

Original

Depresión postparto y su impacto en la calidad del vínculo temprano madre-bebé

MARIA PATRICIA PAOLANTONIO, ANA EUGENIA FAAS, LAURA MARÍA VICTORIA MANOILOFF

MARIA PATRICIA PAOLANTONIO
Licenciada en Psicología.
Centro de Estudios del
Comportamiento Fetal y Neonatal,
Servicio de Neonatología, Hospital
Universitario de Maternidad y
Neonatología, Universidad
Nacional de Córdoba (UNC);
Equipo de Investigación de
Psicología Cognitiva del Lenguaje
y Psicolingüística.
Centro de Investigación de la
Facultad de Psicología (CIPSI);
Centro de Investigaciones y
Estudios sobre Cultura y Sociedad,
Consejo Nacional de Investigaciones
Científicas y Técnicas (CIECS,
CONICET), Facultad de Psicología,
Universidad Nacional de Córdoba
(UNC). Córdoba, R. Argentina.

ANA EUGENIA FAAS
Doctora en Psicología.
Co-directora del Centro de
Estudios del Comportamiento Fetal y
Neonatal, Servicio de Neonatología,
Hospital Universitario de
Maternidad y Neonatología,
Universidad Nacional de Córdoba
(UNC). Córdoba, R. Argentina.

LAURA MARÍA VICTORIA MANOILOFF
Doctora en Psicología.
Directora del equipo de
investigación de Psicología
Cognitiva del Lenguaje y
Psicolingüística;
Centro de Investigación de la
Facultad de Psicología (CIPSI),
Centro de Investigaciones y
Estudios sobre Cultura y Sociedad
(CIECS). Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y Técnicas
(CONICET), Facultad de Psicología,
Universidad Nacional de Córdoba
(UNC). Córdoba, R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 07/04/2020
FECHA DE ACEPTACIÓN: 26/05/2020

CORRESPONDENCIA
LIC. MARIA PATRICIA PAOLANTONIO.
Facultad de Psicología (UNC),
Blvr. de la Reforma s/n esquina
Enfermera Gordillo, Córdoba, 5000.
Córdoba, R. Argentina;
mppaolantonio@yahoo.com.ar

Introducción: en este trabajo se propuso determinar el impacto de la depresión postparto materna en la calidad de las interacciones vinculares tempranas con su hijo/a. La hipótesis fue que aquellas madres con indicios de depresión postparto (DPP) verían empobrecidas la calidad del vínculo temprano con sus bebés. **Materiales y métodos:** para el *screening* de DPP se utilizó la *Escala de depresión postparto de Edimburgo* y para la valoración de la calidad del vínculo temprano se aplicaron dos perfiles de observación de la relación mamá-bebé de acuerdo a la edad infantil (2-6 meses y 7-10 meses). **Resultados:** en el grupo de díadas con bebés más pequeños (2-6 meses) se vieron afectadas las interacciones verbales y de sostén, mientras que con los bebés más grandes (7-10 meses) se hallaron significativamente empobrecidas los cuatro tipos de interacciones vinculares (visual, corporal, verbal y de sostén) evaluadas. **Discusión y conclusión:** los resultados mostraron dificultades en el establecimiento de interacciones maternas e infantiles sensibles y sintonizadas desde los primeros 6 meses de vida infantil conducentes a profundizar modalidades de interacción vincular desajustadas posteriores. Es fundamental la detección temprana de la presencia de conductas disruptivas en las díadas y su abordaje terapéutico para prevenir futuras dificultades en el establecimiento del vínculo de apego mamá-bebé.

Palabras clave: Salud materna – Apego a objetos – Interacciones madre-bebé.

Impact of Postpartum Depression in Mother-child Early Quality Bonding

Introduction: This work aims to determine the impact of maternal postpartum depression on the quality of early bonding interactions between mother and child. The hypothesis was that those mothers with signs of postpartum depression (PPD) would have the quality of the early bonding with their babies impoverished. **Materials and methods:** the *Edinburgh Postpartum Depression Scale* was used for PPD screening, and two observation profiles of mother-baby interaction were applied to assess the quality of the early bonding according to infants age (2-6 months old and 7-10 months old). **Results:** the dyads with younger babies (2-6 months of age) showed poorer verbal and support interactions, while when babies were older (7-10 months of age) the four types of interactions evaluated (visual, corporal, verbal and holding) were significantly impoverished. **Discussion and conclusion:** the results indicated difficulties in establishing sensitive and tuned maternal and infant interactions from the first months of infant life, leading to deepening later maladjustment modes of interaction. It is essential the early detection of the presence of disruptive behaviors in mother-baby dyads and their therapeutic approach to prevent future difficulties in establishing the mother-child bond of attachment.

Key words: Maternal Health – Object Attachment – Mother-child Interactions.

Introducción

Se ha demostrado a través de la investigación que desde los primeros días del período posparto, las madres pueden reconocer señales sensoriales auditivas, visuales y olfativas de sus propios bebés, señales que motivan en ellas distintos tipos de respuestas —contacto físico, verbal y juego— [29]. Strathearn, Li, Fonagy y Montague [35] plantean que la habilidad materna de conectar esas señales con las necesidades del bebé y responder a ellas de manera adecuada y diferenciada, es la base para el establecimiento de un vínculo saludable entre ellos.

De acuerdo con Rendón Quintero y Rodríguez-Gómez [29] la díada mamá-bebé humana utiliza conductas interactivas similares a las de otros mamíferos, que incluyen la mirada al rostro o al cuerpo del bebé, el lenguaje maternal de tonalidad aguda en sus vocalizaciones, la expresión afectuosa en general hacia el bebé, el tacto amoroso, todos comportamientos afines al lamido y acicalamiento expresado por otros mamíferos.

De acuerdo a lo estudiado por Feldman [15] cerca de los tres meses de edad, el infante humano comienza a participar activamente del mundo social y a realizar intercambios sincrónicos con sus cuidadores, en los que se destacan secuencias coordinadas de miradas, vocalizaciones, expresiones de afecto y contactos táctiles amorosos. Esta sincronización vincular entre mamá y bebé durante el período crítico de los 3 a los 9 meses de edad aproximadamente se ha relacionado con la capacidad del niño para autorregular sus emociones [15].

Un bebé recién nacido puede actuar de manera expresiva, mirar y escuchar expresiones comprensivas de un cuidador o compañero atento, para luego reaccionar o responder a estas expresiones de manera imitativa [22]. Ambos actores, adultos y bebés, se comportan rítmicamente y ajustan la sincronización y secuencia de sus movimientos para moverse juntos en el diálogo, alternando y sincronizando movimientos para generar ciclos de afirmación y aprehensión, o dirigirse y responder, celebrando fluctuaciones en el esfuerzo y el disfrute, compartiendo las emociones cariñosas del otro [36].

