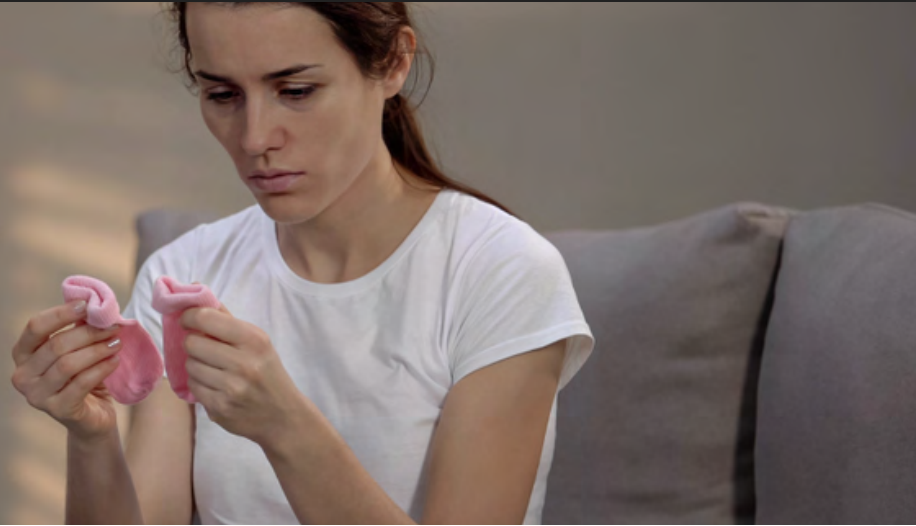




ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE



Recibido: 30/04/2021. Aceptado: 15/07/2021

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA FORMACIÓN DEL VÍNCULO Y EL APEGO MATERNO-INFANTIL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

OBSTETRIC VIOLENCE AS A RISK FACTOR FOR MATERNAL-INFANT BONDING AND ATTACHMENT: A SYSTEMATIC REVIEW

Alba Jarillo López¹, Rocío Fernández-Velasco², Helena Garrido-Hernansaiz³

¹Graduada en psicología. Centro Universitario Cardenal Cisneros. Av. de los Jesuitas, 34, 28806, Alcalá de Henares, Madrid. jarillo20@gmail.com

²Doctora en psicología. Profesora titular. Centro Universitario Cardenal Cisneros. Av. de los Jesuitas, 34, 28806, Alcalá de Henares, Madrid. rociofernandez@cardenalcisneros.es

³Doctora en Psicología. Profesora titular. Centro Universitario Cardenal Cisneros. Av. de los Jesuitas, 34, 28806, Alcalá de Henares, Madrid. helenagarrido42@gmail.com

Declaración de autoría, buenas prácticas y cesión de derechos:

- 1) **Financiación.** El presente trabajo no ha recibido financiación de ninguna entidad pública o privada.
- 2) **Contribución:** Las autoras primera y segunda contribuyeron en proporción equitativa en el diseño del estudio, selección de criterios, revisión de la literatura y redacción del borrador. La tercera autora realizó revisiones substantivas del borrador. Todas las autoras revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.
- 3) **Conflictos de intereses:** Las autoras declaran la ausencia de potenciales conflictos de interés.



RESUMEN

Introducción: se reconoce como violencia obstétrica aquellas prácticas que suponen un daño o perjuicio, psicológico o físico, para las mujeres en el periodo del embarazo, parto o puerperio (ej. episiotomía, lenguaje vejatorio, etc.). Este tipo de violencia es muy habitual y constituye un gran problema para las mujeres, sus hijos y algunos de los profesionales que las atienden. Este artículo tiene por objetivo revisar la evidencia disponible sobre la exposición a la violencia obstétrica y su relación con la construcción del vínculo materno-infantil y el apego. **Método:** se ha realizado una revisión de los últimos 10 años en la literatura científica en base a la relación entre violencia obstétrica, vínculo materno-infantil y apego. Para ello se utilizaron cinco bases de datos (Dialnet, Psycodoc, Psycinfo, PubMed y Scielo) y se seleccionaron 11 artículos de los 483 resultados. **Resultados:** los estudios revisados indican que los procedimientos que implican violencia obstétrica afectan al vínculo materno-fetal, así como al futuro vínculo materno-infantil y apego, provocando frecuentes problemas en la madre, como sufrimiento, estrés o sintomatología depresiva, y favoreciendo dificultades en el desarrollo del menor, como cambios en el comportamiento. **Discusión:** la literatura revisada ha puesto de manifiesto que la violencia obstétrica puede tener un impacto negativo tanto en la madre como en el menor, constituyendo un factor de riesgo para el vínculo y el apego materno-infantil. Estos resultados evidencian la necesidad de una mayor concienciación y formación del personal sanitario al respecto, con el fin de reducir la incidencia de este tipo de violencia.

Palabras clave: Violencia obstétrica, obstetricia, experiencia de parto, parto, vínculo materno-infantil, apego.

RESUMO

Introdução: a violência obstétrica é reconhecida como aquelas práticas que supõem dano ou prejuízo, psicológico ou físico, para as mulheres durante o período de gravidez, parto ou puerpério (e.g. episiotomia, linguagem vexatória, etc.). A prática desta violência é habitual, o que constitui um grave problema para as mulheres, os seus filhos e para alguns dos profissionais que as tratam. Este artigo tem por objetivo efetuar uma revisão da evidência disponível sobre a exposição à violência obstétrica e a sua relação com a criação do vínculo materno-filial e o apego. **Metodologia:** desenvolveu-se uma revisão dos últimos 10 anos da literatura científica com base na relação entre violência obstétrica, vínculo materno-filial e apego. Para este fim, foram utilizadas cinco bases de dados (Dialnet, Psycodoc, Psycinfo, PubMed e Scielo), e foram selecionados 11 artigos face

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence is recognized as those practices that entail psychological or physical harm or damage to women in the period of pregnancy, childbirth or the puerperium (e.g. episiotomy, degrading language, etc.). This type of violence is very common and constitutes a great problem for women, their children and some of the professionals who care for them. Therefore, this article aims to review the available evidence on exposure to obstetric violence and its relationship with the construction of the mother-child bond and attachment. **Methods:** A review of the last 10 years has been carried out in the scientific literature based on the relationship between obstetric violence, mother-child bond and attachment. For this, five databases were used (Dialnet, Psycodoc, Psycinfo, PubMed and Scielo) and 11 articles were selected from the 483 results. **Results:** The studies reviewed indicate that procedures involving obstetric violence have an impact on the maternal-fetal bond, as well as on the future maternal-infant bond and attachment, causing frequent problems in the mother such as suffering, stress, or depressive symptoms, and favouring difficulties in the development of the minor such as changes in behavior. **Discussion:** The literature reviewed has shown that obstetric violence may have a negative impact on both the mother and the child, constituting a risk factor for the mother-child bond and attachment. These results show the need for greater awareness and training of health personnel in this regard, in order to reduce the incidence of this type of violence.

