mother-infant interaction. *International Journal of Behavioral Development*, 36(3), 205-214.

- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). When partners become parents: The big life change for couples. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cowan, P., & McHale, J. (1996). Coparenting in a family context: Emerging achievements, current dilemmas, and future directions. In J. McHale & P. Cowan (Eds), *Understanding how family-level dynamics affect children development: Studies of two-parents and families* (New Directions for Child Development, Vol. 749, pp. 93-106). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>.
- D'Ocon, A. y Simó, S. (2008). *Escalas de calificación conductual del temperamento infantil: ECCTI-R*. Documento no publicado. Universidad de Valencia.
- Dann, Y., Egotubov, A., Hecker, A. G., Sheiner, E., Uzevovsky, F., & Sela, N. G. (2025). Paternal depressive symptoms and infant respiratory sinus arrhythmia predict empathy-related behaviors. *Psychophysiology*, 62(2), e14737. <https://doi.org/10.1111/psyp.14737>
- Davies, P., Cummings, E., & Winter, M., (2004). Pathways between profiles of family functioning, child security in the interparental subsystem, and child psychological problems. *Development and Psychopathology*, 16, 525-550
- De Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Décima reimpresión: enero 2019. México. Penguin Random House.
- De Rosa, E., Curro, V., Wendland, J., Maulucci, S., Maulucci, M.L. y De Giovanni, L. (2010). Psychometric properties of the Alarm Distress Baby Scale (ADBB) applied to 81 Italian children. Postnatal maternal depression, somatic illness and relational withdrawal in infants. *Devenir*, 22, 3, 209-223.
- Díaz-Herrero, A.; Brito de la Nuez, A.G., López Pina, J.A, Pérez-López, J. y Martínez-Fuentes, M.T. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema* 22 (4), 1033-1038.
- Díez, M.C. y Palau, P. (Coords.) (2013). *Los trastornos infantiles. Guía de acompañamiento familiar y profesional*.: Barcelona. Graó.

- Dollberg, D., Feldman, R., Keren, M., & Guedeney, A. (2006). Sustained withdrawal behavior in clinic-referred and non-referred infants. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 292–309. <https://doi.org/10.1002/imhj.20093>
- Douglas, S., & Michaels, M. (2004). *The mommy myth: The idealization of motherhood and how it has undermined women*. Free Press.
- Eddy, B., Poll, V., Whiting, J., & Clevesy, M. (2019). Forgotten Fathers: Postpartum Depression in Men. *Journal of Family Issues*, 40(8), 1001–1017. <https://doi.org/10.1177/0192513X19833111>
- EFE: Salud (3 de enero de 2025). Los pediatras Julio Álvarez Pitti y María Salmerón analizan en un artículo para EFESalud cómo debe utilizarse la tecnología digital para que no resulte perjudicial para los menores. <https://efesalud.com/tecnologia-digital-menores-uso-pediatras-alvarez-pitti-salmeron/>
- Facuri Lopes, S. C., Ricas, J., & Mancini, M. C. (2008). Evaluation of the psychometrics properties of the Alarm Distress Baby Scale among 122 Brazilian children. *Infant Mental Health Journal*, 29(2), 153–173. <https://doi.org/10.1002/imhj.20169>
- Favez, N., Frascarolo, F., Keren, M. & Fivaz-Depeursinge, E. (2009). Principles of family therapy in infancy. En Zeanah, C.H. (Eds). *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*. Third Edition. (477-481). New York, The Guilford Press.
- Favez, N., Lopes, F., Fivaz-Depeursinge, E., Favez, N., Lopes, F., Bernard, M., Frascarolo, F., ..., & Fivaz-Depeursinge, E. (2012). The development of family alliances from pregnancy to toddlerhood and child outcomes at 5 years. *Family Process*, 51(4), 542–556. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01419.x>
- Favez, N., Frascarolo, F., Lavanchy Scaiola, C., Corboz-Warnery, A. & Fivaz-Depeursinge, É. (2014). Penser et agir la triade parents-bébé pendant la grossesse et après la naissance. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 53, 11-29. <https://doi.org/10.3917/ctf.053.0011>
- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, (3/4), 329-354.

- Field T. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 7(4), 517–522.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 4, 49–66.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmerman, E. A., & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show depressed behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59(6), 1569–1579. <https://doi.org/10.2307/1130671>
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008>
- Figueiredo, B. & Costa R. (2008). Estudo de validacao da versao portuguesa de Alarm Distress Baby Scale. *Acta Pedatria Portuguesa*, 39(5), 183-189.
- Figueiredo, B., Pinto, T. M., Pacheco, A., & Field, T. (2017). Fetal heart rate variability mediates prenatal depression effects on neonatal neurobehavioral maturity. *Biological Psychology*, 123, 294–301. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.10.013>
- Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (1999). *The primary triangle: A developmental systems view of fathers, mothers, and infants*. New York: Basic Books
- Fivaz-Depeursinge, E., Favez, N, Lavanchy, C, de Noni, S., & Frascarolo, F. (2005). Four-month olds make triangular bids to father and mother during Trilogue Play with still-face. *Social Development*, 14(2), 361-378
- Fogel, A. (1993). *Developing through relationships*. University of Chicago Press.
- Fox, N.A. (2004). Temperament and early experience form social behaviour. *Annals of the New York Academy of Science*, 1038, 171-178.
- Fraiberg, S. (1982). Pathological defenses in infancy. *The Psychoanalytical Quarterly*, 4, 612-635.
- Francis, D., Diorio, J., La Plante, P., Weaver, S., Seckl, J.R., Meaney, M.J. (1996) The role of early environmental events in regulating neuroendocrine development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 794, 136-52

- Freud, A. (1965) *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, A. y Burlingham, D.T. (1944) *Infants without families*. New York: International Universities Press.
- Freud, A. y Burlingham, D. T. (1965) *La guerra y los niños*. Buenos Aires: Hormé.
- Frossch, C., Mangelsdorf, S., & McHale, J. (2000). Marital behavior and the security of preschooler-parent attachment relationships, *Journal of Family Psychology*, 14(1), 144-161
- Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J., & Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75(1), 71–76. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00020-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00020-4)
- Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., Swinson, T. (2005) Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetric Gynecology* 106:1071–1083. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Golse, B. (1998). L'intersubjectivité. *Le Carnet-PSY*, 41, 30-31
- Gómez Papí, A. y Molina Morales, V. (2004). Lactancia Materna: Guía para profesionales. En: *Monografías de la AEP* 5, 175-189.
- Goodman, S.H., Rouse, M.H., Connell, A.M., Broth, M.R., Hall, C.M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1-27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- Gopnik, A., & Meltzoff, A. (1993). Imitation, Cultural Learning and the Origins of Theory of Mind. *Behavioral and Brain Sciences*, 16(3), 521–523. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00031368>
- Greenspan, S., Wieder, S. (1993). Regulatory disorders. In C.H. Zeanah (Ed), *Handbook of Infant Mental Health*, (pp.280-290), New York, Guilford Press.