A medida que se aprenden las rutinas o rituales de juego, esto hace distinciones entre aquellos que conocen los significados que se han construido juntos y aquellos que los desconocen o no participan sincronizadamente con el bebé en dichas rutinas [25, 38]. Así, la regulación temprana de las emociones es transmitida a los niños por sus cuidadores en un ambiente de cuidado receptivo.

Los patrones de activación cerebral encontrados en las madres a las que se las estimulaba con imágenes de sus bebés sugieren que las señales positivas de aquellos, como la sonrisa, activan la liberación de dopamina en el estriado y esto puede promover las respuestas maternas de cuidado hacia el bebé. Pero cuando la madre padece depresión, la expresión sonriente del bebé falla en producir una adecuada conducta de cuidado [35].

Las madres que muestran signos depresivos presentan tristeza, llanto, irritabilidad, pérdida del interés en las actividades habituales, sentimiento de culpa excesivo e inapropiado, e incluso pueden aparecer sentimientos de indiferencia o rechazo hacia el propio hijo, que sin duda imposibilitan su interacción con él [1].

De acuerdo con Stern y Gibbon [33], pueden existir fallas tanto del lado de la madre como del lado del bebé que perjudican la sincronización de la interacción. Un tipo de desregulación en la interacción es la hipoestimulación, esto es cuando el nivel de excitación y emoción desciende o se mantiene por debajo del nivel óptimo. Esto puede darse en madres que tienen trastornos en la capacidad para llevar a cabo comportamientos sociales, como por ejemplo ocurre en madres deprimidas [33].

Las mamás deprimidas muestran un menor grado de interés e involucramiento con su bebé, algo que se hace manifiesto en una disminución de las conductas de cuidados físicos y una capacidad disminuida para generar representaciones mentales del bebé y del vínculo con él, en comparación con las madres no deprimidas [16]. Además, tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, tienden a percibir a su hijo/a de una manera más negativa, se les dificulta su cuidado y manifiestan aislamiento y hostilidad [23].

Asimismo, las madres deprimidas han demostrado un contacto visual empobrecido con sus bebés y éstos, a su vez, responden con evitación del contacto y la mirada, así como con una menor expresión de afecto positivo [32]. Las madres hablan menos a los bebés y sus patrones vocales difieren de los de las madres no deprimidas, al mismo tiempo que hay una reducción del contacto y de las caricias al bebé y menos reciprocidad en el diálogo conjunto de alternancia de turnos, en la expresión de afecto y en la conducta [30].

Por lo tanto, es en el contexto de las interacciones tempranas madre-bebé que se manifiestan aspectos principales de las habilidades del cuidador primario para identificar las necesidades del infante, en un proceso continuo de desarrollo y de cambio. Por ello, el análisis de variables interaccionales [34] durante el primer año de vida constituye un punto clave en el ámbito de estudio de las relaciones familiares y el posterior desarrollo infantil [18].

Sin embargo, en nuestro país, Argentina, son escasos los trabajos de análisis del impacto de la depresión materna sobre el desarrollo del vínculo temprano madre-hijo, e inexistentes las políticas públicas destinadas al abordaje de la salud mental de las mujeres y del vínculo temprano con sus hijos.

Por lo tanto, este estudio buscó examinar la relación entre la depresión postparto (DPP) y la construcción del vínculo temprano madre-hijo. Siendo la hipótesis de trabajo que las madres con sintomatología depresiva del postparto (DPP) mantendrán un vínculo más empobrecido con sus bebés a lo largo del primer año de vida.

Materiales y métodos

Diseño y tipo de estudio

Diseño de campo, no experimental, transversal que implica un tipo de estudio descriptivo-correlacional.

Sujetos

Las madres participantes eran primíparas, mayores de 18 años, con 12 años o más de escolarización y habían tenido sus partos en el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología (HUMN) de la ciudad de Córdoba, Argentina. Ninguno de los miembros

de las díadas presentaba alteraciones que pudiesen afectar la valoración de las variables bajo consideración.

Acorde con el instrumento utilizado para evaluar el vínculo madre-hijo (ver apartado *Instrumentos*), en este estudio se utilizaron dos muestras separadas en función de las edades infantiles.

Una muestra correspondiente a bebés más pequeños que transitaban la primera mitad del año de vida (entre 2-6 meses) que estuvo conformada por 31 díadas, en 20 de ellas la madre no presentó indicios de DPP y en 11 sí. La edad promedio de las madres fue de 27 años y el 36% de ellas presentó sintomatología depresiva.

Otra muestra correspondiente a bebés más grandes que transitaban la segunda mitad del año de vida (entre 7-10 meses), estuvo conformada por 29 díadas, de las cuales 15 madres no presentaron indicios de DPP y 14 sí. La edad promedio de las madres fue de 27 años y el 52% de ellas presentó indicios de DPP, porcentaje que fue mayor si comparamos ambas muestras (2-6 meses y 7-10 meses). El hecho que el porcentaje de madres aumente al final del primer año postparto, puede deberse a que al comienzo las madres presenten una sintomatología leve o un estado de ánimo de tristeza o angustia, que al no ser detectado y tratado, aumente la severidad de los síntomas con el paso del tiempo (esto se tratará con mayor profundidad en la discusión).

Instrumentos

Para el estudio de las interacciones madre-bebé se usó una metodología observacional creada en Argentina y ampliamente utilizada en nuestro país. Se trata del *Perfil de observación de la relación madre-bebé* desarrollado por Alicia Oiberman [27].

El *Perfil de observación de la relación mamá-bebé* consta de dos perfiles de observación según sea la edad del niño o niña, en la primera y en la segunda mitad del primer año.

El primero corresponde a bebés menores de 6 meses y estudia las siguientes funciones: visual, verbal, corporal y de sostén, esta última fue valorada en situación de alimentación. En

cada función se evalúa una serie de conductas (indicadores) que la componen:

- Función visual: se suman los puntajes obtenidos en cada uno de los indicadores que integran esta función. Puntaje asignado: 0-1 (ausencia de comunicación), 2-3 (comunicación visual inadecuada), 4-5 (comunicación visual buena) y 6-8 (comunicación visual muy buena).
- Función corporal: se suman los puntajes obtenidos en cada uno de los indicadores que integran esta función. Puntaje asignado: 0-1 (ausencia de comunicación), 2 (comunicación corporal inadecuada), 3-4 (comunicación corporal buena) y 5-6 (comunicación corporal muy buena).
- Función verbal: se suman los puntajes obtenidos en cada uno de los indicadores que integran esta función, resultando el siguiente puntaje: 0 (ausencia de comunicación), 1 (comunicación verbal inadecuada), 2 (comunicación verbal buena) y 3 (comunicación verbal muy buena).
- Función Sostén: en los niños más pequeños se evalúa en la situación de alimentación tomando como base el trabajo de Cukier-Hémeury, Lèzine y de Ajuriaguerra [11]. Diferenciándose entre: 0 (postura de amamantamiento no ajustada, ineficaz, en la que es imposible la adaptación recíproca mamá-bebé), 1 (postura de amamantamiento ajustada pero a expensas de un esfuerzo de la madre) y 2 (postura de amamantamiento ajustada que conduce a lograr una comida distendida).