Keywords: Obstetric violence, obstetrics, birth experience, childbirth, mother-infant bonding, attachment.

aos 483 resultados. **Resultados:** os estudos incluídos indicam que os procedimentos que envolvem violência obstétrica possuem um impacto na ligação materno-filial, bem como ao futuro laço e apego materno-infantil, o que provoca problemas frequentes na mãe tais como sofrimento, stress ou sintomatologia depressiva, que por sua vez favorece dificuldades no desenvolvimento do menor, como alterações no comportamento. **Discussão:** a literatura em revisão mostra o impacto negativo da violência obstétrica, simultaneamente na mãe e no menor, o que constitui um fator de risco quer para o vínculo quer para o apego materno-infantil. Estes resultados evidenciam a necessidade de uma maior sensibilização e formação dos profissionais da saúde, com o fim de reduzir a incidência deste tipo de violência. .

Palavras chave: Violência obstétrica, experiência no parto, parto, vínculo materno-infantil, apego



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) define la experiencia de parto positiva como "la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer" (p. 1). Esta experiencia facilita la interacción entre la madre y el menor (Bell, Andersson, Goding y Vonderheid, 2018). Por otro lado, en el polo negativo de la experiencia de parto se encuentra la violencia obstétrica. Se consideran formas de violencia obstétrica (VO) tanto la realización de rasurado perineal o púbico, la pelvimetría o el uso de enemas en el ingreso durante el periodo de dilatación, como la episiotomía o la presión del fondo uterino en el periodo expulsivo (OMS, 2019). Estas prácticas conllevan inconvenientes y en ocasiones consecuencias graves para la mujer, como desgarros severos por la episiotomía, dolor en el coito, hinchazón y gases o incontinencia fecal o urinaria. Por otro lado, el uso de instrumentos como fórceps pueden ser origen de fisuras o fracturas craneales en el bebé (Fernández Guillén, 2015).

La VO, más allá de la experiencia de parto, puede darse también durante el embarazo y puerperio. Actuaciones como el uso de un lenguaje vejatorio, la falta de información, la omisión de petición de consentimiento o la modificación del ritmo del parto (Rodríguez Ramos y Aguilera Ávila, 2017) son prácticas inadecuadas que con frecuencia son invisibilizadas.

La VO constituye una violencia simbólica, institucional y de género (Al Adib Mendi, Ibáñez Bernáldez, Casado Blanco y Santos Redondo, 2017; Fernández Guillén, 2015; García, 2018; Rodríguez Ramos y Aguilera Ávila, 2017), ya que se ejerce en el desconocimiento o normalización de la misma, por instituciones públicas y en un momento en el que la mujer se encuentra especialmente vulnerable (Rodríguez Ramos y Aguilera Ávila, 2017).

Como cualquier tipo de violencia, la VO tiene no solo consecuencias físicas como las comentadas (desgarros, dolor, fracturas, etc.), sino también de índole psicológica. Entre estas consecuencias, destacan la depresión postparto en la madre, el estrés postraumático (TEPT), los desajustes emocionales (García, 2018) y los problemas físicos tanto para la madre como para el bebé (Fernández Guillén, 2015). Además, la VO también ha mostrado su impacto en la relación afectiva que ese establece entre la madre y el bebé, aspecto en el que se centra la presente revisión de la literatura.

El vínculo materno-infantil se define como la relación que se establece entre una madre y su hijo antes de que este pue-

da adquirir conductas o pensamientos organizados (Klaus y Kennel, 1976). La base de esta interacción se encuentra en la reacción unidireccional que la madre tiene hacia el niño (Taylor, Atkins, Kumar, Adams y Glover, 2005) con manifestaciones emocionales y afectivas distintas (Burutxaga et al., 2018). Este proceso se construye en los primeros meses de vida, desde el nacimiento del niño hasta los 12 meses (Palacios Hernández, 2016).

Además, como indican Roncallo, Sánchez de Miguel y Arranz Freijo (2015), previamente al establecimiento del vínculo materno-infantil, existe un tipo de vinculación temprana durante gestación. Tanto el vínculo materno-fetal como el materno-infantil consisten en un proceso innato y tienen las mismas implicaciones de cara al establecimiento de buenas prácticas durante el parto (Condon y Dunn, 1988). Tras haberse generado el vínculo y transcurridos los primeros 12 meses de vida, se origina el apego, una relación de carácter bidireccional entre la madre y el bebé (Roncallo et al., 2015). Bowlby (1958) define esta relación como aquellas conductas que se intercambian madre e hijo con la finalidad de interactuar y generar una confianza y proximidad entre ambos.

El vínculo materno-infantil y el apego son, por tanto, procesos distintos (Burutxaga et al., 2018). Mientras que el primero se trata de una relación unidireccional (Taylor et al., 2005) de la madre hacia el bebé desde el nacimiento hasta el primer año de vida (Palacios Hernández, 2016), el apego consiste en una díada de naturaleza bidireccional que se da desde el primer año en adelante (Roncallo et al., 2015). El apego que se establezca puede ser de diferentes tipos, diferenciándose fundamentalmente apego seguro e inseguro. Si las demandas del bebé no son satisfechas, se transformarán en un apego inseguro y, en consecuencia, en desajustes psicológicos, inseguridad, problemas de conducta como agresividad o pobres relaciones sociales, entre otras (Moya, Sierra, del Valle y Carrasco, 2015). Además, este tipo de apego se ve reflejado en el desarrollo del hemisferio cerebral derecho del niño, responsable del procesamiento emocional fundamentalmente en los primeros años de vida. Este déficit en el desarrollo del hemisferio derecho resultará en dificultades de afrontamiento y de regulación y percepción emocional, problemas en las relaciones interpersonales y en síntomas de disociación y de estrés postraumático (Schore, 2002a; Schore, 2002b). Por otro lado, el vínculo materno-infantil constituye un factor de protección para el apego, ya que si existe un buen vínculo en los primeros meses de vida



es más fácil que el apego desarrollado sea de tipo seguro (Zorrilla Blasco, 2017).