- Grollemund, B., Dissaux, C., Gavelle, P., Martínez, C. P., Mullaert, J., Alfaïate, T., & Guedeney, A. (2020). The impact of having a baby with cleft lip and palate on parents and on parent-baby relationship: The first French prospective multicentre study. *BMC Pediatrics*, 20(1), 230. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02118-5>
- Grupo PrevInfad / PAPPs Infancia y Adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPs [en línea]. Actualizado mayo de 2014. [consultado 05-05-2025]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/actividades-por-edad-rec>
- Guedeney A, & Fermanian J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: the Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*, 22, 559-575. <https://doi.org/10.1002/imhj.1018>
- Guedeney, A., Forhan, A., Larroque, B., de Agostini, M., Pingault, J.B., Heude, B., EDEN Mother-Child Cohort Study (2016). Social withdrawal behaviour at one year of age is associated with delays in reaching language milestones in the EDEN Mother-Child Cohort Study. *PLoS ONE*, 11(7): e0158426. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158426>
- Guedeney, A., Guedeney, G., Tereno, S., Dugravier, R., Greacen, T., Welniarz, B., Saias, T., Tubach, F. and the CAPDEP Study Group. Infant rhythms versus parental time: promoting parent- infant synchrony. (2011). *Journal of Physiology-Paris*, 105, 195-200. <https://doi.org/10.1016/j.physisparis.2011.07.005>
- Guedeney, A., Marchand-Martin, L., Coté, S.J., Larroque, B. (2012) Perinatal risk factors and social withdrawal behaviour. *European Child & Adolescence Psychiatry*, 21:185–191, <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0250-4>
- Guedeney, A., Pingault, J.B., Thor, A., Larroque, B., The EDEN Mother-Child Cohort Study Group (2014) Social withdrawal at one year is associated with emotional and behavioural problems at 3 and 5 years: The Eden mother-child cohort study *European Child & Adolescence Psychiatry*, 23(12), 1181-1188 , <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0513-8>
- Guedeney, A. & Vermillard, M. (2004). L'échelle ADBB; intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant. *Méd Enfance*, 20(11), 364-71

- Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998) Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): New results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*, 13(2), 83-9. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(98\)80023-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(98)80023-0)
- Guedeney, A., Foucault, C., Bougen, E., Larroque, B. & Mentré F. (2008). Screening for risk factors of relational withdrawal behaviour in infants aged 14-18 months. *European Psychiatry*, 23, 150-155
- Guedeney, A., Grasso, F. & Strarakis, N. (2004). Le séjour en crèche des jeunes enfants: sécurité de l'attachement, tempérament, retrait relationnel et fréquence des maladies. (Entry in daycare for infants, attachment security, withdrawal behavior and frequency of diseases). *La Psychiatrie de l'enfant*, 47, 1, 259-312.
- Guedeney, A. (1997). From early withdrawal reaction to infant depression. A Baby alone does Exist. *Infant Mental Health Journal*, 18 (4), 339-349.
- Guedeney, A. (2000). Infant depression and withdrawal: clinical assessment. In: J. D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Eds), *WHAIM Handbook of Infant Mental Health*, Volume 4, (pp.455-484), New York, John Wiley & Sons.
- Guedeney, A. (2007). Infant's withdrawal and depression. *Infant Mental Health Journal*, 28, (4), 399-408. <https://doi.org/10.1002/imhj.20143>
- Guedeney, A., & Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 559–575. <https://doi.org/10.1002/imhj.1018>
- Guedeney, A., Doukhan, S., Forhan, A., Heude, B. & Peyre, H. on behalf of the EDEN Mother–Child Cohort Study Group (2017) To which extent social withdrawal at the age of 1 year is associated with IQ at 5–6 years old? Results of the EDEN mother–child cohort *European Child & Adolescent Psychiatry* 26, 1343-1350. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0988-9>
- Guedeney, A., Foucault, C., Bougen, E., Larroque, B., & Mentré, F. (2008). Screening for risk factors of relational withdrawal behaviour in infants aged 14-18 months. *European Psychiatry*, 23(2), 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.07.008>

- Guedeney, A., Marchand-Martin, L, Cote, SJ, Larroque B and the EDEN Mother-Child Cohort Study Group. (2012) Perinatal risk factors and social withdrawal behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21, 185-191. <https://doi.org/2012.10.1007/s00787-012-0250-4>
- Guedeney, A., Mentré, F. y Puura, K. (No publicado). Social withdrawal behavior in infancy: A history of the concept and a review of published studies using the Alarm Distress Baby Scale (ADBB).
- Guedeney, A., Moe, V., Puura, K., Mäntymaa, M., & Tamminen, T. (2010). Social withdrawal in infancy. In: Moe, V., Slinning, K. & Bergum Hansen, M. (Eds), *Handbook of Infant and Toddlers Mental Health*, (pp. 561 - 573). Oslo, Gyldendal AkademiskOslo.
- Guillén-Riquelme, A. *Validación de la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory en diferentes muestras españolas*. Granada: Universidad de Granada, 2014. 254 p. <http://hdl.handle.net/10481/34045>
- Gutiérrez-Zotes, A., Gallardo-Pujol, D., Labad, J., Martín-Santos, R., García-Esteve, L., Gelabert, E., ..., & Sanjuan, J. (2018). Estructura factorial de la versión española de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46 (5), 174-82.
- Hays, S. (1996). The cultural contradictions of motherhood. Yale University Press.
- Harlow, H.F. & Harlow, M.K. (1965). Learning to love. *Scientist American*, 207, 136-146
- Henderson, A., & Brouse, A. (1991). The postpartum period: The role of the father. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 20(4), 282–288. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1991.tb01814.x>
- Huttenlocher, P.R. (1990). Morphometric study of human cerebral cortex development. *Neuropsychología*, 28(6):517-27. [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(90\)90031-i](https://doi.org/10.1016/0028-3932(90)90031-i).
- Johnson, S., & Marlow, N. (2011). Preterm birth and childhood psychiatric disorders. *Pediatric Research*, 69(5), 11R–18R. <https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e318212faa0>
- Jover, M., Colomer, J., Carot, J. M., Larsson, C., Bobes, M. T., Ivorra, J. L., Ramón Martín-Brufau, R. & Sanjuan, J. (2014). Maternal anxiety following delivery,

early infant temperament and mother's confidence in caregiving. *The Spanish Journal of Psychology*, 22(17), E95. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.87>

Jullien, S., Huss, G. & Weigel, R. (2021). Supporting recommendations for childhood preventive interventions for primary health care: elaboration of evidence synthesis and lessons learnt. *BMC Pediatrics*, 21(1), 356. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02638-8>

Kandel, E.R. (2001). Neuroscience - The molecular biology of memory storage: A dialogue between genes and synapses. *Science*, 294(5544), 1030–1038. <https://doi.org/10.1126/science.1067020>

Kanner, L. (1943). Child psychiatry - Mental deficiency. *American Journal of Psychiatry*, 99(4), 608–610. <https://doi.org/10.1176/ajp.99.4.608>

Kolacz, J., & Porges, S. W. (2024). Social co-regulation of the autonomic nervous system between infants and their caregivers. In J. D. Osofsky, H. E. Fitzgerald, M. Keren & K. Puura (Eds.), *WAIMH handbook of infant and early childhood mental health: Biopsychosocial factors* (vol. 1) (pp. 169). Cham: Springer Nature Switzerland AG. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-031-48627-2_11

Kreisler, L., & Cramer B. (1981), Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson, *La Psychiatrie de l'enfant*, 24, 1, 223- 263

Kreisler, L. (1992) Désorganisation dépressive létale. En: *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. pp. 207-239. Dunot. Paris

Kreisler, L., Fain, M. y Soulé, M. (1999). Anorexias et vomissements. En: *L'enfant et son corps*. pp.131-184. PUF. Paris. 6^e Édition corrigée.

