



Urgencia Perinatal

Mónica Kimelman J.

Psiquiatra de Niños y Adolescentes

Introducción histórica

Desde fines de la década del 80 hemos propuesto que la estadía de la díada madre-bebé en la maternidad es un espacio y tiempo privilegiado para orientar procesos de vinculación madre-hijo lo más adecuados posibles. Los fundamentos de esta propuesta se basan en la teoría del vínculo y las investigaciones etológicas y clínicas que la sustentan. La acumulación progresiva de evidencias neurobiológicas más recientes no han hecho sino confirmar la validez de la teoría y consecuentemente el valor preventivo de las intervenciones tempranas.

Las crecientes demandas de orientación y consejería de diversos servicios del país en la temática de la relación madre-bebé nos hacen pensar en la utilidad de contar la historia y la evolución de nuestra investigación acción.

Las siguientes han sido las interrogantes que han guiado la organización de nuestro trabajo:

- **¿A qué disciplina le corresponde esta tarea? ¿a la biomedicina o a las ciencias del comportamiento humano?**
- **¿Es posible que la institución “maternidad” incorpore en su funcionamiento habitual programas para facilitar procesos de vinculación adecuados?**
- **¿Qué diseño y estrategias de intervención son útiles para que la maternidad se conciba a sí misma como parte de la red de apoyo perinatal, logre sostener las competencias parentales y detectar las dificultades?**



Contexto de trabajo

El contexto del programa de Salud Mental Perinatal está dado por un hospital público ubicado en la región metropolitana sur de Santiago de Chile, a saber el hospital “Barros Luco Trudeau”, su servicio de maternidad acoge a una población usuaria que ha ido disminuyendo desde 10.000 díadas “madre – recién nacido” al inicio de nuestro trabajo hasta 5.600 en la actualidad. Esta disminución se debe a la creación de un nuevo hospital en 1995 y a la disminución de la tasa de natalidad.

Por ser un hospital de derivación de patología de alta complejidad la atención de prematuros extremos alcanza un 2% versus el 0.8% de nacimientos prematuros promedio en el país. La mortalidad perinatal alcanza a un 0,4‰ y las cesáreas a un 30%. Las madres adolescentes dan cuenta de un 25% de los nacimientos. Estas cifras tienden a mantenerse en forma relativamente estable durante la última década.



Esta vulnerabilidad biológica es indisociable de la vulnerabilidad psicológica per se. Pero aparte de esta co-vulnerabilidad esta población presenta a menudo una vulnerabilidad psicosocial de base evidenciada a través de problemas y carencias múltiples, cognitivas, afectivas, económicas y escolares. En efecto, encontramos a menudo familias que presentan vivencias de pérdida o de ruptura de lazos sea con la familia de origen sea con la familia actual. Los padres cuentan en un alto porcentaje, con una historia de rechazo, de abandono, de abuso físico, sexual y psicológico, reveladores de una **patología transgeneracional**. Las madres presentan ya sea embarazos no deseados, o expectativas muy idealizadas hacia el futuro bebé. A menudo el deseo del hijo corresponde al deseo del hijo reparador de carencias afectivas, un hijo que colme sus propias necesidades con el consiguiente riesgo de maltrato por la frustración materna frente a un bebé que no cumple sus expectativas. Nuestra hipótesis es que en estas madres el proceso normal de duelo de niño imaginario no se produce, el niño imaginario no cede el paso al niño real, dicho de otro modo la relación madre bebé es cortocircuitada por la persistencia del bebé imaginario. **Así el proceso subyacente a la psicopatología del vínculo consiste en la paradoja de la interacción con un otro a quien no se le otorga el status de sujeto en sí mismo.** La llegada a la edad escolar no mejora el pronóstico de las víctimas maltratadas. Como lo muestra un estudio efectuado por UNICEF en el año 2000, el porcentaje de diversos tipos de violencia ejercida por los padres hacia sus hijos en edad escolar alcanzaba un 73,5% en nuestro país. **En suma, la vulnerabilidad biológica y psicosocial, extensamente documentada, de esta población nos motiva a encontrar pistas de trabajo adecuadas que apuesten a favor de la resiliencia.**