Desde el embarazo hasta el postparto también existen cambios a nivel cerebral que resultan ser de suma importancia para la relación madre e hijo y que incluyen áreas como la ínsula, la amígdala, el córtex prefrontal o la corteza orbitofrontal derecha, entre otras (Gholampour, Riem y van den Heuvel, 2020). En el estudio de Hoekzema et al. (2017) se observó que si durante el embarazo se reducía el volumen de la materia gris en la madre se podía pronosticar una carencia de hostilidad de la madre al niño tras el parto y un apego seguro. Por otro lado, Barret et al. (2012) encontraron que las madres que obtenían una respuesta mayor de la amígdala al ver imágenes de sus hijos en contraste con las de otros niños mantenían un mejor vínculo materno-infantil. Además, esta respuesta incrementaba si las madres mostraban niveles reducidos de ansiedad.

El tipo de apego establecido influirá durante toda la vida del menor, viéndose reflejado en capacidades como la autorregulación o la resiliencia (Moneta, 2014). Tanto el apego como el vínculo son dos procesos imprescindibles que se deben dar en el desarrollo y resultan ser factores de protección frente a problemas de salud mental (Zorrilla Blasco, 2017). Así, dada la importancia del vínculo y el apego por su influencia en el bienestar materno e infantil, se hace imprescindible valorar el impacto que la VO pueda tener en ellos.

Como han mostrado diferentes estudios, una mala experiencia en el parto o incluso el trauma provocado podrían deteriorar la calidad del vínculo materno-infantil (Palacios Hernández, 2016). Además, los síntomas de ansiedad o depresión de la madre durante el desarrollo del vínculo materno-fetal se encuentran posteriormente relacionados con dificultades en el postparto (Roncallo et al., 2015). A su vez, las alteraciones en el vínculo pueden originar problemas en el menor de autorregulación emocional y síntomas de estrés, además de problemas en el desarrollo cognitivo y social o alteraciones psicológicas (Palacios Hernández, 2016).

Los procedimientos de VO que se puedan dar durante el embarazo y el postparto, por tanto, pueden afectar al estado emocional de la mujer y, a través de este, al vínculo entre madre y bebé y al propio bebé. Así, se ha comprobado que estas alteraciones en la madre afectan al bebé (incluso antes de nacer) en variables como la frecuencia cardíaca o sus movimientos y, por tanto, afecta a su vez al vínculo materno-fetal (Di Pietro, Hodgson, Costigan y Johnson, 1996). Además, el aumento de la ansiedad de la madre durante el embarazo puede provocar

problemas emocionales, cognitivos y de conducta durante los primeros años del niño (Olza Fernández y Gainza Tejedor, 2006). Problemas como la depresión o ansiedad (Olza Fernández y Gainza Tejedor, 2006), escaso apoyo por parte de la pareja, embarazos no planificados (Farré Sender, 2018) o un aumento de cortisol generado por estrés excesivo (Palacios Hernández, 2016) pueden ser factores de riesgo para obstaculizar y deteriorar este desarrollo del vínculo materno-infantil y de un apego seguro.

En resumen, la experimentación de VO constituye un factor de riesgo que predispone a la alteración de ambos procesos, vínculo materno-fetal y apego, con las consecuencias comentadas. Así, el objetivo de este trabajo es estudiar el impacto de la VO sobre el vínculo materno-infantil y sobre el apego mediante una revisión sistemática de la literatura científica de los últimos 10 años. Se pretende de esta forma analizar el impacto psicológico que la VO tiene tanto en la madre como en el niño y estudiar si dicha violencia constituye un factor de riesgo para el vínculo materno-infantil y para el apego.

MÉTODO

De acuerdo con el enfoque PICO (Martínez Díaz, Ortega Chacón y Muñoz Ronda, 2016) se estableció la pregunta de investigación incluyendo a las madres y sus hijos e hijas como grupo determinado de población, la violencia obstétrica como procedimiento a estudiar, comparando la presencia o ausencia de esta intervención como factor de riesgo con resultado en el apego o vínculo materno-infantil. Se consideraron investigaciones empíricas y revisiones sistemáticas. Se realizaron búsquedas bibliográficas en las bases de datos Dialnet, Psycodoc, Psycinfo, PubMed y Scielo. Los criterios de búsqueda fueron los siguientes: (1) publicaciones comprendidas entre 2010 y 2020, (2) artículos accesibles a texto completo, (3) referidos a estudios con humanos y (4) escritos en español o inglés.

Se utilizaron varias relaciones entre palabras clave a través del booleano "y" y, en función de la base de datos utilizada, los siguientes términos, en español o en inglés: (1) experiencia de parto y vínculo materno-infantil, (2) experiencia de parto y apego, (3) violencia obstétrica y apego, (4) violencia obstétrica y vínculo materno-infantil, (5) experiencia de parto y parto y vínculo materno-infantil y apego, (6) vínculo y apego y obstetricia y (7) vínculo materno-infantil y parto.

Los criterios de inclusión establecidos fueron que el estudio fuese una revisión sistemática o un estudio empírico y que hiciese referencia a la relación entre la VO o la experiencia