Kvestad, I., Ulak, M., Ranjitkar, S., Shrestha, M., Chandyo, R.K., Guedeney, A., Braarud, H.C., Hysing, M., & Strand, T.A. (2024). Social withdrawal behaviour in Nepalese infants and the relationship with future neurodevelopment; a longitudinal cohort study. *BMC Pediatrics*, 24(1) <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04658-6>

Lacan J. (1995). *La Relación de Objeto*. Barcelona: Paidós.

Lamas, M. (2018). *Cuerpo: Diferencia sexual y género*. Taurus.

Lamb, M., & Lewis, C. (2010). The development and significance of father-child relationships in two-parent families. In M. Lamb (Ed.), *The role of the father in* 158

child development (5 th ed., pp. 94-153). Hoboken, New York: John Wiley and Sons.

Larbán, J. (2008): Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a, en su primer año de vida. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, p. 63-152.

Lawrence, E., Rothman, A. D., Cobb, R. J., Rothman, M. T., & Bradbury, T. N. (2008). Marital satisfaction across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 22(1), 41–50. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.1.41>

Lebel, C., Walton, M., Letourneau, N., Giesbrecht, G.F., Kaplan, B. J., & Dewey, D. (2016). Prepartum and postpartum maternal depressive symptoms are related to children's brain structure in preschool. *Biological Psychiatry*, 80(11), 859–868. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.12.004>

Lebovici, S. (1983). *El lactante, su madre y el psicoanalista. Las Interacciones precoces*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.

Leonhardt, M. (1992). *El bebé ciego. Primera atención. Un enfoque psicopedagógico*. Barcelona, Editorial Masson. ONCE.

Leong, E. L., Stack, D. M., Lazimbat, O. K., Bouchard, S., & Field, T. M. (2024). Co-regulation, relationship quality, and infant distress vocalizations observed during mother-infant interactions: Influences of maternal depression and different contexts. *Infancy*, 29(6), 933–957. <https://doi.org/10.1111/infa.12617>

López-Herce, J., Mencía, S., Santiago, M. J., & Bustinza, A. (2019). Manual de cuidados intensivos pediátricos (3.ª ed.). Ergón.

Lupien, S.J., McEwen, B.S., Gunnar, M.R., & Heim, C. (2009) Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434–45.

Lupton, D. (1999). Risk and sociocultural theory: New directions and perspectives. Cambridge University Press.

Lupton, D., & Barclay, L. (1997). Constructing fatherhood: Discourses and experiences. Sage.

- Mäntymaa, M., Puura, K., Kaukonen, P., Salmelin, R.K. & Tamminen, T. (2008). Infants' social withdrawal and parents' mental health. *Infant Behavior & Development*, 31(4), 606-613. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.07.005>
- Mäntymaa, M. (2006). Early mother-infant interaction: Determinants and predictivity. Academic Dissertation. *Acta Universitatis Tamperensis* 1144.
- Maroto Navarro, G.; García Calvente, M.M. & Fernández Parra, A. (2004) Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 305-318.
- Maroto-Navarro, G., Ocaña-Riola, R., Gil-García, E. & García-Calvente, M.M. (2019). Análisis multinivel de la producción científica mundial sobre paternidad, desarrollo humano e igualdad de género. *Gaceta Sanitaria*, 34(6), 582-588. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.008>
- Marshall, P.J., & Meltzoff, A.N. (2015). Body maps in the infant brain. *Trends in Cognitive Sciences* 19, 499-505.
- Marty, P. (1968). La dépression essentielle. *Revue française de Psychanalyse*, 33, 3, 395.
- Marty, P. (1992). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D. J., & Howie, P. (2001). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders*, 64(2-3), 175-184.
- Matthey, S., Guedeney, A., Starakis, N., & Barnett, B. (2005). Assessing the social behavior of infants: Use of the ADBB scale and relationship to mother's mood. *Infant Mental Health Journal*, 26(5), 442–458. <https://doi.org/10.1002/imhj.20061>
- Matthey, S., & Della Vedova, A. M. (2020). Screening for mood difficulties in men in Italy and Australia using the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Matthey Generic Mood Questionnaire. *Psychology of Men & Masculinities*, 21(2), 278–287. <https://doi.org/10.1037/men0000227>
- Mazet, P., Bursztejn, C. & Houzel, D. (1998). Autisme et psychoses infantiles. *Encyclopedie. Médico-chirurgicale.*, 37, 201-G-10

- McHale, J. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy: The roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology*, 31, 985-996
- McHale, J., & Alberts, A. (2003). Thinking three, coparenting and family-level considerations for infant mental health professionals. *The Signal*, 11, 1-11.
- Meaney, M.J., Aitken, D.H., Bhatnagar, S., Van Berkel, C.H., Sapolsky, R.M. (1988) Postnatal handling attenuates neuroendocrine, anatomical and cognitive impairment related to the aged hippocampus. *Science*, 238, 766-8
- Melero Caveró, R. (2008). *La relación de pareja. Apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: consecuencias sobre la calidad de la relación*. Tesis doctoral. Universitat de València. Facultad de Psicología. Valencia.
- Melges, F.T., & Bowlby, J. (1969). Types of hopelessness in psychopathological process. *Archives of General Psychiatry*, 20(6), 690.
- Meltzoff, A.N. & Moore, M.K. (1977): Imitation of facial manual gestures by human neonates. *Science, New Series* 198 (4312), 75-78.
- Meltzoff, A.N. (1985). Immediate and deferred imitation in 14-month-old and 24-month-old infants. *Child Development*, 56(1), 62–72. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1985.tb00086.x>
- Meltzoff, A.N. (1990). Towards a developmental cognitive science - the implications of cross-modal matching and imitation for the development of representation and memory in infancy. *Annals of the New York Academy of Sciences-Series*, 608, 1–37. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1990.tb48889.x>
- Milne, L, Greenway, P, Guedeney, A. y Larroque B. (2009). Long term developmental impact of social withdrawal in infants. *Infant Behavior & Development*, 32,159-166 <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.12.006>
- Milner, J. (1999) Factores de riesgo. En: José Sanmartín (Ed.), *Violencia contra el niño* (pp.39-58). Barcelona, Ariel.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (SANIDAD, 2010). Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>

- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, P. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, 289-302.
- Moe, V., Braarud, H.C., Wentzel-Larsen, T., Slinning, K., Vannebo, U.T., Guedeney, A., Smith, L. et al. (2016). Precursors of social emotional functioning among full-term and preterm infants at 12 months: Early infant withdrawal behavior and symptoms of maternal depression. *Infant Behavior & Development*, 44, 159-168.
- Molteno, C.D., Jacobson, J.L., Carter, R.C., Dodge, N.C., & Jacobson, S.W. (2014). Infant emotional withdrawal: A precursor of affective and cognitive disturbance in fetal alcohol spectrum disorders. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 38(2), 479–488. <https://doi.org/10.1111/acer.12240>
- Murray, L, Trevarthen C. (1986). The infant' role in mother-infant communication. *Journal of Child Language*, 13: 15-29.
- Murray, L., & Cooper, P.J. (1997a). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, 77(2), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ad.77.2.99>
- Murray, L., & Cooper, P.J. (1997b). Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*, 27(2), 253–260. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004564>
- National Institute of Mental Health. (2024). *Depression*. (NIH Publication No. 21-MH-8079). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.
- Naciones Unidas (2023). Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Edición especial. https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf
- Novo Gueimonde, L., Teijelo, A.I., Sánchez-Sánchez, M.M., García Robles, R.M., Tejerizo García, A., Leiva, A., Benavente, J.M., ..., & Tejerizo López, L. C. (2000). Psicosis posparto. *Clínica e Investigación en Ginecología Y Obstetricia*, 27(10), 386–390.