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN PERINATAL

Desde una mirada sistémica las prácticas de atención perinatal, las conductas y actitudes del equipo son variables que contribuyen a modular el proceso de vinculación. Klaus las denomina variables modificables diferenciándolas de las variables fijas, inherentes a la biografía de los padres. **Reconocer las prácticas de atención potencialmente favorecedoras o interferentes con el proceso de vinculación resulta imprescindible para la orientación hacia el tipo vincular deseado.**

La atención perinatal al comienzo de nuestro trabajo estaba dominada por la exclusividad de la concepción biomédica, la sobre valorización de la urgencia médica y la violencia institucional.

El modelo biomédico de asistencia, exitoso en disminuir la morbimortalidad materno-infantil continua progresando incesantemente en el rescate de bebés cada vez frágiles y es deseable que así sea, pero exclusivamente focalizado en el acto científico-técnico desechando las variables psicosociales como una dimensión que, modulando el fenómeno biológico, podría impactar la salud de la díada madre-bebé.

La atención segmentaba un proceso naturalmente continuo dividiéndolo en compartimentos estancos: parto, parto y puerperio a cargo de diferentes equipos profesionales. Este modo de organizar la asistencia, semejante al trabajo en cadena de una fábrica estaba más al servicio de la institución que de los usuarios y contribuía a que la díada fuera percibida más como fragmentos anatómofuncionales que como persona.

Las madres intentaban ubicar la silueta de sus respectivos seres queridos y presentar el hijo (a) al progenitor desde la ventana del tercer piso donde se ubica geográficamente aún el puerperio.

Los profesionales, frente al desafío constante de salvar vidas tendían y tienden a sobre valorizar la urgencia médica. Estos profesionales animados por sentimientos de omnipotencia que pueden llegar al encarnizamiento terapéutico suelen despreciar acciones rutinarias, como los controles habituales en el puerperio.

La negligencia cotidiana en el puerperio era especialmente dramática para las madres separadas de sus bebés con el bebé hospitalizado y/o muertos que quedaban en la angustiada incertidumbre acerca del estado de sus hijos.



La existencia de la violencia institucional se manifestaba además, por el aislamiento de la díada madre – bebé y la exclusión del padre, no solamente del proceso de nacimiento, sino también del derecho de conocer a su hijo durante la estadía de la díada madre-bebé en la maternidad ya que las visitas no estaban autorizadas.

Las madres y los recién nacidos estaban reclusos en el hospital cual cárcel de máxima seguridad.

Mas impactantes aún que las actitudes autoritarias y de indiferencia dirigidas masivamente hacia el conjunto de la población usuaria resultaban las actitudes de abierta hostilidad y culpabilizadoras dirigidas hacia las madres que no cumplían las normas socialmente establecidas tales como las madres solteras, las madres adolescentes, las madres toxicómanas, las madres prostitutas, las madres analfabetas o simplemente madres más “preguntonas, rebeldes y contestatarias” a las que se les reprochaba su falta de sumisión incondicional.

Esta violencia institucional era absolutamente coherente con la violencia política imperante en que toda opción divergente era brutalmente castigada.

En el curso del desarrollo del programa y en la medida que la transición a la democratización avanzaba, agregamos el rechazo por parte de los profesionales de salud perinatal la integración de conocimientos provenientes de las ciencias del comportamiento en el ámbito de la atención perinatal como una dimensión relevante de la violencia institucional.

Las características de la atención perinatal mencionadas amplificaban las carencias afectivas y sentimientos de abandono de las madres y generaban relaciones tensas y agresivas entre el equipo de salud y la díada madre-bebé.





Si se acepta el supuesto que el proceso de nacimiento sea un cambio de estado que permeabiliza al máximo los límites entre lo psíquico y lo ambiental, que aumenta la penetrabilidad de los mensajes que pueden inscribirse en el registro somático y simbólico dejando huellas indelebles en la relación madre-hijo y si se acepta que el nacimiento de un hijo sea un evento vital que permanece y trasciende en la historia familiar, es deseable, que la relación con la madre, el bebé y la diada madre-bebé, sea muy cuidada.