El segundo perfil corresponde a bebés que transitan la segunda mitad del año de vida, entre 7-15 meses, evaluándose también las funciones: visual, corporal, verbal y de sostén. En esta edad se utilizan dos indicadores para cada miembro de la diada en cada función. Al igual que en el perfil de observación ya descrito para cada función se evalúa un conjunto de ítems conductuales o indicadores:

- Función visual: se suman los puntajes obtenidos en cada uno de los indicadores que integran esta función. Puntaje asignado: 0-1 (ausencia de comunicación), 2

(comunicación visual buena) y 3-4 (comunicación visual muy buena).

- Función corporal: se suman los puntajes obtenidos en cada uno de los indicadores que integran esta función. Puntaje asignado: 0-1 (ausencia de comunicación), 2 (comunicación corporal buena) y 3-4 (comunicación corporal muy buena).
- Función verbal: se suman los puntajes obtenidos en cada uno de los indicadores que integran la función verbal, resultando el siguiente puntaje: 0 (ausencia de comunicación), 1 (comunicación verbal inadecuada), 2 (comunicación verbal buena) y 3-4 (comunicación verbal muy buena).
- Función de sostén: se suman los puntajes obtenidos en cada uno de los indicadores que integran la función de sostén, resultando el siguiente puntaje: 0 (ausencia de comunicación postural), 1 (comunicación postural inadecuada), 2 (comunicación postural buena) y 3-4 (comunicación postural muy buena).

Para el *screening* de sintomatología de DPP se usó la *Escala de depresión postparto de Edimburgo* [10]. Consiste en diez declaraciones con cuatro posibles opciones de respuesta (tipo Lickert) de las cuales la madre debe elegir aquella que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior a la toma. La escala es autoadministrada y contestada en aproximadamente 5 minutos. A cada respuesta se les da un puntaje entre 0 y 3, según sea el aumento de la gravedad del síntoma. El puntaje se anota en orden inverso (3, 2, 1 o 0) en las declaraciones 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10. Cualquier número que se escoja que no sea el 0 para la pregunta número 10, significa presencia de indicios de DPP y necesidad de hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

Esta escala ha sido traducida y validada para el idioma español y es ampliamente utilizada en Latinoamérica y España. La adaptación y validación para argentina ha sido realizada por Rozic *et al.* [31]. El puntaje de corte para países de habla hispana es de 10 y si bien es una escala para determinar depresión en el postparto inmediato, ha demostrado sensibilidad

del 100% y una especificidad del 76% para la detección de esta sintomatología en el puerperio [19].

Procedimiento

Luego de explicarles a las participantes los objetivos, propósitos, riesgos y demás aspectos relevantes de la investigación, las madres firmaron el consentimiento informado acerca de su participación y la de sus bebés y se les entregó copia del mismo a cada una.

Se continuó con la evaluación de las interacciones madre-bebé. La observación fue realizada en el Hospital Universitarios de Maternidad y Neonatología en la ciudad de Córdoba, Argentina, tuvo una duración de 5 minutos y en ese mismo momento se puntuó la calidad del vínculo durante el amamantamiento siguiendo los lineamientos especificados en la sección *Instrumentos*.

Por último, se aplicó a las madres la *Escala de depresión de Edimburgo*.

Resultados

Análisis de la relación vincular mamá-bebé entre los 2-6 meses de edad

A partir del *Perfil observación de la relación*

mamá-bebé [27] para niños menores de 7 meses se evaluaron los comportamientos de la pareja madre-bebé valorando los componentes que conforman el total para cada función vincular.

Se realizaron pruebas *t* para muestras independientes con el objetivo de comparar las medias en cada función vincular que evalúa la calidad de la interacción (visual, corporal, verbal y de sostén) y los ítems que componen cada una de estas funciones en relación con la DPP. Para ello se codificó cada indicador para cada función, de acuerdo con los puntajes explicados en el apartado *Instrumentos*, así como el total de cada función (correspondiente a la suma de los puntajes para cada uno de los ítems que la componen). De esta manera, el cálculo de la media remite al grado de calidad —a menor puntaje menor calidad de la interacción— logrado en el vínculo, en cada grupo en función de la DPP.

El resumen de los datos referentes a la calidad del vínculo según los indicios de depresión postparto obtenidos por cada grupo de díadas de 2 a 6 meses de edad se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Análisis de la calidad del vínculo en díadas con bebés de 2 a 6 meses en función de la depresión postparto (DPP)

Variable	Sin DPP (n=20)	Con DPP (n=11)	T	SIG.
<i>Función visual total</i>	4.75	3.78	1.26	Ns
Ítem 1: bebé mira con atención a la madre y la madre lo mira	1.7	1.18	1.87	+
Ítem 2: bebé busca que la madre lo mire y la madre responde	0.6	0.18	1.33	Ns
Ítem 3: mamá busca que el bebé la mire y su bebé responde	1.75	1.73	0.12	Ns
Ítem 4: mamá y bebé se miran	0.7	0.73	0.07	Ns
<i>Función corporal total</i>	2.45	1.36	1.63	Ns
Ítem 1: mamá busca acariciar al bebé y el bebé responde	1.4	1	1.26	Ns
Ítem 2: bebé busca tocar a la mamá y ella acepta	0.65	0	2.29	*
Ítem 3: mamá y bebé se tocan	0.4	0.36	0.12	Ns
<i>Función verbal total</i>	1.75	1.18	1.85	+
Ítem 1: bebé vocaliza y mamá le habla	1.4	1.18	1.23	Ns
Ítem 2: mamá y bebé se hablan	0.35	0	1.55	Ns
<i>Función de sostén</i>	1.5	0.91	2.27	*

Nota: se presentan medias, valores de T para cada función evaluada y de significación en cada uno de sus ítems. Ns: no significativo; +Nivel de significación ≤ 0.07 ; *Nivel de significación ≤ 0.05 ; **Nivel de significación ≤ 0.01 .