- Oberlander, T.F., Jacobson, S.W., Weinberg, J., Grunau, R.E., Molteno, C.D. y Jacobson, J.L. (2010). Prenatal alcohol exposure alters biobehavioral reactivity to pain in newborns. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 34, 681-692.
- Oberman, L.M., Hubbard, E.M., Mccleary, J.P., Altschuler, E.I., Ramachandran, V.S. & Pineda, J.A. (2005). EEG evidence for mirror neuron dysfunction in autism spectrum disorders. *Cognitive Brain Research* 24, 190-198.
- Ohayon, A., Plas, R., Entrevista realizada por Tapia, C. (2016). Cuestiones contemporáneas en psicología. *Revista de Psicólogos*, 339(7), 51-58. <https://doi.org/10.3917/jdp.339.0051>
- Ohayon A. (2006). *Psicología y psicoanálisis en Francia. El encuentro imposible*, 1919-1969, París, La Découverte
- Okitundu-Luwa, D., Imbula Essam, B., Sombo Ayanne, M. T., Ndjukendi Omba, A., Otete Djamba, F., Kayembe Kalula, T., Kamanga Mbuyi, T., Guedeney, A., & Kashala-Abotnes, E. (2021). Sustained social withdrawal behavior and 'difficult' temperament among infants, in relation to maternal affectivity in a low-income area of Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *European child & adolescent psychiatry*, <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01873-9> correcciones en: <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01887-3>
- Oliver, M. (2009). *Estrés en la infancia. Prevención e intervención en pediatría. Impacto de la separación conyugal*. Buenos Aires, Fundasap.
- Oliver, M. (2010). *Diagnóstico precoz en salud mental pediátrica. Retracción relacional en los primeros años de vida*. Revista UAI. http://issuu.com/vaneduc/doc/revista_uai_noviembre_2010-oliver
- Oliver, M. (2011). Diagnóstico precoz en salud mental infantil. En: V. Fano, M. Del Pino & S. Caino (Eds), *Ensayos sobre crecimiento y desarrollo*. (pp.657-676), Buenos Aires, Paidós.
- Oliver, M. et al. (2009): *Validación Escala ADBB en niños argentinos*. Poster, Congreso Argentino de Pediatría.
- Oliver, M. Yulitta, H. & Guedeny, A. (2016). Análisis psicométrico de la Escala de Alarma sobre el Retraimiento Relacional del Bebé de uso pediátrico en niños argentinos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 62(2), 77-84

- OMS (2022). Organización Mundial de la Salud (30 de marzo de 2022). La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto. <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
- OMS (2022) Organización Mundial de la Salud (30 de marzo de 2022). Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57092/9789275326817_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Oronoz, B., Alonso-Arbiol, I., & Balluerka, N. (2007). A Spanish Adaptation of the Parental Stress Scale. *Psicothema*. 19, 687-92.
- Palau, P (2016). *Sufrimiento Emocional Perinatal Compartido: Estrés en el Bebé. Efectos de los Mecanismos de Adaptación y Defensa Primarios. Vulnerabilidad Psicosomática y Psicopatológica*. Tesis Doctoral de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad de Valencia.
- Palau, P., Benac, M., Haro, J. & Manzano A. (2003). Parálisis cerebral infantil (PCI) y anorexia temprana, importancia de la anamnesis en el diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 37, 188.
- Paulson, J.F., & Bazemore, S.D. (2010) Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA* 303,1961–1969. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Paulson, J., Bazemore, S., Goodman, J., & Leiferman, J. (2016). The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 19(4), 655-663. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0598-4>
- Pearson, R. M., Bornstein, M. H., Cordero, M., Scerif, G., Mahedy, L., Evans, J., Stein, A. (2016). Maternal perinatal mental health and offspring academic achievement at age 16: The mediating role of childhood executive function. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(4), 491–501. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12483>

- Pérez, C.F.; & Brahm, M.P. (2017). Depresión posparto en padres: ¿Por qué también es importante? *Revista Chilena de Pediatría*, 88, 582–585
- Pérez, F., Catalán, A., & Valdés, C. (2018). Assessment of postpartum depression in a group of Chilean parents. *Journal of Men's Health*, 14(2), 56-E64. <https://doi.org/10.22374/1875-6859.14.2.7>
- Pérez, E., Medrano, L.A., & Sánchez Rosas, J. (2013). El Path Analysis: Conceptos básicos y ejemplos de aplicación. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5(1), 52-66.
- Petzoldt, J., Wittchen, H. - , Einsle, F., & Martini, J. (2016). Maternal anxiety versus depressive disorders: Specific relations to infants' crying, feeding and sleeping problems. *Child: Care, Health and Development*, 42(2), 231-245. <https://doi.org/10.1111/cch.12292>
- Pikler, E. (1951). A few problems of infant care. *Pediatrics*, 2(11), 321–7.
- Pikler, E. (1966). One aspect of the fight against hospitalization. *Orvosi Hetilap*, 107(4), 166–8.
- Pikler, E. (1968). Some Contributions to study of gross motor development of children. *Journal of Genetic Psychology*, 113(1), 27. <https://10.1080/00221325.1968.10533806>
- Pineda, J.A. (2005): The functional significance of mu rhythms: Translating 'seeing' and 'hearing' into 'doing'. *Brain Research Reviews* 50, 57-68.
- Puura, K., Davis, H., Papadopoulou, K., Tsiantis, J., Ispanovic, V., Rudic, N., ..., & Day, C. (2002). The European early promotion project: A new primary health care service to promote children's mental health. *Infant Mental Health Journal*, 23, 606–625.
- Puura, K., Guedeney, A., Mäntymaa, M., & Tamminen, T. (2007). Detecting infants in need: Are complicated measures really necessary? *Infant Mental Health Journal*, 28(4), 409–421. <https://doi.org/10.1002/imhj.20144>
- Puura, K., Mäntymaa, M., Luoma, I., Kaukonen, P., Guedeney, A., Salmelin, R., & Tamminen, T. (2010). Infants' social withdrawal symptoms assessed with a direct

- infant observation method in primary health care. *Infant Behavior and Development*, 33(4), 579–588. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.07.009>
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T.G., & The ALSPAC study team. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*, 365, 2201–2205.
- Re, J.M., Dean, S., Mullaert, J., & Guedeney, A., & Menahem, S. (2018). Maternal distress and infant social withdrawal (ADBB) following infant cardiac surgery for congenital heart disease. *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery*, 9(6): 624–37
- Rich, A. (1986). Of woman born: Motherhood as experience and institution. W. W. Norton. (Obra original publicada en 1976).
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V. & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor action. *Brain Research. Cognitive Brain Research*, 3: 131-41.
- Robertson, J., & Bowlby, J. (1952). Responses to young children to separation from their mothers. *Courrier du Centre International de l' Enfance*, 2, 131-142.
- Roca-Lecumberri, A., Torres, A., Andrés, S., Naranjo, C., Roda, E., Lopez, C., Sureda, B. & García-Esteve, L. (2024). New units for perinatal mental health disorders: Description of the first 150 dyads attended at Mother Baby Day Hospital CLINIC-BCN. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 41–45. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.06.004>
- Rochette, J. & Mellier, D. (2007). The transformation of the dyadic sufferings for the mother and his baby in the first year postpartum: Preventive strategies for working in a perinatal network. *Devenir*, 19, 2, 81-108.
- Rubin, K. H., Lollis, S. P. (1988). Origins and consequences of social withdrawal. In: Jay Belsky& Teresa Nezworski (Eds), *Clinical Implications of Attachment* (pp. 219-252) Hillsdale: New York, Erlbaum.
- Saby, J.N., Meltzoff, A.N., Marshall, P.J. (2013): “Infants’ somatotopic neural responses to seeing human actions: I’ve got you under my skin”. *PLoS One*, 8(10), e77905.