Mensajes descalificadores hacia el bebé como bebé débil, flaco, flojo, llorón son lapidarios y tienen una acción que entorpece el desarrollo del bebé que tendrá tendencia a adaptarse a la imagen reflejada» al contrario mensajes gratificantes apuntan a la resiliencia.

Igualmente los mensajes que descalifican a la madre frustra la construcción de una imagen materna positiva originando afectos displacenteros dificultándose aún más su función de maternaje. Que el equipo pueda apoyar la competencia materna y que la calidad del proceso de vinculación sea cautelado institucionalmente depende de profesionales de la salud perinatal dispuestos a incorporar la dimensión psicosocial. Pero, ¿qué mensaje puede modificar una práctica asistencial exclusivamente biomédica y dar cabida a la dimensión relacional en un espacio de atención investido del poder de la urgencia médica? ¿Qué mensaje puede modificar una práctica institucional violenta, que refuerza la violencia intrafamiliar ?

El mensaje clave que hemos transmitido al conjunto de profesionales y trabajadores de la maternidad es que la necesidad de vinculación es una urgencia vital y que la calidad del proceso de vinculación es una urgencia existencial en la medida que modula la salud mental a lo largo de la vida. Y si, como lo demuestran estudios filogenéticos, ontogenéticos y neurobiológicos, la necesidad de vinculación constituye urgencia vital procurar adecuados procesos de vinculación no acepta negligencias ni retrasos. Este mensaje sitúa la dimensión relacional madre-recién nacido en el mismo nivel de importancia que la dimensión biomédica interpelando así éticamente a todos los profesionales.

Una vez incorporado este mensaje la dimensión relacional no puede ser percibida como trivial o de desconocido impacto sobre los hijos que la maternidad recibe para entregarlos sanos a la sociedad de la que ella también es parte y por lo tanto no puede ser dejada al azar. Se amplía así la asistencia al nacimiento y durante el puerperio, desde la exclusividad de la solución científica técnica, incluyendo el manejo no azaroso de variables interpersonales.

Implementación del programa de salud mental

El equipo de base consta de un psiquiatra para niños y otro para adulto, un psicólogo metodólogo y contaba hasta el año 1997 con una asistente social.

El equipo de base universitario, se articula con el equipo perinatal para impulsar los cambios de práctica en la maternidad, es decir normas de funcionamiento, conductas y actitudes que le permitan al equipo sostener las competencias parentales para orientar un proceso de vinculación lo mejor posible.

Con este fin nos planteamos como objetivos (1) transferir lo que denominamos principios básicos de prevención en niveles de delegación sucesiva desde el equipo a la díada madre bebé y familias, (2) evaluar la eficacia de dicha transferencia a través de los cambios en la práctica de atención en la maternidad.

Principios básicos de prevención.

Los principios básicos de prevención acordes con nuestro mensaje eran y son personalización del bebé en oposición a su concepción como organismo biológico sin competencia interactiva, concepción válida tanto para el equipo como para los padres. Reconocer al bebé en tanto persona con sus propias características físicas y comportamentales, sus competencias sensoriales e interactivas, nos parece primordial para estimular la aceptación del bebé como persona tanto para el equipo como para los padres.

En la medida que los profesionales puedan personalizar su relación con el bebé podrán guiar y sostener a los padres en el descubrimiento del bebé real los que podrán gratificarse a través del despliegue de sus competencias sensoriales; estimular la elección de un nombre para el bebé ha sido muy útil para subrayar su individualidad y condición de ciudadano.

En un segundo tiempo, una vez incorporada al menos para el equipo la noción de bebé competente, la personalización del bebé se opuso también a la noción de «objeto reparador» de madres y padres carenciados, abandonados, maltratados. Llevar a la madre a confrontar el bebé real con el bebé imaginario idealizado, amado, temido, amenazante, rechazado, impregnado de significado relacional actual y pasado abre un espacio de elaboración posible para redefinir una interacción madre-bebé menos alienante para el desarrollo del niño. Intentar romper la persistencia del bebé imaginario reparador podría contribuir a disminuir la transmisión transgeneracional de carencias afectivas, abandonos y maltratos.