La tabla 1 muestra los resultados de la prueba de *t* para muestras independientes en las funciones vinculares totales y de cada uno de sus indicadores. Considerando la función visual,

se observaron diferencias significativas en función de los indicios de DPP en el ítem 1: «bebé mira con atención a la madre y la madre lo mira» [*t* (29)=1.87, *p*=0.07]. Considerando la

función corporal, las diferencias aparecen en el ítem 2: «bebé busca tocar a la mamá y ella acepta» [$t(29)=2.29, p=0.03$]. Con respecto a la función verbal, las diferencias ya aparecen en la función total, aunque marginalmente significativas [$t(29)=1.85, p=0.07$]. Cuando se analiza la función de sostén, nuevamente se observan diferencias significativas en función de la presencia de indicadores de DPP en las madres [$t(29)=2.27, p=0.03$].

Como puede verse, la presencia de indicadores de DPP afecta todas las funciones vinculares de la díada, ya sea de manera total o en alguno de sus indicadores, empobreciendo en todos los casos notoriamente su calidad.

En la figura 1 se comparan las medias de cada función total evaluada, según la presencia o no de indicios de DPP.

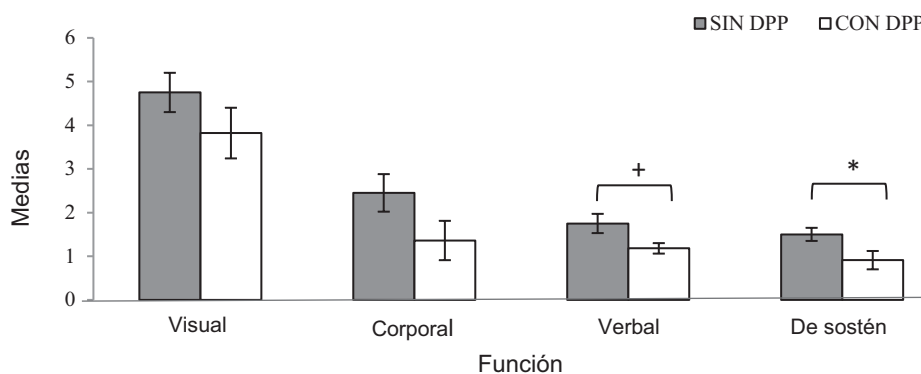


Figura 1. Calidad del vínculo mamá-bebé entre los 2 y 6 meses en función de la depresión posparto (se presentan medias y errores estándar para cada función evaluada. +Nivel de significación ≤ 0.07 , *Nivel de significación ≤ 0.05)

Se observa en la figura anterior que la calidad de la interacción vincular está empobrecida en las dimensiones visual, corporal, verbal y de sostén, mostrando peores puntajes y más inadecuación de las conductas en las díadas que presentaron sintomatología depresiva en el posparto. En particular, estas diferencias entre los grupos de madres con y sin indicios de DPP se presentaron significativas para las funciones verbal y de sostén.

Con respecto a la función visual, la proporción de díadas en las que se encontró comunicación visual buena o muy buena fue del 45% ($n=9$) las díadas sin DPP y 19% ($n=2$) en las díadas con DPP.

En cuanto a la función corporal, la proporción de díadas que mostraron comunicación corporal buena o muy buena fue del 25% ($n=5$) en las díadas del grupo sin presencia de indicadores de DPP y 7% ($n=1$) en las díadas del grupo patológico.

Al observar el comportamiento en la función verbal, la interacción fue óptima en el 50% ($n=10$) de las díadas sanas y en el 7% ($n=1$) de las díadas con indicios psicopatológicos. Asimismo, en el análisis de la función de sostén se encontró una interacción diádica adecuada en el 60% ($n=12$) de las díadas sin DPP y en el 30% ($n=3$) de las díadas con indicios de DPP.

Como puede verse, la proporción de díadas que presentan adecuación de todas las funciones vinculares observadas siempre es mayor en las madres y bebés que pertenecen al grupo sin indicios de DPP.

Análisis de la relación vincular mamá-bebé entre los 7-10 meses de edad

Para este análisis se usó el *Perfil observación de la relación mamá-bebé* de Oiberman [27] para niños entre 7-15 meses ya que contempla las edades de los bebés estudiados. Se obtuvieron los valores medios de cada función vincular total (visual, corporal, verbal y de

sostén, cada una valorada con dos indicadores que puntúan de 0-4) y la de los indicadores presentes en cada una de ellas.

Al igual que lo explicitado para los bebés más pequeños, se realizaron pruebas *t* para muestras independientes con el objetivo de comparar las medias en cada función vincular y en cada uno de los ítems que las componen, en función de la DPP. Así, el cálculo de la media

remite al grado de calidad logrado en el vínculo —a menor puntaje menor calidad de la interacción con respecto a la óptima—, en cada grupo en función de la DPP.

El resumen de los datos referentes a la calidad del vínculo, según los indicios de depresión postparto obtenidos por cada grupo de díadas de 7 a 10 meses de edad, se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Análisis de la calidad del vínculo en díadas con bebés de 7 a 10 meses en función de la depresión postparto (DPP)

Variable	Sin DPP (n=15)	Con DPP (n=14)	T	SIG.
<i>Función visual total</i>	3.14	2.13	2.8	**
Ítem 1: bebé gira la cabeza hacia la madre o la busca visualmente y la madre responde	1.14	0.33	2.47	*
Ítem 2: mamá busca que el bebé la mire y su bebé responde	2	1.8	1.87	+
<i>Función corporal total</i>	2.64	1.13	2.75	**
Ítem 1: bebé busca tocar a la mamá y ella acepta	1	0.33	2.02	*
Ítem 2: mamá busca acariciar al bebé y el bebé responde	1.64	0.8	2.66	**
<i>Función verbal total</i>	3	1.67	2.97	**
Ítem 1: bebé llama a la madre y su mamá responde	1.14	0.53	1.69	Ns
Ítem 2: mamá inicia el diálogo y su bebé responde	1.86	1.13	5.45	**
<i>Función de sostén total</i>	3	1.13	3.38	**
Ítem 1: bebé tiende los brazos hacia la madre o se acurruca y su mamá responde positivamente	1.29	0.47	2.41	*
Ítem 2: mamá tiende los brazos hacia el bebé y el bebé responde	1.71	0.67	3.26	**

Nota: se presentan medias y valores de *T* para cada función evaluada y en cada uno de sus ítems. Ns: no significativo; +Nivel de significación ≤ 0.07 ; *Nivel de significación ≤ 0.05 ; **Nivel de significación ≤ 0.01 .

Las pruebas *t* arrojaron diferencias altamente significativas entre las díadas cuyas madres presentaban indicadores de DPP en comparación con las que no lo presentaban, en todas las funciones vinculares: en la función visual total [$t(27)=2.8, p=0.00$], en la función corporal total [$t(27)=2.75, p=0.01$]; en la función verbal total [$t(27)=2.97, p=0.00$]; y en la función de sostén total [$t(27)=3.38, p=0.002$]. Como puede inspeccionarse en la tabla, estas diferencias también pudieron apreciarse en prácticamente todos los ítems de las funciones evaluadas.