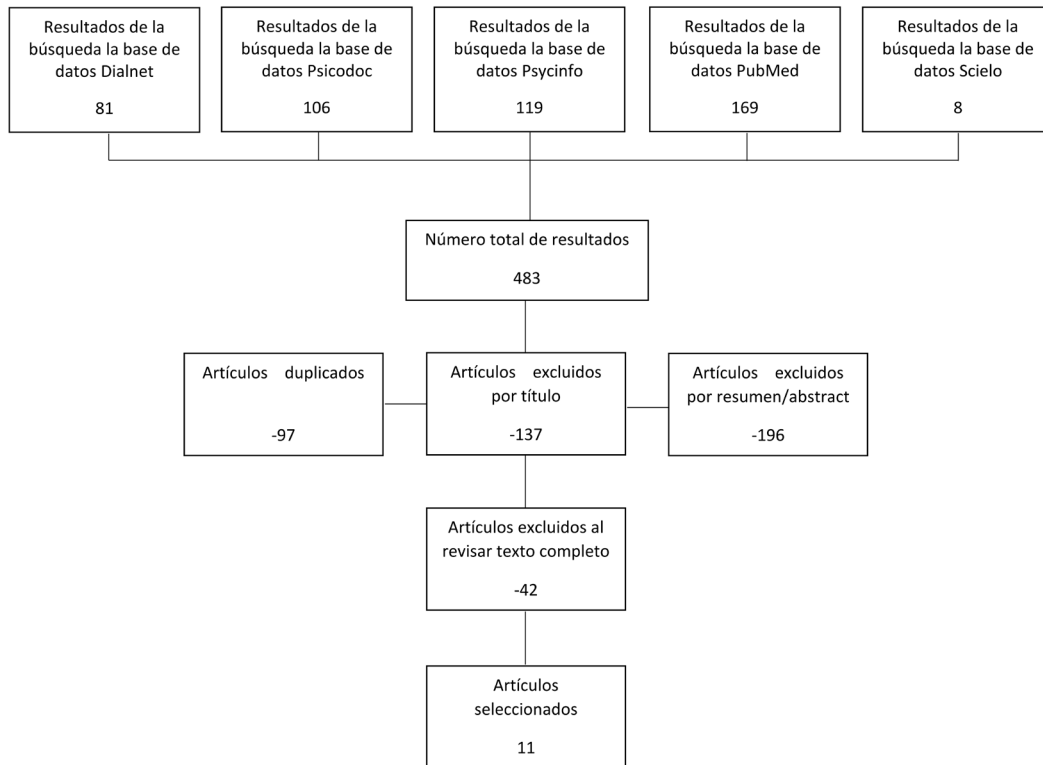


Figura 1. Diagrama de proceso de selección de artículos para la revisión sistemática.

de parto y el vínculo materno-infantil o el apego. Se excluyeron los artículos que hicieron referencia exclusivamente a partos prematuros o cuidados neonatales, progenitores no gestantes, adopción, bajo peso al nacer, muerte infantil, violencia de género, embarazos adolescentes, problemas del feto en el embarazo, enfermedades no psiquiátricas, profesores, lactancia materna o psicopatologías previas y aquellos que valoraran la experiencia de parto únicamente a través de la diferencia entre cesárea y parto vaginal.

Se obtuvieron un total de 483 artículos, de los cuales se excluyeron 97 por estar duplicados y 375 tras realizar un análisis preliminar del título, resumen y/o del artículo completo y aplicar los criterios de inclusión y exclusión. Finalmente, permanecieron 11 artículos en total para la revisión en profundidad (ver Figura 1 sobre el proceso de selección). De los 11 artículos seleccionados, 8 fueron estudios empíricos y 3 fueron revisiones sistemáticas (Tabla 1).

El proceso de selección de artículos resumidos en la Tabla 1 estratifica la pérdida de estudios teniendo en cuenta la identificación, cribado, elegibilidad, y selección de estos a partir de los criterios PRISMA aplicados parcialmente (por el objetivo y las características de la revisión, no se operativizó un protocolo de medida de resultados en términos cuantitativos, no se evaluó el riesgo de sesgos ni se registró previamente el protocolo para la revisión).

RESULTADOS

Los estudios seleccionados para esta revisión incorporan la percepción de parto de la mujer como experiencia negativa o positiva. Sus características y resultados principales se muestran en la Tabla 1.

Respecto a la percepción de experiencia negativa, esta puede considerarse VO debido a que, como muestran los estudios, engloba distintas prácticas intrusivas que se ponen en

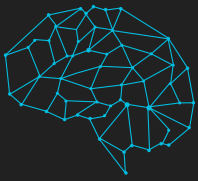


Tabla 1. Datos y resultados de los artículos seleccionados para la revisión sistemática.

Año	Título del artículo	Autor/es	Muestra	Tipo de estudio / Metodología	Conclusiones principales
2011	Women's feelings about early contact with their infants on the labour ward.	dos Santos Monteiro, Azevedo Gomes, Spanó Nakano y O'Brien.	Mujeres que habían dado a luz hace poco y personal sanitario que las atendió. N = 23 Edad: 18-37 (M = 24.6)	Enfoque cualitativo de investigación (entrevista semi-estructurada)	Las intervenciones que realizan los profesionales de la salud y que son valoradas por las mujeres como signos de experiencia de parto negativa dificultan la interacción madre-hijo postparto.
2012	The relationship between women-centred care and women's birth experiences: A comparison between birth centres, clinics, and hospitals in Japan.	Lida, Horiuchi y Porter.	Mujeres con parto único. N = 482 Edad: M = 31.2.	Estudio transversal (cuestionarios auto-aplicados retrospectivos)	Las mujeres que dieron a luz en centros de maternidad percibían una mejor atención por parte del personal sanitario que las que lo hicieron en hospitales y clínicas.
2014	The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: A prospective study.	Ayers, Jessop, Pike, Parfitt y Ford.	Mujeres desde el último trimestre de embarazo hasta tres meses tras el parto. N = 57 Edad: 25-46 (M = 33.20).	Estudio longitudinal prospectivo	Las madres con una experiencia de parto negativa, apego inseguro y/o menos apoyo desarrollaron más TEPT.
2016	Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review.	Simpson y Catling.	N = 21 artículos de 2010 a 2015.	Revisión sistemática	Es importante que los profesionales obstétricos disminuyan el riesgo de que las mujeres consideren su parto como una experiencia negativa, ya que puede dar lugar a consecuencias negativas para la mujer y a un deterioro en el vínculo materno-infantil.
2018	Postnatal post-traumatic stress: An integrative review.	Simpson, Schmied, Dickson y Dahlena.	N = 53 artículos de 2004 a 2017.	Revisión sistemática	El TEPT en la madre tras el parto afecta a la relación entre esta y el niño, al vínculo materno-infantil y genera un apego inseguro.
2018	The birth experience and maternal caregiving attitudes and behavior: A systematic review.	Bell, Andersson, Goding y Vonderheid.	N = 15 artículos de 1978 a 2015.	Revisión sistemática	Es probable que exista una relación entre el tipo de experiencia de parto que experimentan las mujeres y la relación que estas tienen con sus hijos.
2019	The birth experience and subsequent maternal caregiving attitudes and behavior: a birth cohort study.	Bell, Rubin, Davis, Golding, Adejumo y Carter.	Mujeres desde el embarazo hasta doce meses tras el parto. N = 4389 en el mes uno tras el parto. N = 4580 en el mes ocho tras el parto. N = 842 en el mes doce tras el parto. Edad: 15-44 (M = 27.76).	Estudio longitudinal (análisis de datos secundarios)	Las mujeres que valoran su parto como una experiencia positiva y que se han sentido apoyadas en este, demuestran prácticas favorables de cuidado materno. Sin embargo, esta relación solo puede observarse hasta los 8 meses posteriores al parto.
2019	Does childbirth experience affect infant behaviour? Exploring the perceptions of maternity care providers.	Power, William y Brown.	Proveedores de atención de maternidad. N = 18 Experiencia profesional: M = 14.94 años	Enfoque cualitativo de investigación (entrevista semi-estructurada)	La experiencia de parto se encuentra relacionada con el comportamiento infantil y afecta al desarrollo del vínculo materno-infantil y del apego.
2019	A Comprehensive Analysis of Post-partum Depression Risk Factors: The Role of Socio-Demographic, Individual, Relational, and Delivery Characteristics.	Smorti, Ponti y Pancetti.	Mujeres embarazadas por primera vez sin cesárea electiva. N = 191 Edad: 18-42 años (M = 31.63).	Estudio de cohorte longitudinal	Existen diversos factores de riesgo para el desarrollo de depresión postparto como complicaciones en el parto, edad de la mujer o psicopatologías previas. Sin embargo, el más relevante resulta ser el vínculo materno-infantil.
2020	A phenomenological exploration of parenting after birth trauma: Mothers perceptions of the first year.	Molloy, Biggerstaff y Sidebotham.	Mujeres que consideraban que su parto había sido traumático. N = 10 Edad: 21-34	Enfoque cualitativo de investigación (Análisis Fenomenológico Interpretativo)	La experiencia de parto traumática afecta emocionalmente a las mujeres y, por ende, puede causar un deterioro del vínculo materno-infantil y de la interacción entre la madre y el niño.
2020	The role of posttraumatic stress and depression symptoms in mother-infant bonding.	Radoš, Matijaš, Anđelinović, Čartolovni y Ayers.	Mujeres con hijos de entre 1 y 12 meses. N = 603 Edad: M = 30.64.	Estudio transversal (cuestionarios auto-aplicados online)	La sintomatología general del TEPT tras el parto está relacionada con el vínculo de forma directa e indirecta a través de la depresión postparto. Mientras que la sintomatología específica no está relacionada con la vinculación materno-infantil.