Personalización de la madre, en oposición a «objeto reproductor» de acuerdo a la conceptualización biomédica imperante.

La atención fragmentaria despersonaliza a la mujer, mientras un profesional revisa las mamas y critica si no es suficientemente buena « en la función de amamantar otro profesional revisa el útero y el periné. El profesional focaliza en el acto técnico sin cuidar el gesto interpersonal que lo acompaña y desconociendo el impacto de su comunicación en la sensibilidad del periodo perinatal.

Es importante valorizar y dignificar a la mujer. Si la madre se siente valorizada en tanto persona e inicia su rol de madre apoyada y guiada cálidamente, ella podrá a su vez materna a su hijo. En la medida que el equipo acoja a la madre, ella estará más disponible psicológicamente para su bebé.

Insistimos igualmente en el reconocimiento de sus especificidades personales, en la acogida de sus sentimientos ambivalentes y en respetar su derecho a no asumir la maternidad toda vez que la madre lo haya decidido.



Estimulación de un vínculo seguro.

En la medida que la madre y el bebé son percibidos como personas es posible facilitar el reconocimiento mutuo de la díada y favorecer interacciones armónicas entre ambos de tal forma que tenga mas probabilidad de consolidarse en un vínculo de tipo seguro.

Detección de díadas de alto riesgo relacional

La posibilidad de observar simultáneamente las conductas de maternaje y las conductas del bebé como elementos interactivos de un sistema diádico durante la estadía en maternidad brinda una ocasión privilegiada para detectar dificultades relacionales entre la madre y el bebé y focalizar intervenciones preventivas (ver pauta de detección de díadas de alto riesgo relacional)

METODOLOGIA DE LA TRANSFERENCIA

Entre las actividades destinadas a transferir los principios destacan: los talleres de formación sistemáticas destinados al conjunto de profesionales y trabajadores de la sección perinatal. Allí estimulamos la reflexión acerca del impacto de las verbalizaciones y gestos que descalifican al bebé y a la madre, facilitamos el reconocimiento de las emociones subyacentes a dichas conductas y la discusión de posibles conductas alternativas que beneficien tanto a la madre y al bebé como la salud mental del equipo de salud.

El modeling de interacción con la madre y el bebé en forma directa durante la atención cotidiana.

El Taller de demostración audiovisual «Conociendo su bebé» para capacitar en las siguientes áreas: personalización, habilidades sensoriales, organización de la vida del bebe y proceso de vinculación. Instrucción directa y audiovisual durante la observación de la interacción madre- bebé para su evaluación relacional. Rol mediador para facilitar alianzas entre las connotadas como «mala madre» y el equipo biomédico redefiniendo las relaciones y gestionando las emociones.

EFICACIA DE LA TRANSFERENCIA

La operalización de los principios elementales de prevención obligó a modificar las normas y prácticas de atención. El programa de salud mental perinatal y el programa de lactancia materna iniciado se potenciaron mutuamente facilitando las modificaciones. La introducción rutinaria del contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido inmediatamente después de la emergencia del bebé a la vida extrauterina, la participación del padre durante el proceso de nacimiento, la implementación por las matronas capacitadas de talleres educativos en el puerperio y la evaluación de riesgo relacional son ejemplos que ilustran la puesta en marcha de los principios de prevención.

El cambio más difícil se centra sin duda en la modificación de conductas y actitudes que representa aceptar proposiciones nuevas dándole espacio en su escenario para que lleguen a ser parte de las rutinas. Esto pasa por un cambio conceptual del equipo asistencial, que permita la incorporación de la dimensión psicosocial y un cambio de su autopercepción para que pueda concebirse también como un *nodus* de la red perinatal y tome conciencia de la importancia del gesto interpersonal.

La realización rutinaria del contacto piel a piel entre la madre y el bebé en la sala de parto, pionero de los cambios globales en la atención debió vencer toda la resistencia del sistema institucional y de los trabajadores de la salud profesionales y no profesionales, respetar el espacio y el tiempo psicológico de la diada, postergar los procedimientos de rutina del examen del recién nacido sano y efectuarlo oportunamente para que el bebé pudiera regresar prontamente a los brazos de la madre acabando con la espera de bebés separados de sus madres y madres inundadas de vacío y soledad inquietándose acerca de sus bebés hasta que el neonatólogo estuviera disponible para revisarlos.