- Savonlahti, E., Pajulo, M., Ahlqvist, S., Helenius, H., Korvenranta, H., Tamminen, T., & Piha, J. (2005). Interactive skills of infants with their high-risk mothers. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(2), 139-47. <https://doi.org/10.1080/08039480510022990>
- Shoppe-Sullivan, S., Mangelsdorf, S., Frosch, C., & McHale, J. L. (2004) Associations between coparenting and marital behaviour from infancy to the preschool years. *Journal of Family Psychology*, 30, 82-96.
- Simó, S. & D'Ocón, A. (2011). La estructura temporal de la experiencia de sensibilidad materna: su efecto sobre el desarrollo cognitivo y emocional infantil. *Infancia y Aprendizaje*, 34(4), 481-493.
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.Y., Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women Health*, 15. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Smith-Nielsen, J., Lonfeldt, N., Guedeney, A., & Skovgaard, V.M. (2018) Implementation of the alarm distress baby scale as a universal screening instrument in primary care: feasibility, acceptability, and predictors of professionals' adherence to guidelines. *International Journal of Nursing Studies*, 79:104 –13
- Smith-Nielsen, J., Lange, T., Wendelboe, K.I., Wowern, R. K., & Væver, M.S. (2019). Associations between maternal postpartum depression, infant social behavior with a stranger, and infant cognitive development. *Infancy*, 24(4), 663–670. <https://doi.org/10.1111/infa.12287>
- Smith-Nielsen, J., Tharner, A., Steele, H., Cordes, K., Mehlhase, H., & Vaeever, M.S. (2016). Postpartum depression and infant-mother attachment security at one year: The impact of co-morbid maternal personality disorders. *Infant Behavior and Development*, 44, 148–158. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.06.002>
- Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPEX, febrero de 2024). Programa de salud en pediatría. Consejos de Salud y guías anticipadoras. <https://spapex.es/node/615>
- Southgate, V., Johnson, M. H., Osborne, T., & Csibra, G. (2009). Predictive motor activation during action observation in human infants. *Biology Letters*, 5(6), 769–772. <https://doi.org/10.1098/rsbl.2009.0474>

- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo, STAI*. Madrid. TEA Ediciones.
- Spitz, R. A. (1946). Anaclitic Depression. *Psychoanalytical Study of the Child*, 2, 313-341.
- Sridhar, A., Olesgun, O., Drahota, A., Sridhar, A., Olesgun, O., & Drahota, A. (2023). Identifying methods to select and tailor implementation strategies to context-specific determinants in child mental health settings: A scoping review. *Global Implementation Research and Applications*, 3(2), 212–229. <https://doi.org/10.1007/s43477-023-00086-3>
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Steen, M., Downe, S., Bamford, N., & Edozien, L. (2012). Not-patient and not-visitor: A metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28(4), 422–431. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.009>
- Stern., D. (1991). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.
- Stern, D. (2008), The clinical relevance of infancy: A progress report. *Infant Ment. Health J.*, 29: 177-188. <https://doi.org/10.1002/imhj.20179>
- Stuart, A.C., Smith-Nielsen, J., Egmoose, I., Reijman, S., Lange, T., Wendelboe, K.I., ... Væver, M. S. (2025). Evaluating the efficacy of circle of security-parenting as an addition to care-as-usual in families affected by maternal postpartum depression and/or infant social withdrawal: A randomized controlled trial. *Development and Psychopathology*, 1, 14. <https://doi.org/10.1017/S0954579425000112>
- Stuart, A.C., Stougård, M., Smith-Nielsen, J., Egmoose, I., Guedeney, A. & Væver, M. S. (2022). Associations between symptoms of maternal postpartum depression, gestational age and infant social withdrawal: A longitudinal study in a community cohort. *British Journal of Developmental Psychology*, 40, 371– 383. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12414>
- Sukhareva, G. (1925). Schizoid personality disorders of childhood. *Questions of Pedology and Child Psychoneurology*, 2,; 157-87.

- Szyf, .M, Weaver, I.C., Champagne, F.A., Diorio, J., & Meaney, M.J. (2005). Maternal programming of steroid receptor expression and phenotype through DNA methylation in the rat. *Frontiers of Neuroendocrinology*, 26, 139-62
- Tauber, M., Boulanouar, K., Diene, G., Çabal-Berthoumieu, S., Ehlinger, V., Fichaux Bourin, P., Molinas, C., ..., & Salles, J.P. (2017). The use of oxytocin to improve feeding and social skills in infants with Prader–Willi syndrome. *Pediatrics*, 139(2): e20162976
- Teti, D.M., Gelfand, D.M., Messinger, D.S. & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31 (3), 364-376.
- Trevarthen C. (1979), Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M. M. Bullowa (ed.), *Before speech: The beginning of interpersonal communication*, New York, Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (1998). Emotional development: The organisation of emotional life in the early years. *Social Development*, 7(2), 269–272. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00066>
- Trevarthen C. (1993), The function of emotions in early infant communication and development, In J. Nadel et L. Camaioni (eds), *New perspectives in early communicative development*. London, England, Routledge.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 3–48.
- Tronick E. Z. et Weinberg M. K. (1998), A propos des conséquences toxiques psychiques de la dépression maternelle sur la régulation émotionnelle mutuelle des interactions mère-bébé: l'impossibilité de créer des états de conscience dyadiques. En: Ph. Mazet, Ph y Lebovici, S. (Eds.), *Psychiatrie périnatale* (pp.299-333). París, PUF.
- Tronick, E. (2007). The neurobehavioral and socialemotional development of infants and children. New York: Norton.

- Tronick, E.Z., Als, H., Adamson L., Wise, S. & Brazelton, T. B. (1978), The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of Child Psychiatry*, 17, 1-13.
- Tronick, E.Z., Weinberg, M.K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. In L. Murray & P. Cooper (Eds) *Postpartum Depression and Child Development* (pp. 54-84). New York, The Guilford Press.
- Youtube (26 de febrero de 2017). Importancia de interactuar con el bebé - Experimento Still Face Dr Edward Tronick subtítulos español.
<https://www.youtube.com/watch?v=NVLm9LRDipk>
- Van Egeren, L., & Hawkins, D (2004). Coming to terms with coparenting: Implications of definition and measurement. *Journal of Adult Development*, 11(3), 165-177.
- Van Egeren, L. (2003). Prebirth predictors of coparenting experiences in the early infancy. *Infant Mental Health Journal*, 24(3) 278-295
- Van Egeren, L. (2004). The development of the coparenting relationship over the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 25(5), 453-477
- Valle Trapero, M y Rodríguez, M. (2006). *Dossier: Una apuesta decidida por la atención temprana: La atención temprana en el ámbito hospitalario*. Mercedes Valle y Mercedes Rodríguez. (20-23).
- Valle Trapero, M. (1992). *Intervención precoz en niños de alto riesgo biológico*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Recuperado el 17 de abril de 2013 en <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/5/S5000501.pdf>
- Vallejo Orellana, R. (2002) Anna Freud, una vida dedicada al conocimiento y a la ayuda psicológica del niño. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12(81), 65-78
- Van Ijzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment. A metaanalysis on the predictive-validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387–403. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.387>