Es decir, que en todas las formas de interacción vincular de las díadas madres-bebés observadas a esta edad, se ha encontrado mayor inadecuación de las conductas, con empobrecimiento en el grupo de díadas con indicadores de DPP, ver en la figura 2.

Como se mencionara, las diferencias entre los grupos en función de la presencia de indicadores de DPP, también pudo observarse en cada uno de los indicadores que cada función vincular considera. Al desglosar la función visual se encontró, en el ítem 1: «bebé gira la cabeza hacia la madre o la busca visualmente y la madre responde» mostraron diferencias significativas con menor valor para el grupo de madre con DPP [$t(27)=2.47, p=0.02$]. Dicha diferencia se presenta borderline en el ítem 2: «mamá busca que el bebé la mire y su bebé responde», siendo menor para el grupo con DPP [$t(27)=1.8, p=0.08$]. Para los ítems de la función corporal, en el ítem 1: «bebé busca tocar a la mamá y ella acepta» se encontraron puntajes significativamente más bajos para el grupo con DPP [$t(27)=2.02, p=0.05$] y en el ítem 2: «mamá busca acariciar al bebé y el bebé responde» también [$t(27)=2.66, p=0.01$].

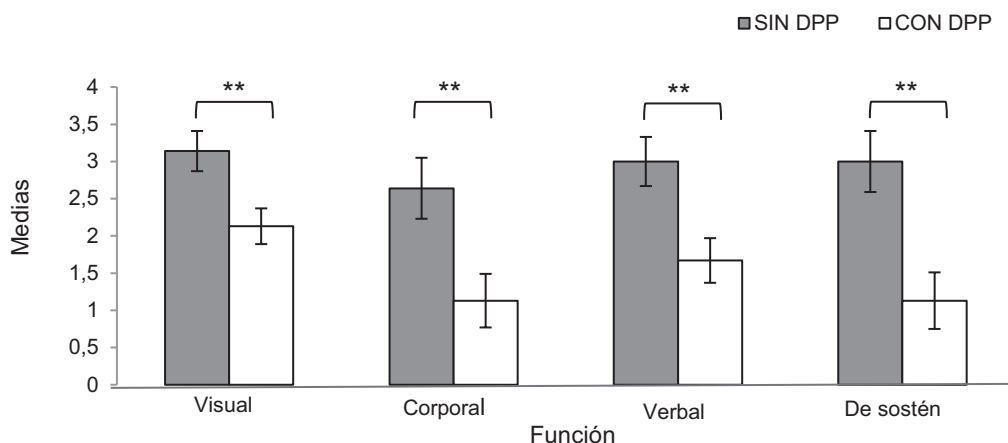


Figura 2. Calidad del vínculo mamá-bebé entre los 7 y 10 meses en función de la depresión posparto (Se presentan medias y errores estándar para cada una de las funciones evaluadas. **Nivel de significación ≤ 0.01)

De los componentes de la función verbal, el ítem 2: «mamá inicia el diálogo y su bebé responde» mostró diferencias altamente significativas, siendo más pobre en el grupo con DPP [$t(27)=5.45, p \leq 0.00$]; mientras que en el ítem 1: «bebé llama a la mamá y ella responde», a pesar de responder de manera más empobrecida el grupo de díadas cuyas madres presentaban indicios de DPP, las diferencias no alcanzaron la significación.

Ambos ítems que integran la función de sostén mostraron diferencias significativas en función de la DPP, siendo más pobre para el grupo con DPP: ítem 1: «bebé tiende los brazos hacia la madre o se acurruca y su mamá responde positivamente» [$t(27)=2.41, p=0.02$], el ítem 2 «mamá tiende los brazos hacia el bebé y el bebé responde» [$t(27)=3.26, p=0.00$]. También en este caso la calidad de la interacción vincular se vio afectada en las díadas con DPP en comparación con aquellas cuyas madres no presentaban indicios de esta patología.

En relación a la proporción en la que aparecen, aquellas conductas visuales esperables en las díadas, para que su interacción vincular sea considerada adecuada, ocurrieron en el 50% ($n=10$) de binomios mamá-bebé del grupo control y en el 27% ($n=3$) del grupo patológico.

En la función corporal se observó que la interacción era buena o muy buena en el 55% ($n=11$) de las díadas sin DPP y en el 18% ($n=2$) de las con DPP.

Considerando la función verbal, la calidad de la comunicación verbal fue muy buena en el 40% ($n=8$) del grupo sin patología y en el 18% ($n=2$) del grupo con psicopatología.

Con respecto a la función de sostén, el 60% ($n=12$) de las díadas sanas y el 27% ($n=3$) de las díadas con depresión mostró comportamientos relacionados a una comunicación postural buena o muy buena.

Así, la proporción de interacciones visuales, corporales, verbales y de sostén favorables han sido notablemente mayores en las mamás y bebés del grupo sin indicios de DPP, en detrimento del grupo depresivo.

Discusión y conclusiones

En este estudio el principal objetivo perseguido fue analizar la relación existente entre la depresión postparto y la construcción del vínculo madre-hijo en bebés durante el primer año de vida. Para ello se aplicó una escala que midió la presencia de indicios de sintomatología depresiva del postparto a las madres y perfiles de observación del vínculo diádico, basados en la conducta de interacción (visual, corporal, verbal y de sostén) de

cada miembro de la díada. La recolección y análisis de datos se llevó a cabo de acuerdo a dos cortes etarios (2-6 meses y 7-10 meses), siguiendo las características del instrumento de observación aplicado.

La hipótesis sobre la cual se trabajó fue que las madres con sintomatología depresiva del postparto mantendrían un vínculo de peor calidad con sus bebés.

Los resultados mostraron que la calidad de la interacción temprana se presenta empobrecida tanto en los bebés más pequeños (2-6 meses) como en los bebés más grandes (7-10 meses), cuando la madre presenta indicios de DPP (es decir, puntúa sobre 10 en la EDPE).

En los infantes de menor edad (hasta los 6 meses) se vieron significativamente afectadas particularmente las interacciones verbales como las de sostén; mientras que en los mayores de 6 meses fueron los cuatro tipos de intercambios diádicos (visuales, corporales, verbales y de sostén) los que se vieron alterados ante la presencia de indicios de DPP materna.