El contacto piel con piel, además de beneficiar la relación afectiva se correlaciona con: la disminución en el uso de Fórmulas Lácteas y la disminución de hospitalizaciones por Fototerapia lo cual disminuye el costo de la atención del recién nacido. La disminución de separación neonatal de diadas madre recién nacido tiene un impacto favorable en la salud mental y en la economía de la maternidad hospital.



Tabla 1

Evolución del porcentaje de realización de contacto piel a piel (apego) 1990-2000.

Año	Nº de partos	Apego
1990	10.620	0%
1993	9.969	26%
1995	7.310	71%
1997	7.244	72%
2000	5.588	71%

Una vez establecida la nueva norma de atención de parto con apego se aprecia un aumento progresivo del porcentaje de partos con dicho procedimiento a un **26%** en el año **1993** a un **71%** en el año **1995** cifra que tiende a mantenerse hasta la actualidad.

Tabla 2

Evolución del número de maderas años 1990-2000

Año	Nº
1990	20.454
1993	3.960
1995	997
1997	657
2000	471

Se observa una drástica disminución del número de maderas en 1993, año en que comienza a practicarse el apego. En esta disminución mayor que la esperada de acuerdo a una simple correlación apego-lactancia incide el cambio de actitud del equipo.

Tabla 3.

Evolución del % de fototerapia 1990-2000

Año	Partos	Fototerapia
1990	10.620	16%
1993	9.969	5.5%
1995	7.310	7.8%
1997	7.244	7%
2000	5.588	8%

Se observa igualmente una drástica disminución del número de fototerapias a partir del año 1993 asociada al apego y aumento de la lactancia materna.

En suma, queda demostrado para los colegas obstetras, neonatólogos y matronas, que acciones relacionales como el contacto piel a piel modulan el aspecto biológico y en consecuencia los resultados de la acción biomédica validando la integración de la dimensión psicosocial en la práctica asistencial.

INCORPORACION DEL PADRE AL PROCESO DE NACIMIENTO

Recordemos que el padre tenía prohibida la entrada a la maternidad, no podía ni participar en la acogida del bebé, ni contribuir a brindar el apoyo afectivo tan necesario a su mujer reforzando el aislamiento de las madres y reforzando el mito que la maternidad y los bebés son cosa de mujeres.

La maternidad del hospital Barros Luco Trudeau abre la puerta a una visita diaria de los familiares a partir de 1992, introduce al padre en los nacimientos normales diurnos en 1994, al año siguiente posibilita la visita de los padres en horario vespertino y a partir de 1999 autoriza la presencia del padre en los nacimientos por cesárea.

Tabla 4

EVOLUCION DEL % DE PARTICIPACION DE PADRES EN EL PARTO

Año	Nº partos	% de padres
1995	7.634	10.4%
1996	7.235	23.8%
1997	6.679	27%
2000	5.588	33%

Los testimonios escritos de los padres dejan en evidencia el impacto emocional del proceso de nacimiento en ellos y como pueden llegar incluso a re-situar sus relaciones con la familia actual y la familia de origen .

INDICADORES DE LA RELACIÓN MATERNO-NEONATAL.

La observación y diagnóstico de las interacciones madre-bebé durante la estadía en la maternidad puede tener un alto impacto preventivo de trastornos de vinculación. Con este fin construimos la pauta de estimación de riesgo relacional madre-recién nacido que comprende los siguientes indicadores:

- Ocurrencia y calidad de las interacciones físicas, verbales y visuales.
- Grado de aceptación materna del sexo, apariencia física y conducta de su bebé.
- Grado de facilidad para ocuparse del bebé con énfasis en la reacción frente al llanto y en la facilidad para calmarlo.
- Tonalidad afectiva de la madre.

Se concluye con la evaluación global de riesgo que se expresa en alto o bajo riesgo relacional.