Nota. N = tamaño de la muestra. M = media.



funcionamiento por decisión del profesional: fármacos proporcionados para el dolor, la puesta en práctica de técnicas como el rasurado perineal, los enemas (dos Santos Monteiro, Azevedo Gomes, Spanó Nakano y O'Brien, 2011) o la inducción, una atención escasa de apoyo por parte de algunos miembros del personal sanitario, el impedimento de participar en la toma de decisiones y la falta de respeto ante la privacidad de la mujer (Bell et al., 2018). Todo ello puede provocar sintomatología depresiva, estrés, negativa a volver a quedarse embarazada, establecimiento de planes de parto rigurosos (Simpson, Schmied, Dickson y Dahlena, 2018), petición de cesárea en partos posteriores, tocofobia secundaria (Simpson y Catling, 2016), TEPT (Bell et al., 2019), sentimientos de culpa o una interrupción del vínculo materno-fetal. Estos factores afectan a la madre, que siente su propio parto como una experiencia negativa, o pueden incluso afectar directamente al menor a través de daños físicos (Power, William y Brown, 2019).

Además, los propios procesos físicos que se dan durante el parto hacen que este sea un momento de vulnerabilidad en el cual se compromete la salud de la madre y del niño y en el que se facilita el desarrollo de problemas psicológicos, como sintomatología depresiva o el TEPT ya mencionados (Smorti, Ponti y Pancetti, 2019). Esta serie de problemas producen cambios en el comportamiento de la madre y dañan su relación con el bebé en el momento del nacimiento, deteriorando el vínculo materno-infantil y afectando al desarrollo del menor (Ayers, Jessop, Pike, Parfitt y Ford, 2014). Sin embargo, a pesar de que estudios como el de Molloy, Biggerstaff y Sidebotham (2020) han encontrado que una experiencia de parto traumática afecta a la relación madre e hijo, Radoš, Matijaš, Anđelinović, Čartolovni y Ayers (2020) hallaron en su estudio, mediante el uso de la City Birth Trauma Scale, que los síntomas del TEPT específicos del parto (revivir la situación, sentimientos negativos hacia el parto y obstaculizar pensamientos relacionados) pueden no resultar un factor de riesgo para la interrupción del vínculo. Sus datos mostraron que, en ocasiones, lo fortalecen, si bien las autoras no logran determinar el motivo. No obstante, afirman que la depresión postparto, bien derivada del propio parto o de la sintomatología general del TEPT (irritabilidad, tensión, distorsiones cognitivas, bajo estado de ánimo, etc.), sí que implican un deterioro del vínculo materno-infantil.

Por el contrario, las mujeres con una experiencia de parto positiva coinciden en una buena actitud e interacción con su hijo (Bell et al., 2018). En el estudio de Ayers et al. (2014) se

expresa la importancia de ofrecer a la madre esta experiencia de parto positiva y un buen apoyo para disminuir la probabilidad de sufrir TEPT tras el parto. Los estudios revisados resaltan que el hecho de que la experiencia del parto se considere positiva es importante empoderar a las madres ante esta situación y evitar sentimientos de impotencia y falta de control. Para ello, los equipos profesionales deben mostrar respeto, atención y apoyo desde las revisiones prenatales (Lida, Horiuchi y Porter, 2012), ya que esto puede llegar a disminuir los sentimientos negativos derivados de las complicaciones que puedan producirse durante el parto. Por lo tanto, crear un buen vínculo materno-fetal en estas primeras revisiones es necesario para que la experiencia de parto se valore como positiva. Además, valorar esta experiencia como positiva permite que los recuerdos sobre el dolor en el parto disminuyan con el tiempo (Bell et al., 2018).

Por otro lado, el vínculo materno-fetal va a predecir y a ejercer como factor de riesgo o de protección para el desarrollo del vínculo materno-infantil y del apego (Molloy et al., 2020; Smorti et al., 2019). Sin embargo, se ha visto en estudios como el de Molloy et al. (2020) que el apoyo que ofrece el personal de salud a las madres está más centrado en la salud del bebé que en las emociones de la mujer, que quedan desatendidas. Esta falta de apoyo hacia los sentimientos de la mujer provoca sufrimiento y estrés, lo que desencadena en una desconexión entre la madre y su hijo y una privación de la fantasía sobre la maternidad, comprometiendo la crianza y la actitud de la madre hacia el niño (Molloy et al., 2020).