Desde la teoría de la intersubjetividad, cuando el bebé —incluso desde los primeros días posteriores a su nacimiento— si está tranquilo, sano, cómodo y contenido, muestra una conciencia intencional rítmica notablemente coherente, es decir, direccionamiento espontáneo de movimientos bien formados, conciencia selectiva y evaluaciones afectivas precisas [39]. Lo más impresionante es que un recién nacido alerta puede atraer a un adulto comprensivo a negociaciones sincronizadas de acciones arbitrarias, que pueden desarrollarse en las próximas semanas y meses enmarcados en los dominios de los rituales y símbolos culturales, mucho antes de que se aprendan las palabras [37].

Así, las dificultades en las distintas modalidades tempranas de interacción observadas en las díadas con DPP, encontradas en el presente trabajo, demuestran una falta en la sincronización en los rituales y símbolos culturales impresos en las interacciones sociales que rodean al vínculo mamá-bebé y que, como consecuencia de ello, en el bebé la falta de tranquilidad, comodidad, direccionamiento de

sus conductas kinésicas y sintonización afectiva con su adulto cuidador. Es más, podría pensarse que la profundización de las dificultades en la vinculación temprana entre madre e hijo —al comparar los resultados obtenidos en bebés de 2-6 meses y los de bebés de 7-10 meses— muestra que esa conciencia intencional rítmica y coherente de la que hablan Trevarthen y Reddy [39], no se manifiesta como tal cuando la madre presenta sintomatología de DPP.

Desde el nacimiento, los bebés manifiestan motivaciones y emociones en sus acciones corporales que sostienen la intersubjetividad humana. Realizan acciones que están adaptadas para motivar e invertir emociones en un aprendizaje cultural imaginativo [5]. Según Trevarthen [37] su inteligencia está preparada para crecer y ser educada a medida que comparte el significado de intenciones y sentimientos con otros humanos mediante diversas formas expresivas de movimiento corporal que pueden percibirse a través de distintas modalidades. Así, la falta de sincronización, de intenciones y sentimientos compartidos con otros, que se vislumbran a través de los patrones interactivos madre-hijo/a —como las visuales, corporales, verbales y de sostén analizadas en este estudio—, serían las que sostendrían la construcción de la intersubjetividad de los bebés cuando la madre padece DPP.

Esto abre infinidad de preguntas acerca de cuáles serán las consecuencias futuras de la construcción de la intersubjetividad en estas condiciones de salud mental materna, tanto en el desarrollo integral infantil como en sus interacciones sociales extrafamiliares cuando llegue el momento.

Otros trabajos han encontrados datos similares, por ejemplo, se ha encontrado que las madres deprimidas se desvían del patrón normal de interacción, donde los padres responden a las señales infantiles imitando y elaborando expresiones y gestos infantiles, y ajustando el tiempo y la forma de respuesta, para ayudar a regular la atención y el afecto del bebé, mientras que las madres deprimidas se mostraron insensibles —insensibilidad que varía desde comunicación intrusiva y hostil a comportamiento plano, retraído y desconectado en el otro— [21, 28].

A su vez, los bebés de madres deprimidas mostraron altas tasas de angustia y evitación del contacto social. Esto implica principalmente reducción en la respuesta conductual y la sensibilidad de las madres deprimidas a las señales infantiles [26], particularmente en los casos en que la depresión persiste en el tiempo [6]. Esto último puede explicar por qué a mayor edad del bebé (en este trabajo el grupo de 7 a 10 meses) aparecen más afectados todos los tipos de vínculos.

En una investigación realizada con lactantes chilenos de 12 a 15 meses cuyas madres habían sido diagnosticadas con depresión postparto y cuyo objetivo fue estudiar el impacto de la depresión materna en los patrones de apego infantil, se evaluaron 44 díadas madre-hijo/a utilizando la situación extraña de Ainsworth. Los resultados develaron que las madres con depresión postparto utilizan estrategias de apego de tipo más inseguro-avoidante, presentando el niño/a conductas de distanciamiento, evitación en la interacción y en el contacto cercano; además, en cuanto a la madre, se manifiesta con un rechazo hacia el contacto corporal, generando un desbalance entre apego y exploración [7].

Ya otros estudios demostraron la relevancia de la interacción cara a cara padres-bebés, donde el vocalizar, sonreír, imitar, el uso de turnos y jugar, ocupan un lugar central [17]. Pero estos autores, al igual que nuestro estudio, encontraron que estos comportamientos son menos frecuentes en madres deprimidas y sus bebés, lo que puede contribuir a generar alteraciones en su interacción [17].

También en una investigación conducida por Righetti-Veltema, Conne-Perréard, Bousquet y Manzano [30] en Suiza con mamás y sus bebés de 3 meses de edad, describieron que en las díadas con depresión postparto hallaron menos comunicación vocal, corporal y visual. Al igual que el trabajo de Boyd, Zayas y McKee [4] con díadas afroamericanas e hispanicas que vivían en Estados Unidos, en el que hallaron que los bebés de 3 meses de hijos de madres con DPP tendían a evitar más el contacto visual con sus madres.

Respecto a la función de sostén en la alimentación, una serie de investigaciones muestra-

ron que las madres con depresión en el postparto tenían más probabilidades de interrumpir la lactancia durante los primeros 4 meses luego del nacimiento al mismo tiempo que las madres reportaron estar insatisfechas, haber experimentado dificultades importantes y niveles más bajos de autoeficiencia durante la práctica de lactancia [12, 20].

Otro hallazgo importante de nuestros resultados —además de que las interacciones tempranas mamá-bebé se ven afectadas en las que se suceden los intercambios diádicos— es el hecho de que las dificultades en la sintonía y reciprocidad de dichos intercambios parecieran profundizarse y perdurar en el tiempo.

Los resultados muestran que las díadas cuyos bebés tienen más edad (posteriores a los seis meses de vida) poseen comprometidas funciones vinculares que no se encontraron afectadas en las díadas con infantes más pequeños.

Investigaciones realizadas en bebés menores de 6 meses mostraron, en relación a la calidad de las interacciones entre madre-infante, que en las díadas con indicios de depresión postparto materna sus bebés presentan mayor frecuencia de llanto, de afectos negativos y de evitación del contacto visual [4]. Asimismo, se ha observado en las madres con depresión aumento del afecto negativo, principalmente irritación o intrusión durante la interacción cara a cara. Tanto la proporción de madres deprimidas que muestran afecto negativo, como la proporción de afecto negativo demostrado por ellas, son significativamente mayores que las proporciones observadas entre las mujeres no deprimidas [8, 9].

Siguiendo la teoría del apego, la fase en que se consolida el patrón de apego con la madre, en que se consolida la vinculación afectiva, se inicia aproximadamente a los 6 meses de edad [3]. Es esperable, por lo tanto, que en niños a partir de esta edad, las conductas disruptivas del vínculo ocurridas en la díada durante los meses previos, afecte la calidad de la vinculación afectiva y el patrón de apego posterior.