Esta pauta transferida a las matronas con una concordancia de 94.3% entre psiquiatras y matronas al evaluar riesgo relacional, nos ha permitido detectar díadas de alto riesgo relacional e intervenir oportunamente. Este trabajo de interfase en el contexto del programa de salud mental perinatal en que matronas aplican la pauta y psiquiatras nos hacemos cargo de las díadas de alto riesgo relacional cobra toda su importancia dado el valor predictivo de maltrato de la pauta.

Tabla 5

Comparación de porcentaje de abandono negligencia, y maltrato durante el segundo año de vida en hijos provenientes de díadas de alto y bajo riesgo relacional diagnosticadas en la maternidad del hospital Barros Luco Trudeau de Santiago, Chile. 1997

Conductas de maltrato	Díadas alto riesgo	Díadas bajo riesgo
Si	76 %	21 %
No	24 %	79 %
Total	100 %	100 %

Chi cuadrado=8.763

P = 0.0003

La evaluación entre los 14 y 18 meses de edad de bebés provenientes de díadas madre-bebé de alto y bajo riesgo relacional muestra que las conductas de maltrato se dan en un 76% de díadas de alto riesgo en comparación a un 21% de maltrato en díadas de bajo riesgo relacional. La diferencia es estadísticamente significativa.



CONCLUSIÓN

Nuestra experiencia de trabajo como equipo de Salud Mental Perinatal nos muestra que es posible articular la psicología y la biomedicina e integrar conocimientos de las ciencias del comportamiento en la práctica perinatal. De esta modo los profesionales biomédicos pueden desplegar acciones de prevención primaria de trastornos de la vinculación, esto es fomento y detección. y los profesionales del ámbito psiquiátrico y psicológico podemos focalizar las intervenciones médico psicosociales específicas.

El proceso fue largo y difícil.

El cambio más difícil se centra sin duda en la modificación de conductas y actitudes que representa aceptar proposiciones nuevas dándole espacio en su escenario para que lleguen a ser parte de las rutinas. El cambio de actitud del sistema médico fue facilitado por el establecimiento de alianzas interequipo mediados por el reconocimiento de valores comunes concernientes a la ciencia, el espíritu de servicio y la voluntad de mejorar los logros y confirmado por las experiencias exitosas que muestran que sus funciones se perfeccionan cuando aceptan la información, visión y procedimientos provenientes de la salud mental. Pero el verdadero cambio pasa por una autopercepción diferente del equipo biomédico para que pueda concebirse también como un *nodus* de la red perinatal y tome conciencia de la importancia del gesto interpersonal, indisociable del acto técnico. Este es un proceso emergente en marcha.

La evolución de la concepción de la atención perinatal con el fin de favorecer procesos de vinculación que tengan mas probabilidad de consolidarse como vínculos seguros exigió una articulación del modelo biomédico con el modelo psicosocial, una corrección de la violencia institucional a favor de una actitud indulgente y una aceptación de la urgencia psíquica.

Pretendemos que en el futuro nuestro trabajo de salud mental pueda contribuir a la orientación de una concepción mas holística de la atención perinatal, a una democratización institucional y permita avanzar en la valorización de la urgencia psíquica para que cada vez mas bebés puedan nacer entre dos miradas y sonreír. La mirada biomédica y la mirada psicosocial, la mirada de la madre y la mirada del padre.

Sabemos que esto no es sino un buen comienzo de una historia de vida, a la que los invitamos a contribuir...

BIBLIOGRAFIA

- **MOLINA R, MONTECINOS N, MUÑOZ H. Período Perinatal en Meneghello y cols. Pediatría Santiago, Ed. Mediterráneo 1991 Vol 1, Cap 41 292-296.**
- **ENGEL GL. The need for a new medical model:a challenge for biomedicine. Science 1977; 196 (4286) 129-136.**
- **SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION Y MINISTERIO DE SALUD "Anuario de Demografía 1996" Instituto Nacional de Estadísticas. Santiago de Chile 1997.**
- **HELPER R. "The perinatal Period , a window of opportunity forenhancing parent infant communication : an approach for intervention". Child Abuse Negl, 1987; 11: 565-579.**
- **HERNANDEZ G, LOPEZ L. Psiquiatría y medicina en el hospital general. Estudio de la interconsulta psiquiátrica. Rev. Chil. Neuro-psiquiat.1985; 23: 297-204.**
- **HARLOW H, The nature of love Am J Psychol 1958, 13:673-685.**
- **BOWLBY J. The nature of the child's tie to his mother. Int J Psychoanal, 1958; 39:350-373.**