En relación a las consecuencias de la VO, en el trabajo de Simpson y Catling (2016) se puede recoger que prácticas como el trato impersonal tienen un gran impacto negativo en el desarrollo del menor, en la formación del vínculo entre la madre y el recién nacido y en la salud psicológica de la mujer. Así, se pueden observar problemas en la madre como una baja autoestima, relaciones sociales disfuncionales, destrucción de su fantasía sobre la maternidad o ideas sobre el suicidio. Estas prácticas de VO que se producen durante el parto afectan, por tanto, a la salud mental de la madre, lo que a su vez provoca problemas físicos, cognitivos y emocionales en los niños (Bell et al., 2018). Sin embargo, no solo afectan a la salud de la madre y del niño, sino que interferirán de forma negativa en la relación entre ambos (Smorti et al., 2019). Además, dado que el vínculo materno-infantil es un gran condicionante para la formación del tipo de apego, al verse afectado provocará daños en el mismo (Bell et al., 2018).



Aunque las prácticas que se ejercen dentro de la VO no se producen generalmente de forma malintencionada, sino que pretenden reducir la mortalidad de la madre y bebé, pueden ser un impedimento para el primer contacto materno-infantil, como el "piel con piel", que facilita la interacción y evita problemas de hipotermia en el bebé. Factores como no haber podido realizar piel con piel, haberse puesto en práctica intervenciones intrusivas o un trato impersonal se encuentran relacionados con una peor salud mental en la madre, ya que el cansancio y el dolor postparto derivados causan en las mujeres una mayor tensión y ansiedad. Este aumento de ansiedad o tensión da lugar, en ocasiones, a problemas de autoestima y autoeficacia sobre la maternidad (dos Santos Monteiro et al., 2011), miedos frente a futuros partos, una visión negativista del niño y un deterioro del interés del acercamiento de la madre hacia el mismo (Simpson et al., 2018).

Todo ello afecta a la interacción con el bebé a corto y largo plazo, siendo por tanto un gran inconveniente para el desarrollo del vínculo materno-infantil y del apego (dos Santos Monteiro et al., 2011). En relación con estos problemas, existen dos estudios que difieren en el tiempo en el que se prolongan. Por un lado, el trabajo de Simpson et al. (2018), a pesar de que observa que los problemas anteriormente descritos afectan al vínculo materno-infantil y desarrollan estilos de apego inseguro y desorganizado, no puede determinar que esta problemática se extienda más allá de los seis meses posteriores al parto. Por otro lado, en el estudio de Bell et al. (2019) solo se ve alterado el comportamiento de la madre y afecta la VO ocho meses después del parto.

La VO, como experiencia negativa de parto, no solo da lugar a los problemas mencionados anteriormente en la salud mental de la madre y en la interacción entre ella y el bebé, sino que también genera cambios en el comportamiento del niño, como consecuencia de las secuelas de la madre (Power et al., 2019). La actitud positiva de la madre al niño se ve muy afectada por su percepción de autoeficacia, autoestima, capacidad de respuesta ante las demandas del bebé y en la percepción que tiene sobre el mismo (Bell et al., 2018). Todo esto puede verse afectado por la VO, de tal forma que dicha actitud positiva no sea tal y genere una cascada de consecuencias. Este cambio se ve reflejado en una disminución del interés del bebé por los objetos próximos y actitudes de evitación hacia la madre (Simpson y Catling, 2016).

Para concluir, los artículos revisados han mostrado que las experiencias de parto negativas derivadas de intervenciones

realizadas por profesionales de la salud dificultan la interacción entre la madre y el recién nacido (dos Santos Monteiro et al., 2011), que parece que se percibe una mejor atención médica en centros de maternidad (Lida et al., 2012), y que existe una relación entre el TEPT y el apoyo percibido, el trabajo de parto y el apego materno (Ayers et al., 2014), lo cual desemboca en problemas en el vínculo materno-infantil y en un apego inseguro (Simpson et al., 2018). Además, se observan como factores de riesgo para desarrollar depresión postparto el vínculo materno-infantil, la edad de la madre o psicopatologías previas y complicaciones durante el trabajo de parto (Smorti et al., 2019). Por otro lado, percibir la experiencia de parto como positiva se relaciona con un mejor cuidado materno (Bell et al., 2019). Por lo tanto, los estudios seleccionados están de acuerdo en la importancia de la actitud y el trato del personal sanitario con las madres (Ayers et al., 2014; Bell et al., 2019; dos Santos Monteiro et al., 2011; Lida et al., 2012; Simpson y Catling, 2016; Smorti et al., 2019) y en que la VO, entendida como experiencia de parto negativa, puede suponer un problema en el desarrollo del vínculo materno-infantil y el apego (Ayers et al., 2014; Bell et al., 2018; Bell et al., 2019; dos Santos Monteiro et al., 2011; Molloy et al., 2020; Radoš et al., 2020; Power et al., 2019; Simpson y Catling, 2016; Simpson et al., 2018; Smorti et al., 2019).

DISCUSIÓN

Este trabajo recoge resultados de diversos estudios que relacionan la VO como experiencia de parto con el vínculo materno-fetal e infantil y el apego. Partiendo de la conceptualización genérica de la VO como la realización de diferentes prácticas intrusivas para la mujer durante el embarazo, el parto o el postparto, los diversos estudios consideran algunas prácticas específicas, como la falta de apoyo por parte del personal sanitario, la escasa privacidad de la mujer, su no participación en la toma de decisiones, la inducción del parto (Bell et al., 2018), el rasurado perineal, los enemas, los fármacos para el dolor (dos Santos Monteiro et al., 2011), el uso de un lenguaje vejatorio, la variación del ritmo de parto o la falta de información (Rodríguez Ramos y Aguilera Ávila, 2017). Estos procedimientos se suman a los ya descritos por la OMS como la pelvimetría, la episiotomía o la presión del fondo uterino (OMS, 2019).

En relación al impacto psicológico que tiene la VO en la madre, se ha comprobado que este tipo de prácticas pueden llegar a ser consecuencia de problemas como TEPT o sin-



tomatología depresiva en la madre (Ayers et al., 2014), sentimientos de culpa (Bell et al., 2018), ansiedad, tensión, baja autoeficacia y autoestima respecto a la maternidad (dos Santos Monteiro et al., 2011), estrés, dificultad de autorregulación emocional (Palacios Hernández, 2016) o, incluso, problemas físicos (Fernández Guillén, 2015). Por otro lado, que una mujer perciba su parto como una experiencia negativa puede dar lugar a una visión negativista de su hijo, miedos frente a futuros partos y una reducción del interés frente a la interacción con el bebé (Simpson et al., 2018). Además, se ha demostrado la importancia de que la mujer perciba el apoyo, la atención y el respeto del personal sanitario durante el parto (Lida et al., 2012), debido a que esto puede amortizar los sentimientos negativos que puedan surgir de las complicaciones y que se recuerde menos el dolor propio del parto (Bell et al., 2018).