En un meta-análisis realizado por Martins y Gaffan [24] sobre madres que sufren o sufrieron depresión y sus hijos menores a 3 años de edad, hallaron que los hijos de madres con depresión presentan una probabilidad significativamente reducida de apego seguro y una probabilidad elevada de apego evitativo y desorganizado.

Cabe tener presente que, aunque la proporción de díadas que presentaron una vinculación adecuada en las madres sin DPP, es mayor que en las madres con DPP, más de la mitad de este grupo presenta un perfil similar al de las madres con DPP. Es decir, si bien la DPP es un factor agravante de las dificultades en el vínculo inicial materno filial, en más del 50 % de los casos sin DPP esas dificultades también estarían presentes. Quizás esto pueda deberse a que la prueba de detección de depresión postparto utilizado es de cribado y por ende sería necesario realizar un seguimiento de las madres hacia indicadores de depresión mayor. Sin embargo, el hecho de que las madres con DPP presenten una menor calidad en la interacción con sus hijos/as que las madres sin DPP, alerta sobre posibles indicadores tempranos de dificultades vinculares en las díadas.

Según Fairbairn [14] es el vínculo temprano con los cuidadores principales la base que moldea la vida emocional infantil y el arquetipo de las posteriores experiencias emocionales a lo largo de la vida. La vinculación adecuada entre un bebé y su madre le permitiría al pequeño satisfacer sus necesidades de dependencia y afirmación.

Asimismo, fue John Bowlby [2] quien afirmó que el infante indefenso mantiene la cercanía con su madre mediante un patrón de respuestas emocionales y comportamentales que denominó como sistema de vínculo. Bowlby [2] sugirió además la importancia que tendría la respuesta de la madre frente a estas conductas, siendo su respuesta receptiva y sincronizada, la clave para favorecer en el niño un estado emocional positivo, caracterizado por sentimientos de protección y seguridad.

En un manuscrito publicado en 2008 por Strathearn *et al.* se manifiesta que la habilidad materna de conectar esas señales con las

necesidades subyacentes del bebé y tener una respuesta diferenciada y acorde con éstas, es la base para el establecimiento de un vínculo seguro entre la madre y su hijo. Cuando el bebé tiene aproximadamente tres meses de vida comienza a participar activamente de su mundo social y de los intercambios interaccionales con sus cuidadores a partir de secuencias coordinadas de tipo visual, verbal, afectivas y táctiles-corporales [15].

De acuerdo con Feldman [15] la sincronía de estos intercambios experimentada en el vínculo con la madre entre los 3 a 9 meses de edad se ha relacionado con la capacidad del niño para adquirir una autoregulación, para aprender el uso de los símbolos y para desarrollar la capacidad de empatía. Sin embargo, ha sido ampliamente demostrado, tanto en el presente trabajo como en la bibliografía internacional, que las madres que padecen depresión suelen tener dificultades para percibir e interpretar las señales comunicacionales de sus hijos/as y responder sensiblemente a ellas, afectando negativamente al desarrollo de la comunicación y las habilidades socio-emocionales del niño/a [9].

En consecuencia, ante la falta de reciprocidad y sintonía en los intercambios comunicativos madre-hijo/a se ven comprometidas no sólo las habilidades comunicativas infantiles sino también la calidad del intercambio diádico, ya que la comunicación del infante y la respuesta sensible de la madre a sus señales actúan como predictores de la calidad de la interacción [9, 13]. Sin embargo, resulta de importancia continuar profundizando el estudio de las interacciones vinculares tempranas, cuando la madre presenta depresión, en muestras más grandes y con instrumentos de medición más exhaustivos.

A partir de los resultados aquí expuestos, se podría pensar que las dificultades observadas en el establecimiento de conductas maternas sensibles, sintonizadas y recíprocas —de tipos táctiles, visuales, verbales y de sostén— provocan reacciones disruptivas en los niños (mayor llanto, menos miradas dirigidas al rostro materno, entre otras) en los primeros 6 meses de vida infantil, pueden propiciar patrones de apegos inseguros y evitativos conducentes a profundizar modalidades de

interacción vincular ausentes, luego de los 6 meses de edad.

Por tal motivo, resulta indispensable no sólo la detección temprana de la presencia de conductas disruptivas en la madre o en el infante, para poder prevenir futuras dificultades en el establecimiento del vínculo mamá-bebé, sobre el que se basa la posterior fundación de los patrones de apego; sino también el abordaje terapéutico de la díada desde los inicios de la relación, con el objetivo de flexibilizar las maneras en que discurren los intercambios comunicativos, amoro-

sos y vinculares de la díada en los que se asentará la constitución subjetiva del infante.

Este artículo de investigación científica es parte del proyecto de doctorado titulado *Impacto de la depresión postparto en las características de las interacciones tempranas madre-hijo/a y en los parámetros acústicos del habla dirigida al bebé y de las vocalizaciones infantiles durante la etapa prelingüística* que realiza la Licenciada en Psicología María Patricia Paolantonio en la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina, con una beca doctoral otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científica y Técnicas (CONICET).