- Veiga de Cabo, J., Fuente Díez, E., & Zimmermann Verdejo, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: Conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(210), 81-88.
- Viaux-Savelon, S., Rabain, D., Aidane, E., Bonnet, P., Montes de Oca, M., Camon-Senechal, L., David, M., Couetoux, ..., & Cohen, D. (2010). Phenomenology, psychopathology, and short-term therapeutic outcome of 102 infants aged 0 to 12 months consecutively referred to a community-based 0 to 3 mental health clinic. *Infant Mental Health Journal*, 31, (2), 242-253.
- Vidair, H.B., Reyes J.A., Shen S., Parrilla-Escobar, M.A., Heleniak, C.M., Hollin, II., Woodruff, S. ..., & Rynn, M.A. (2011). Screening parents during child evaluations: Exploring parent and child psychopathology in the same clinic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(5), 441-450
- Visier, J.P., & Maury, M. (1989) L'information et accompagnement des parents, en S. Lebovici and F. Weil-Halpern, *Psychopathologie du bébé* (pp. 813-821). Paris, Ed. PUF. Extraído y traducido por Pascual Palau.
- Walker, R. S., Iscoe, I., & Ginsburg, G. (2010). Partner support and maternal depressive symptoms in the first year postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(2), 147–158. <https://doi.org/10.1080/02646831003587338>
- Weil-Halpern, F. (1989), Le bébé a l'hôpital, en "Psychopathologie du bébé", en S. Levovici y F. Weil-Halpern. (pp. 623-631). París, Ed. PUF. Extraído y traducido por Pascual Palau.
- Weinberg, M.K., & Tronick, E.Z. (1994). Beyond the face: An empirical study of infant affective configurations of facial, vocal, gestural and regulatory behaviors. *Child Development*, 65(5), 1503-1515.
- Wendland, J., Gautier, A.C., Wolff, M., Brisson, J. & Adrien, J.L. (2010). Social withdrawal behavior and early signs of autism: A preliminary study using family videos. *Devenir*, 22, 1, 51-72.
- Winnicott, D. (1965). The maturational processes and the facilitating environment. New York: International Universities Press.

- Winnicott, D.W. (1941). Observation of Infants in a Set Situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 229-249.
- Xiao, G., Wang, H., Hu, J., Zhao, Z., Li, Q., & Qin, C. (2024). Prevalence of antenatal depression and postpartum depression among Chinese fathers: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*, 10(15), e35089. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e35089>
- Zeanah, C. H. (1997). Psychopathology in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 1, 81-99.
- Zeanah, C.H., Boris, N.W., Bakshi, S., & Lieberman, A.F. (2000). Attachment disorders of infancy. In J.D. Osofsky & H.E. Fitzgerald (Eds.), *WAIMH Handbook of infant mental health* (pp. 93–122). John Wiley & Sons: New York.
- Zeanah, C. H., Chesher, T., & Boris, N. W. (2016). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(11), 990–1003. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.08.004>
- Zero to Three. (2017). *DC:0–5: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Zero to Three Press.
- ZERO TO THREE. (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R)*. Washington, DC: ZERO TO THREE Press.
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M.L., Stone, W.L., Yirmiya, N., Estes, A., Hansen, R.L., McPartland, J. C. & Wetherby, A. (2015). Early identification of autism spectrum disorder: Recommendations for practice and research. *Pediatrics*, 136, S10–S40. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3667C>

8 ANEXOS

8.1. ANEXO I. DICTAMEN FAVORABLE DEL COMITÉ ÉTICA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (CEIP-APCV)



Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris

DGFPS/SDGPOI/PLG/JMV/BP/PS/RI

Ref: NO-EPA ASMI-2016-01 (17-22)

DICTAMEN FAVORABLE

Ha tenido entrada en la reunión del **Comité Ético de Investigación Clínica Corporativo de Atención Primaria de la Comunitat Valenciana (CEIC APCV)**, de fecha 30 de noviembre de 2017, la respuesta a las aclaraciones del estudio observacional NO-EPA relacionado a continuación:

- Título: **"Relación entre el Retraimiento Relacional Sostenido y la Depresión Post-Parto Parental durante los seis primeros meses de edad del bebé"**.

Tras ser valorada y examinada la documentación, les remitimos el **DICTAMEN FAVORABLE**.

Valencia, 30 de noviembre de 2017

PRESIDENTA DEL CEIC APCV

Patricia Lacruz Gimeno

Maria Romeu Devis

C/ La Fuente 19

CP.46550 Albuixech, Valencia.

8.2. ANEXO II. COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL DE LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA



D. José María Montiel Company, Profesor Contratado Doctor Interino del departamento de Estomatología, y Secretario del Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València,

CERTIFICA:

Que el Comité Ético de Investigación en Humanos, en la reunión celebrada el día 7 de noviembre de 2016, una vez estudiado el proyecto de investigación titulado: *"Relación entre el Retraimiento Relacional Sostenido y la Depresión Post-Parto Parental durante los seis primeros meses de edad del bebé"*, número de procedimiento H1476699437339, cuya responsable es Dña. Sandra Simó Teufel, ha acordado informar favorablemente el mismo dado que se respetan los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y cumple los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

Y para que conste, se firma el presente certificado en Valencia, a quince de noviembre de dos mil dieciséis.

8.3. ANEXO III. INFORME FAVORABLE HOSPITAL TORRECÁRDENAS- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

PROYECTOS DE INVESTITACION IDONEIDAD DE LAS INSTALACIONES

Centro: Servicio de Pediatría. Hospital Torrecárdenas

Investigador/a principal: María Romeo Devís.

Investigador Colaborador del Hospital Torrecárdenas. Ana Rosa Sánchez Vazquez

Título del Proyecto de Investigación: Relación entre el retraimiento relacional sostenido y la depresión post-parto parental durante los 6 primeros meses de edad del bebé.

Se hace constar:

Que tras evaluar los procedimientos necesarios para la realización del estudio de investigación se han considerado idóneas las instalaciones del Centro para la realización de dicho proyecto de Investigación.

CONFORME



En Almería 25 de Septiembre de 2017.

Firmado por: Antonio Bonillo Perales
Jefe de Servicio Pediatría
Director Grupo de Investigación BIO 313

Mod. 6.5.2.4508

Complejo Hospitalario Torrecárdenas

- ☐ HOSPITAL TORRECÁRDENAS. Paraje Torrecárdenas, s/n. 04009 Almería. Tfno. 950 016000
- ☐ HOSPITAL PROVINCIAL. Calle Hospital, s/n. 04002 Almería. Tfno. 950 017600
- ☐ HOSPITAL CRUZ ROJA. Ctra. de Ronda nº 196, 04009 Almería. Tfno. 950 017400
- ☐ CENTRO PERIF. ESPECIALIDADES. Ctra. de Ronda nº 226, 04008 Almería. Tfno. 950 017200

8.4. ANEXO IV. CENTROS COLABORADORES DEL ESTUDIO



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

Título del Proyecto: “Relación entre el Retraimiento Relacional Sostenido y la Depresión Post-Parto Parental durante los seis primeros meses de edad del bebé”.

Protocolo ASMI-2016-01 Versión 2 Fecha 26/10/2017

Investigadora Principal: María Romeu Devís

Colaboradores: Ana Rosa Sánchez Vázquez, Sandra Simó Teufel, Pascual Palau Subiela, Julia Colomer Revuelta, Equipo de Investigación de Valencia y Equipo de Investigación de Almería.