- **INSEL T.R., A neurobiological basis of social attachment, Am J Psychiatry 1997; 154:726-735.**
- **LORENZ K Hablaba con las bestias, los peces, los pájaros. Tusquets ed. Barcelona 1999.**
- **JENNIFER R, BROWN, HONG Y, RODERICK T, BRONSON, A defect in nurturing in mice lacking the immediate early genes Fos B, Cell 1996; 86: 297-309.**
- **ROSENBALTT JS Psychobiology of maternal behavior: contribution to the clinical understanding of maternal behavior among humans.Acta Paediatr Scand 1994 (Suppl) 397:3-8.**
- **EDELMAN G, TONONI G, Darwinismo neural: El cerebro como sistema de selección. En Cornwell J. Editores La imaginación de la naturaleza. Ed Universitaria Santiago**
- **ENGEL GL. The need for a new medical model:a challenge for biomedicine. Science 1977; 196 (4286) 129-136.**
- **SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION Y MINISTERIO DE SALUD "Anuario de Demografía 1996" Instituto Nacional de Estadísticas. Santiago de Chile 1997.**
- **HELPER R. "The perinatal Period , a window of opportunity forenhancing parent infant communication : an approach for intervention". Child Abuse Negl, 1987; 11: 565-579.**
- **BOWLBY J. The nature of the child's tie to his mother. Int J Psychoanal, 1958; 39:350-373.**
- **HALES D, LOZOFF B, SOSA R. KENNEL J. Defining the limits of the sensitive period, Dev Med Child Neurol, 1977; 19: 454-463.**
- **MOLENAT F, TOUBIN R La naissance, occasion d'un réaménagement de l'identité des parents:intérêt des reaseaux de soins précoces P.R.I.S.M.E. Printemps 1996, 6,1:22-39.**
- **BRAZELTON T B NUGENT K Neonatal Behavioral Scale. Clinics in Developmental Medicine No 137 London Spastics International Medical Publication 1995.**
- **BOWLBY J. Developmental Psychiatry comes of age Am J Psychiatry 1988;145:1-10.**
- **BOWLBY J. Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. Am J Psychoanal 1984;44: 9-27.**
- **KIMELMAN M, LEOZ M Conociendo su Bebé. Video R.P.I 91633 Santiago 1994.**
- **KIMELMAN M, NUÑEZ C, HERNANDEZ G. CASTILLO N,PAEZ J,BUSTOS S et al. "Construcción y evaluación de pauta de riesgo relacional madre recién nacido. Rev Méd Chil 1995;123,6:707-712.**

- **MARCONI J. Política de Salud Mental en América Latina Acta Psiquiátr Psicol Am Lat 1976 XXII -(4) 277-281.**
- **KLAUS M, KENNEL J, KLAUS Ph Birth of a family. The first minutes and hours in Bonding Addison Wesley Publishing Company, New York 1995.**
- **Kimelman M, Núñez C, Hernández G, Castillo N, Paez J. Kimelman M, Montino O Construction y evaluación de pauta de medición de riesgo relacional madre - recién nacido. Rev Méd Chile 1995; 123:707-712**
- **Kimelman M., Hernández g. y cols. Estimación del valor predictivo de pauta de riesgo relacional. Informe final proyecto DTI M3616/9422,1996.**
- **Hernández G, Kimelman M, Montino O. Salud Mental Perinatal en la asistencia del parto y puerperio. Rev Méd Chile 128 (11) 2000.**
- **Kimelman M. Desarrollo, implementación y evaluación de un programa de Salud Mental Perinatal. Revista Encuentro 1998, Nº 11, 19-27 Ed. Reblasam Cliniques Universitaires Saint- Luc Bruselas**