Referencias

1. Adam Torres G. Depresión postparto, hostilidad y hábitos de salud [tesis doctoral]. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona; 2014.
2. Bowlby J. Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanal Study Child*. 1960; 15:9-52.
3. Bowlby J. A secure base: parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books; 1988.
4. Boyd RC, Zayas LH, McKee MD. Mother-infant interaction, life events, and prenatal and postpartum depressive symptoms among minority women in primary care. *Matern Child Health J*. 2006; 10(2):139-48. PMID: 16397831. DOI: 10.1007/s10995-005-0042-2
5. Bråten S, Trevarthen C. Prologue: From infant intersubjectivity and participant movements to simulations and conversations in cultural common sense. In: Bråten S, editor. *On Being Moved: From Mirror Neurons to Empathy*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins; 2007. p.21-34.
6. Campbell SB, Cohn JF, Meyers T. Depression in first time mothers: Mother – infant interaction and depression chronicity. *Dev Psychol*. 1995; 31(3):349-57. DOI: 10.1037/0012-1649.31.3.349
7. Castillo Montes D. Descripción de los patrones de apego de madres con depresión postparto y sus hijos lactantes de entre 12 y 15 meses [tesis de maestría]. Santiago: Facultad de Ciencias sociales, Universidad de Chile; 2008.
8. Cohn JF, Campbell SB, Matias R, Hopkins J. Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Dev Psychol*. 1990; 26(1):15-23. DOI: 10.1037/0012-1649.26.1.15
9. Cohn JF, Matias R, Tronick EZ, Connell D, Lyons-Ruth K. Face to face interaction of depressed mother and their infants. *New Dir Child Dev*. 1986; 34:31-45. PMID: 3822209. DOI: 10.1002/cd.23219863405
10. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry*. 1987; 150:782-6
11. Cukier-Hêmeury F, Lézine I, de Ajuriaguerra J. Les postures de l'allaitement au sein chez les femmes primipares. *Psychiatr Infant*. 1979; 22(2): 503-18.
12. Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatr*. 2007; 96(4):590-4. PMID: 17391475. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2007.00184.x
13. DiCarlo CF, Onwujuba C, Baumgartner JI. Infant communicative behaviors and maternal responsiveness. *Child Youth Care Forum*. 2014; 43:195-209. DOI: 10.1007/s10566-013-9233-y
14. Fairbairn WRD. Steps in the Development of an Object-Relations Theory of the Personality. *Br J Med Psychol*. 1949; 22(1-2):26-31. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1949.tb02880.x
15. Feldman R. Parent-infant synchrony: a biobehavioral model of mutual influences in the formation of affiliative bonds. *Monogr Soc Res Child Dev*. 2012; 77(2):42-51.
16. Feldman R, Greenbaum CW, Yirmiya N. Mother-infant affect synchrony as an antecedent to the emergence of self-control. *Dev Psychol*. 1999; 35(1):223-31. PMID: 9923477. DOI: 10.1037/0012-1649.35.1.223
17. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Depressed mothers' infants are less responsive to faces and voices. *Infant Behav Dev*. 2009; 32(3):239-44. PMID: 19439359. DOI: 10.1016/j.infbeh.2009.03.005
18. Fukkink RG, Lont A. Does training matter? A meta-analysis and review of caregiver training

- studies. *Early Child Res Q.* 2007; 22(3): 294-311. DOI: 10.1016/j.ecresq.2007.04.005
19. Guendelman S. Neurobiología interpersonal: la depresión post-parto y el vínculo de apego temprano. *Revista GPU* [internet]. 2008; 4: 454-461. Disponible en: http://revistagpu.cl/2008/GPU_dic_2008_PDF/NEUROBIOLOGIA%20INTERPERSONAL%20LA%20DE%20PRESION%20POST%20PARTO%20Y%20EL%20VINCULO%20DE%20APEGO%20TEMPRANO.pdf
 20. Hatton DC, Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, McCarron DA. Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. *J Hum Lact.* 2005; 21(4):444-9. PMID: 16280561. DOI: 10.1177/0890334405280947
 21. Jaffe J, Beebe B, Feldstein S, Crown CL, Jasnow MD. Rhythms of dialogue in infancy: coordinated timing in development. *Monogr Soc Res Child Dev.* 2001; 66(2):i-viii,1-132. PMID: 11428150.
 22. Kugiumutzakis G, Kokkinaki T, Makrodimitraki M, Vitalaki E. Emotions in early mimesis. In: Nadel J, Muir D, editors. *Emotional Development: Recent Research Advances.* Oxford University Press: 2004. p.161-182.
 23. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2000; 20(5):561-92. PMID: 10860167. DOI: 10.1016/S0272-7358(98)00100-7
 24. Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry.* 2000; 41(6):737-46. PMID: 11039686. DOI: 10.1111/1469-7610.00661
 25. Murray L, Kempton C, Woolgar M, Hooper R. Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *J Child Psychol Psychiatry.* 1993; 34(7): 1083-101. PMID: 8245134. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1993.tb01775.x
 26. Murray L, Stanley C, Hooper R, King F, Fiori-Cowley A. (2008). The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Dev Med Child Neurol.* 1996; 38(2):109-19. DOI: 10.1111/j.1469-8749.1996.tb12082.x
 27. Oiberman A. Observando a los bebés...: técnicas vinculares madre-bebé, padre-bebé. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
 28. Papoušek H, Papoušek M. Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In: Osofsky JD, editor. *Handbook of infant development.* Oxford, England: John Wiley & Sons; 1987. p.669-720.
 29. Rendón Quintero E, Rodríguez-Gómez R. La importancia del vínculo en la infancia: entre el psicoanálisis y la neurobiología. *Rev Cienc Salud* [internet]. 2016; 14(2):261-80. DOI: 10.12804/revsalud.14.02.2016.10
 30. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord.* 2002; 70(3):291-306. PMID: 12128241. DOI: 10.1016/S0165-0327(01)00367-6
 31. Rozic PR, Schwartzman JA, Paolini CI, Gadow A, Calvo DA, Paesani F, et al. Detección de síntomas depresivos durante el postparto inmediato y el seguimiento a largo plazo: estabilidad temporal y factores asociados. *Vertex* [internet]. 2012; 106(23): 409-17. Disponible en: <http://www.polemos.com.ar/vertex106.php>
 32. Stanley C, Murray L, Stein A. The effect of postnatal depression on mother-infant interaction, infant response to the still-face perturbation, and performance on an instrumental learning task. *Dev Psychopathol.* 2004; 16(1):1-18. PMID: 15115062. DOI: 10.1017/S0954579404044384.34.
 33. Stern DN, Gibbon J. Temporal expectancies of social behaviors in mother-infant play. In: Thomas EB, editor. *Origins of the infant's social responsiveness.* Mahwah, NJ: L Erlbaum Publishers; 1979. p.409-29.
 34. Stratheam L. Maternal neglect: Oxytocin, dopamine and the neurobiology of attachment. *J Neuroendocrinol.* 2011; 23(11):1054-65. PMID: 21951160. DOI: doi: 10.1111/j.1365-2826.2011.02228.x
 35. Strathearn L, Li J, Fonagy P, Montague PR. What's in a smile? Maternal brain responses to infant facial cues. *Pediatrics.* 2008; 122(1):40-51. PMID: 18595985. DOI: doi: 10.1542/peds.2007-1566
 36. Trevarthen C. Action and emotion in development of cultural intelligence: why infants have feelings like ours. In: Nadel J, Muir D, editors. *Emotional Development: Recent Research Advances.* Oxford University Press: 2004. p.61-92.
 37. Trevarthen C. What is it like to be a person who knows nothing? Defining the active intersubjective mind of a newborn human being. *Infant Child Dev.* 2011; 20(1):119-35. DOI: 10.1002/icd.689
 38. Trevarthen C. Neuroscience and intrinsic psychodynamics: current knowledge and potential for therapy. In: Corrigan J, Wilkinson H, editors. *Revolutionary Connections. Psychotherapy and Neuroscience.* London: Taylor & Francis; 2018. p.53-78.
 39. Trevarthen C, Reddy V. Consciousness in infants. In: Velman M, Schneider S, editors. *The Blackwell A Companion to consciousness.* Oxford, UK: Blackwell Publishing; 2007. p.41-57.