Centros participantes:

- **Centro de Atención Primaria Fuente de San Luis** (Departament de Salut de València- Doctor Peset)
- **Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.** (Universitat de València. Facultad de Psicología)
- **Departamento de Psicología Básica** (Universitat de València. Facultad de Psicología)
- **Complejo Hospitalario Torrecárdenas** (Almería)
- **Agencia Sanitaria Hospital de Poniente.** El Ejido (Almería)

Promotor: Asociación para la Salud Mental Infantil desde la gestación, filial española de la World Association for Infant Mental Health (ASMI WAIMH-España).

Colabora: Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS)

8.5. ANEXO V. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE (HIP)



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA



ASOCIACIÓN PARA LA SALUD MENTAL
INFANTIL DESDE LA GESTACIÓN

WORLD ASSOCIATION FOR
INFANT MENTAL HEALTH

HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL/DE LA MENOR

Código del Protocolo: ASMI-2016-01
HIP/CI Versión 2 Fecha: 16/10/2017

Proyecto de investigación: "Relación entre el Retraimiento Relacional Sostenido y la Depresión Post-Parto Parental durante los seis primeros meses de edad del bebé".

Investigadora Principal:
María Romeu Devís

Contacto: 605 031 990
963 864 446 (ext. 64446)
romeu.devis@gmail.com

Investigadoras/es Colaboradoras/es:
Dra. Sandra Simó Teufel, Dr. Pascual Palau Subiela, Dra. Julia Colomer Revuelta y Dra. Mercedes Benac Prefaci

Centro: Centro de Salud Fuente de San Luis de Valencia

Promotor: Asociación para la Salud Mental Infantil desde la gestación, filial española de la World Association for Infant Mental Health (ASMI WAIMH-España)

1. INTRODUCCION:

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotras/os aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportunas.

2. PARTICIPACION VOLUNTARIA Y NO REMUNERADA:

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA



ASOCIACIÓN PARA LA SALUD MENTAL
INFANTIL DESDE LA GESTACIÓN



WORLD ASSOCIATION FOR
INFANT MENTAL HEALTH

ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

Su participación en el estudio es voluntaria y no va a recibir compensación económica alguna por participar en él.

3. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

La experiencia clínica en el campo de la psicopatología perinatal e infantil, y especialmente en la patología psicosomática de bebés y de niños/as, ha permitido elaborar la hipótesis de un modelo teórico-clínico de funcionamiento mental relacionado con la activación de procesos psíquicos defensivo-adaptativos, en bebés expuestos a una situación de estrés emocional especialmente intenso y prolongado.

Dentro del marco de las interacciones tempranas Madre-Padre-Bebé, el retraimiento infantil ha sido considerado como un mecanismo natural de defensa que el bebé pone en juego precozmente para regular el nivel de estimulación que recibe de su entorno. Estas situaciones comprometen siempre, en mayor o menor medida, el desarrollo emocional, motor, cognitivo y social del niño/a y configuran, por ello, un importante indicador de riesgo para el desarrollo.

El retraimiento (sostenido durante al menos 15 días) puede ser definido como respuesta a un peligro o a un estrés intenso, en el cual la persona queda en un estado de letargo, apatía, depresión y falta de comunicación, encerrándose en sí misma.

La enfermedad mental materna o el sufrimiento materno, supone un claro riesgo para el apego infantil y el desarrollo social y emocional, y sus efectos en el niño pueden verse a través de los altos niveles de retraimiento.

La salud mental del padre o el sufrimiento paterno, juega también un importante papel en el desarrollo emocional del niño, aunque este papel ha sido mucho menos investigado en los padres que en las madres.

La depresión post parto tiene una prevalencia muy elevada, y es una patología que padecen el 14% de madres y el 10% de padres. Sigue siendo una enfermedad mental muy silenciada en nuestra sociedad, que provoca altos niveles de sufrimiento familiar y con consecuencias, como hemos comentado, demostradas en el desarrollo emocional y social del bebé.

La consulta pediátrica es un lugar privilegiado donde poder hacer este cribaje en la Salud Mental de los padres y el sufrimiento emocional del bebé, puesto que todos los bebés y sus familias acuden al pediatra en los primeros tiempos de vida.

Es necesario que detectemos estos casos, investiguemos sus causas y sus consecuencias, tanto en padres como en madres, y sus efectos en el desarrollo del bebé, así como poder ofrecer a las familias la atención y apoyo necesario.

El objetivo del presente estudio analizar la relación entre la Depresión Postparto Parental y el Retraimiento Relacional Sostenido durante los seis primeros meses de edad del bebé. Para ello se



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA



ASOCIACIÓN PARA LA SALUD MENTAL
INFANTIL DESDE LA GESTACIÓN



WORLD ASSOCIATION FOR
INFANT MENTAL HEALTH

llevará a cabo la investigación de las causas del retraimiento relacional muy precoz (a partir de los primeros dos meses de vida), y de la Salud Mental Parental (desde los 15 días de edad del bebé) durante la consulta pediátrica rutinaria (15 días, 1 mes, 2 y 6 meses de edad del bebé). Se realizarán dos videgrabaciones dentro del centro de Salud, una de interacción libre de juego de usted/es con su bebé de 8 minutos, 20 minutos antes de la visita de control pediátrico. Otra de la interacción del bebé con el pediatra en presencia de usted, dentro de la consulta pediátrica rutinaria (8-10 minutos). Estas grabaciones nos permitirán analizar los datos de manera micro-observacional en el laboratorio de la Universidad de Valencia, codificando con diferentes instrumentos.

La consulta pediátrica es un lugar privilegiado desde el que poder detectar el sufrimiento emocional tanto en los padres como en el bebé, ya que todas las familias acuden a la consulta pediátrica. Por ello es sumamente importante que el personal de Atención Primaria disponga de las herramientas necesarias con las que poder detectar y derivar a los servicios especializados correspondientes en los que se lleve a cabo una evaluación más exhaustiva que permita un diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

4. BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACION EN EL ESTUDIO:

Beneficios para las familias: Detección precoz de posibles alteraciones en la salud mental del bebé. Detección de la Depresión Post-Parto en los padres y las madres. Derivación a servicios especializados.

Beneficios para los profesionales sanitarios: Sensibilización en el desarrollo psicológico perinatal y en la Interacción Padre/Madre/Bebé

Puesto que es un estudio de prevención primaria y secundaria, no deriva ningún riesgo la participación en él. No se realiza ninguna manipulación del bebé, sólo la que realiza la/el pediatra normalmente en su consulta.

5. TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:

No se aplica ningún tratamiento. Es un programa preventivo de detección.

6. N° DE URGENCIA PARA PROBLEMAS DEL ESTUDIO:

En caso de que desee formular preguntas acerca del estudio o daños relacionados con el mismo, contactar con la Investigadora Principal del estudio, María Romeu en el número de teléfono 605031990.

7. CONFIDENCIALIDAD:

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo su médico del estudio o colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

No es posible anonimizar las imágenes grabadas, pixeladas o de cualquier otra forma para que no se identifique a los/as niños/as porque la expresión facial es importante para la investigación.

Sólo se tramitarán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc... En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio, colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. El acceso a su historia clínica ha de ser sólo en lo relativo al estudio.