Resulta de gran relevancia, por lo tanto, que los profesionales de la salud informen adecuadamente a las madres antes del parto, así como que muestren apoyo y un trato humanizado (Lida et al., 2012). En caso contrario, estudios como el de dos Santos Monteiro et al. (2011) han mostrado que aumenta el sufrimiento de las madres, debido a la disonancia sobre la expectativa de cómo iba a ser su parto y la realidad. Esta diferencia y sufrimiento consiguiente actúan como factor de riesgo no solo para la madre sino también en el desarrollo del vínculo materno-infantil y la formación del apego produciendo efectos negativos tanto en la madre como en el niño a largo plazo (Simpson et al., 2018). Entre las dificultades causadas en el menor se encuentran los problemas en el desarrollo físico (Fernández Guillén, 2015; Olza Fernández y Gainza Tejedor, 2006; Simpson y Catling, 2016), cognitivo y emocional (Olza Fernández y Gainza Tejedor, 2006; Simpson y Catling, 2016), así como en su comportamiento (Power et al., 2019), lo que subraya el grave impacto psicológico de la VO en el niño.

Las buenas prácticas desde la gestación van a incidir, por tanto, en el vínculo materno-fetal y materno-infantil, considerándose este último una prolongación del primero (Roncallo et al., 2015). Debe darse un adecuado apoyo del equipo profesional sanitario desde las primeras ecografías o revisiones (Lida et al., 2012), ya que se ha observado que dichas actitudes influyen en el estado del bebé antes de nacer y en el vínculo materno-fetal (Di Pietro et al., 1996). El desarrollo óptimo del vínculo materno-fetal impulsa a la madre a cambiar algunos hábitos por otros más sanos; si este no se produce se relaciona con dificultades tras el parto para la interacción con el bebé (Roncallo et al., 2015), pudiendo aparecer actitudes en

la madre que derivarán en necesidades no cubiertas en el menor y, por tanto, en un apego inseguro (Moya et al., 2015).

Atendiendo por último al objetivo principal de este trabajo, se puede afirmar que los artículos seleccionados muestran que existe una relación entre la VO (entendida como experiencia de parto negativa) y el vínculo materno-infantil, así como con el apego (Bell et al., 2018; Bell et al., 2019; dos Santos Monteiro et al., 2011; Molloy et al., 2020; Simpson y Catling, 2016; Simpson et al., 2018; Smorti, et al., 2019).

Como ya se ha mencionado anteriormente, esta VO puede ser causa de trastornos o síntomas de estrés postraumático después del parto, lo que conlleva, a su vez, problemas como un deterioro del vínculo materno-infantil (Palacios Hernández, 2016). Sin embargo, el estudio de Radoš et al. (2020) encuentra que los síntomas de TEPT generales están relacionados con el vínculo de forma directa y de forma indirecta a través de la depresión postparto, mientras que no se observa que los síntomas específicos de TEPT que se dan durante el trabajo de parto afecten de forma negativa al vínculo materno-infantil, aspecto que merece ser indagado en mayor profundidad en la investigación futura.

Entre las limitaciones encontradas a la hora de realizar la revisión cabe destacar, en primer lugar, que se habla de experiencia de parto negativa haciendo alusión a prácticas de VO. Faltan, por tanto, estudios que exploren de forma directa la VO como concepto y también en relación con el vínculo o el apego, así como estudios que contrasten la prevalencia de mujeres que han sufrido VO. Por otro lado, en diversos estudios se observan controversias respecto al tiempo (o edad del menor) en el que transcurre el vínculo y el apego (Burutxaga et al., 2018; Moneta, 2014; Palacios Hernández, 2016; Roncallo et al., 2015). Adicionalmente, en otras ocasiones se denomina apego al vínculo o viceversa, sin especificar a qué periodo está referido (Moya et al., 2015). Por otro lado, aunque hay trabajos que profundizan en la VO, el apego y el vínculo como variables independientes (Moya et al., 2015; Zorrilla Blasco, 2017), no se encuentran los suficientes que las relacionen entre sí.

Respecto la revisión de la literatura realizada la principal limitación se refiere al periodo establecido de revisión, restringido a 10 años. No obstante, la elección de un intervalo temporal limitado y actualizado se basa en el reciente reconocimiento de la VO por los principales organismos internacionales (OMS, 2019), pese a ser un tema que ha recibido atención previa por una parte de la comunidad científica (Alemany y Velasco,



2005; Di Pietro et al., 1996; Olza Fernández y Gainza Tejedor, 2006). Adicionalmente, aquellos estudios publicados en lenguas diferentes del español y el inglés no han podido ser incluidos en la revisión, constituyendo otra limitación.

De la presente revisión se derivan algunas implicaciones tanto teóricas como prácticas. En primer lugar, sería relevante resolver los problemas conceptuales y de delimitación temporal entre los términos de vínculo y de apego, así como realizar investigaciones aplicadas que ofrezcan datos empíricos sobre mujeres que hayan sufrido VO como tal. Además, sería interesante que se compruebe cómo la VO puede afectar a largo plazo en el apego adulto.

Asimismo, como implicación práctica principal, cabe destacar la necesidad de establecer programas de prevención dirigidos a equipos sanitarios profesionales para desarrollar buenas prácticas, generar experiencias de embarazo y parto positivas y la minimizar el impacto de la VO en el proceso de gestación, el parto y el puerperio en las madres y sus hijos e hijas.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