Al amparo de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes. A ello se refiere, por una parte, el artículo 18.1 de la Constitución, que garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, y por otra, las Leyes Orgánicas 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, y 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, que tratan de la protección de la confidencialidad de los datos de carácter personal. Además este proyecto cumple con las "Normas de Buena Práctica Clínica" CPMP/ICH/135/95, la Orden SAS/3470/2009 y el Reglamento (UE) nº 2016/679 General de Protección de Datos.



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA



ASOCIACIÓN PARA LA SALUD MENTAL
INFANTIL DESDE LA GESTACIÓN

WORLD ASSOCIATION FOR
INFANT MENTAL HEALTH

8. COMPENSACION ECONOMICA:

El promotor del estudio es el responsable de gestionar la financiación del mismo.

Su participación en éste no le supondrá ningún gasto. Su participación en el estudio es voluntaria y no remunerada.

Los/as investigadores/as no van a recibir ninguna compensación económica por participar en el estudio.

9. OTRA INFORMACION RELEVANTE:

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, no se añadirá ningún dato nuevo a la base de datos y, puede exigir la retirada de los datos (incluyendo las videgrabaciones) de ustedes y su hijo/a.

El promotor podrá suspender el estudio siempre y cuando sea por alguno de los supuestos contemplados en la legislación vigente.

8.6. ANEXO VI. CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI)



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA



ASOCIACIÓN PARA LA SALUD MENTAL
INFANTIL DESDE LA GESTACIÓN



WORLD ASSOCIATION FOR
INFANT MENTAL HEALTH

Unidad de Investigación: Procesos psicológicos aplicados a las relaciones humanas.

Código del Protocolo: ASMI-2016-01
HIP/CI Versión 2 Fecha: 16/10/2017

Proyecto: "Relación entre el Retraimiento Relacional Sostenido y la Depresión Post-Parto Parental durante los seis primeros meses de edad del bebé".

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De obligada cumplimentación por quien o quienes ostenten la patria potestad de/de la menor):

D. / Dña. _____ mayor de edad, con domicilio en _____, teléfono _____,
representante legal y titular de la patria potestad del/de la menor _____,
en calidad de madre/padre/otros.

Y D. / Dña. _____ mayor de edad, con domicilio en _____, teléfono _____,
representante legal y titular de la patria potestad del/de la citado/a menor en calidad de madre/padre/otros.

MANIFIESTA/N QUE:

- He recibido suficiente información sobre el Proyecto.
- He podido hacer preguntas sobre el Proyecto.
- He recibido respuesta satisfactoria a mis preguntas.
- Estoy informado de que durante la evaluación se realizarán vídeo-grabaciones para la correcta evaluación de las variables objeto de estudio
- Comprendo que toda la información relacionada conmigo y con el/la menor al/a la que represento será tratada con absoluta confidencialidad por parte del personal encargado de la investigación. Así mismo, si los resultados del estudio fueran susceptibles de publicación en foros científicos, en ningún momento se proporcionarán datos personales de los participantes que han colaborado en esta investigación.
- Comprendo que toda la información recogida por el proyecto garantiza la confidencialidad y será protegida como dicta el Reglamento (UE) nº 2016/679 General de Protección de Datos, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y cumple con las "Normas de Buena Práctica Clínica" CPMP/ICH/135/95 y la Orden SAS/3470/2009.
- Comprendo que pueden retirarse del estudio cuando quiera.

☐ Doy mi consentimiento para la utilización de los datos que se obtengan en las evaluaciones programadas conmigo y con el/la menor al/a la que represento en el mencionado proyecto de investigación

☐ Doy mi consentimiento para la utilización de las imágenes en foros científicos como seminarios de formación, congresos, etc.

Firma del/de los/as representantes
Legales del/de la menor

8.7. ANEXO VII. ENTREVISTA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CIRCUNSTANCIAS PERINATALES

ENTREVISTA DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CIRCUNSTANCIAS PERINATALES ASMI-2016-01 V2 (Romeu-Devís, M., Simó-Teufel, S. y Palau-Subiela, P., 2017)

Entrevistador:		Fecha:		C.S.:	
DATOS DEL NIÑO/A					
		Edad Gestacional:		APGAR:	
Fecha nacimiento:		Peso al nacer:			
Guardería:	Horas/día:	Cuidador/a principal:			
DATOS DE LA MADRE					
		Edad:			
Estudios: Primarios Medios Superiores		Ocupación:			
Nº Gestaciones:		Situación económica actual: Insatisfactoria Satisfactoria Muy satisfactoria			
Vive en pareja: Sí NO		Nº Hijos/as y edad:			
Probl. Salud:					
Consumo de Tóxicos: Tabaco Alcohol Otros:					
Nacionalidad:		Años de residencia en España:			
DATOS DEL PADRE/PAREJA					
		Edad:			
Estudios: : Primarios Medios Superiores		Situación económica actual: Insatisfactoria Satisfactoria Muy satisfactoria			
Ocupación:					
Vive en pareja: Sí NO		Nº Hijos/as y edad:			
Probl. Salud:					
Consumo de Tóxicos: Tabaco Alcohol Otros:					
Nacionalidad:		Años de residencia en España:			
RELACIÓN					
Años de relación:		Años de convivencia:		Nº personas que conviven:	
Ha cambiado relación de pareja desde el nacimiento:		A mejor / A peor			
Grado de satisfacción en su relación de pareja:					
Antes del periodo de embarazo		Bajo Medio Alto			
Durante el embarazo		Bajo Medio Alto			
Después del nacimiento		Bajo Medio Alto			
DATOS EMBARAZO Y PARTO					
Embarazo planificado: Sí No		Acontecimientos vitales significativos embarazo:			
Patología gestacional:		TRA: IA ICSI DO DE			
Tipo de parto:		Anestesia:			
Acompañada por:		Clases preparación parto: Padre			
Contacto precoz:		Lactancia: meses:			
Postparto:		At. Psicológica:			
Vivencia del parto: Positiva Negativa					

Observaciones:

ENTREVISTA DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CIRCUNSTANCIAS PERINATALES
ASMI-2016-01 V2 (Romeu-Devís, M., Simó-Teufel, S. y Palau-Subiela, P., 2017)

Grado de satisfacción en la calidad del acompañamiento durante el embarazo.			
	ALTO. Me he sentido acompañada durante el embarazo, tal y como necesitaba	INDIFERENTE. No era relevante para mí que Esta/s persona/s me acompañase/n	BAJO. No me he sentido nada Acompañada durante el embarazo y parto.
Pareja			
Propios padres			
Suegros			
Hermanos/as			
Otros Familiares			
Amigos/as			
Ginecología			
Matrona			
Preparación para la maternidad/paternidad			

Grado de satisfacción en la calidad del acompañamiento durante el parto.			
	ALTO. Me he sentido acompañada durante el embarazo, tal y como necesitaba	INDIFERENTE. No era relevante para mí que Esta/s persona/s me acompañase/n	BAJO. No me he sentido nada Acompañada durante el embarazo y parto.
Pareja			
Otros familiares o Amigos			
Equipo acompañamiento al parto			

Grado de satisfacción en la calidad del acompañamiento durante el postparto y puerperio.			
	ALTO. Me he sentido acompañada durante el postparto tal y como necesitaba.	INDIFERENTE. No era relevante para mí que Esta/s persona/s me acompañase/n	BAJO. No me he sentido nada Acompañada durante el embarazo.
Pareja			
Propios padres			
Suegros			
Hermanos/as			
Otros Familiares			
Amigos/as			
Pediatría			
Enfermería pediátrica			
Matrona			

Observaciones:

¡Muchas gracias por su tiempo y colaboración en este estudio!