- Financiación. El presente trabajo no ha recibido financiación de ninguna entidad pública o privada.
- Contribución. Las autoras primera y segunda contribuyeron en proporción equitativa en el diseño del estudio, selección de criterios, revisión de la literatura y redacción del borrador. La tercera autora realizó revisiones substantivas del borrador. Todas las autoras revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.
- Conflictos de intereses. Las autoras declaran la ausencia de potenciales conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Al Adib Mendiri, M., Ibáñez Bernádez, M., Casado Blanco, M., y Santos Redondo, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104-111.
2. Alemany, M. J., y Velasco, J. (2005). Aspectos emocionales que rodean el nacimiento. Estado de la cuestión. *Matronas Profesión*, 6(4), 23-27.
3. Ayers, S., Jessop, D., Pike, A., Parfitt, Y., y Ford, E. (2014). The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 155, 295-298. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.022
4. Barrett, J., Wonch, K. E., Gonzalez, A., Ali, N., Steiner, M., Hall, G. B., y Fleming, A. S. (2012). Maternal affect and quality of parenting experiences are related to amygdala response to infant faces. *Social Neuroscience*, 7(3), 252-268. doi: 10.1080/17470919.2011.609907
5. Bell, A. F., Andersson, E., Goding, K., y Vonderheid, S. C. (2018). The birth experience and maternal caregiving attitudes and behavior: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 67-77. doi: 10.1016/j.srhc.2018.02.007
6. Bell, A. F., Rubin, L. H., Davis, J. M., Golding, J., Adejumo, O. A., y Carter, C. S. (2019). The birth experience and subsequent maternal caregiving attitudes and behavior: a birth cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 22(5), 613-620. doi: 10.1007/s00737-018-0921-3
7. Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39(5), 350-373.
8. Burutxaga, I., Pérez-Testor, C., Ibáñez, M., de Diego, S., Golanó, M., Ballús, E., y Castillo, J. A. (2018). Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de Psicoanálisis*, 15, 1-17. Disponible en: <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2018/01/I.-BURUTXAGA-C.-P%C3%89REZ-TESTOR-M.-IB%C3%81%C3%91EZ-S.-DE-DIEGO-M.-GOLAN%C3%93-E.-BALL%C3%9AS-J.A.-CASTILLO.-Apego-y-v%C3%ADnculo.pdf>
9. Condon, J. T., y Dunn, D. J. (1988). Nature and determinants of parent-to-infant attachment in the early postnatal period. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(3), 293-299. doi: 10.1097/00004583-198805000-00005.
10. Di Pietro, J. A., Hodgson D. M., Costigan, K. A., y Johnson T. R. (1996). Fetal antecedents of infant temperament. *Child Development*, 67(5), 2568-2583. doi: 10.1111/j.1467-8624.1996.tb01875.x
11. Dos Santos Monteiro, J. C., Azevedo Gomes, F., Spanó Nakano, A. M., y O'Brien, B. (2011). Women's feelings about early contact with their infants on the labour Ward. *Midwifery*, 27(4), 484-488. doi: 10.1016/j.midw.2010.03.007
12. Farré Sender, B. (2018). El vínculo materno-infantil: evaluación y detección de los factores de riesgo prenatales en madres diagnosticadas de un trastorno mental (Tesis Doctoral). Universitat de Barcelona. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/665328>
13. Fernández Guillén, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, 18, 113-128.
14. García, E. M. (2018). La violencia obstétrica como violencia de género (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1
15. Gholampour, F., Riem, M., y van den Heuvel, M. I. (2020). Maternal brain in the process of maternal-infant bonding: Review of the literature. *Social neuroscience*, 15(4), 380-384. doi: 10.1080/17470919.2020.1764093
16. Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D., ... & Vilarroya, O. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature neuroscience*, 20(2), 287-296. doi: 10.1038/nn.4458.
17. Klaus, M., y Kennell, J. (1976). *Maternal-Infant Bonding: The Impact of Early Separation or Loss on Family Development*. Missouri: Mosby.
18. Lida, M., Horiuchi, S., y Porter, S. E. (2012). The relationship between women-centred care and women's birth experiences: A comparison between birth centres, clinics, and hospitals in Japan. *Midwifery*, 28(4), 458-465. doi: 10.1016/j.midw.2011.07.002
19. Martínez Díaz, J. D., Ortega Chacón, V., y Muñoz Ronda, F. J. (2016). El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia: modelos de formulación. *Enfermería Global*, 15(43), 431-438.
20. Molloy, E., Biggerstaff, D. L., y Sidebotham, P. (2020). A phenomenological exploration of parenting after birth trauma: Mothers' perceptions of the first year. *Women and Birth*. Advance online publication. doi: 10.1016/j.wombi.2020.03.004



21. Moneta, M. E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría*, 85(3), 265-268. doi: 10.4067/S0370-41062014000300001
22. Moya, J., Sierra, P., del Valle, C., y Carrasco M. A. (2015). Efectos del apego seguro y el riesgo psicosocial en los problemas infantiles interiorizados y exteriorizados. *Tendencias pedagógicas*, 26, 163-178. Disponible en: <https://revistas.uam.es/tendenciaspedagogicas/article/view/2131>
23. Radoš, S. N., Matijaš, M., Anđelinović, M., Čartolovni, A., y Ayers, S. (2020). The role of posttraumatic stress and depression symptoms in mother-infant bonding. *Journal of Affective Disorders*, 268, 134-140. doi: 10.1016/j.jad.2020.03.006
24. Olza Fernández, I., y Gainza Tejedor, I. (2006). La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna durante el embarazo en el neurodesarrollo infantil. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 24(2, 3 y 4), 176-180. Disponible en: <http://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/98>
25. Organización Mundial de la Salud (2019). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Autor. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
26. Palacios Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 164-176. doi: 10.18273/revsal.v48n2-2016001
27. Power, C., William, C., y Brown, A. (2019). Does childbirth experience affect infant behaviour? Exploring the perceptions of maternity care providers. *Midwifery*, 78, 131-139. doi: 10.1016/j.midw.2019.07.021
28. Rodríguez Ramos, P., y Aguilera Ávila, L. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *MUSAS*, 2(2), 56-74. doi: 10.1344/musas2017.vol2.num2.4
29. Roncallo, P. C., Sánchez de Miguel, M., y Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología*, 8(2), 14-23. doi: 10.5231/psy.writ.2015.0706
30. Schore, A. N. (2002a). Advances in neuropsychoanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 433-484. doi: 10.1080/07351692209348996
31. Schore A. N. (2002b). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 36(1), 9-30. doi: 10.1046/j.1440-1614.2002.00996.x
32. Simpson, M., y Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*, 29(3), 203-207. doi: 10.1016/j.wombi.2015.10.009
33. Simpson, M., Schmied, V., Dickson, C., y Dahlena, H. G. (2018). Postnatal post-traumatic stress: An integrative review. *Women and Birth*, 31(5), 367-379. doi: 10.1016/j.wombi.2017.12.003
34. Smorti, M., Ponti, L., y Pancetti, F. (2019). A Comprehensive Analysis of Post-partum Depression Risk Factors: The Role of Socio-Demographic, Individual, Relational, and Delivery Characteristics. *Frontiers in Public Health*, 7, 295. doi: 10.3389/fpubh.2019.00295
35. Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., y Glover, V. (2005). A new Mother-to-infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 8(1), 45-51. doi: 10.1007/s00737-005-0074-z
36. Zorrilla Blasco, A. (2017). Apego y vínculo: convergencias y divergencias. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 21, 1-23. Disponible en: <http://www.area3.org.es/sp/item/470/Apego%20y%20v%C3%ADnculo:%20convergencias%20divergencias,%20por%20Alba%20Zorrilla%20Blasco>