



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES**

**Desarrollo de trastorno de estrés postraumático como  
consecuencia del parto**

Autora:

Marta Charlo Saldaña

Directora:

Eva María Díaz Mesa

Madrid

2021/2022

## Resumen

El parto puede convertirse en un evento traumático y como consecuencia provocar el desarrollo de trastorno de estrés postraumático (TEPT). La prevalencia de este trastorno como consecuencia del parto oscila entre un 4,6% y un 6,3% en aquellos casos en los que el nacimiento es a término. A pesar de que muchas mujeres se ven afectadas por este problema, es un tema de estudio que no ha atraído la mirada de los investigadores hasta las últimas décadas. Por ello, la presente revisión bibliográfica pretende recoger la información obtenida hasta el momento acerca de las distintas intervenciones psicológicas relacionadas con el trastorno de estrés postraumático como consecuencia del parto. Como conclusión, se ha encontrado que existen diversos factores de riesgo que favorecen la aparición de este trastorno, entre ellos se incluyen las propias características del parto, la existencia de antecedentes de TEPT, el estrés y el escaso apoyo social. Por otra parte, se determina que el padecimiento de este trastorno podría influir en la vinculación materno-filial. A su vez, la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma parece ser el tratamiento más adecuado para tratar el TEPT como consecuencia del parto. Por último, se concluye que resulta necesario identificar a las mujeres que puedan ser vulnerables a padecer el trastorno, además, de poner los medios necesarios para prevenir que el parto se convierta en una experiencia traumática.

**Palabras clave:** trastorno de estrés postraumático, posparto, vinculación, tratamiento, prevención.

## Abstract

Childbirth can become a traumatic event and as a consequence lead to the development of post-traumatic stress disorder (PTSD). The prevalence of PTSD following childbirth ranges from 4.6% to 6.3% in cases where the birth is at term. Despite the fact that many women are affected by this problem, it is a field of study that has not attracted the attention of researchers until the last few decades. Therefore, the present literature review aims to compile the information obtained so far about the different psychological interventions related to PTSD following childbirth. In conclusion, it has been found that there are several risk factors that may promote the development of PTSD, including the characteristics of childbirth itself, the existence of a history of PTSD, stress, and poor social support. On the other hand, it has been found that PTSD may have an impact on mother-child bonding. Trauma-focused cognitive behavioral therapy seems to be the most appropriate treatment for PTSD following childbirth. Finally, it is concluded that it is necessary to identify women who may be vulnerable to PTSD and to ensure that the necessary means are put in place to prevent childbirth from becoming a traumatic experience.

**Key words:** post-traumatic stress disorder, postpartum, bonding, treatment, prevention.

## Índice

1. Introducción .....	4
1.2. Justificación teórica .....	4
1.2. Objetivos .....	6
2. Trastorno de estrés postraumático .....	6
3. El parto como experiencia traumática .....	9
3.1. Factores de riesgo .....	11
4. Impacto psicológico .....	12
4.1. Teoría del Apego .....	13
4.2. Maternidad y TEPT .....	15
5. Tratamiento para el TEPT posparto .....	20
6. Prevención del TEPT posparto .....	22
7. Conclusiones .....	24
8. Limitaciones y prospectiva .....	25
9. Referencias bibliográficas .....	26
10. Anexos .....	32

## **1. Introducción**

El desarrollo de trastorno de estrés postraumático (TEPT) como consecuencia del parto es una realidad que hasta hace poco no ha atraído la mirada de los investigadores. Por ello, este trabajo pretende profundizar en esta problemática, abordando la etología del trastorno y exponiendo los factores de riesgo. Asimismo, sería interesante determinar si el padecimiento de TEPT posparto tiene implicaciones en la vinculación madre-hijo. Por otra parte, también resulta fundamental exponer las principales vías de tratamiento y de prevención, para tener una visión amplia acerca de esta situación.

### **1.2. Justificación teórica**

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) empezó a ser estudiado en el siglo XIX, aunque no se incluye como una categoría diagnóstica hasta 1980 con la publicación del DSM-III (Ayala y Ochotorena, 2004; Báguena, 2002). A pesar de que, al principio, las investigaciones se realizaban principalmente con veteranos de guerra (Báguena, 2002), durante los últimos años muchos estudios vinculan la vivencia de cualquier acontecimiento traumático con el posible desarrollo de TEPT (Ayala y Ochotorena, 2004).

Tal y como concluyen Kessler et al. (2014) en sus investigaciones, dentro de la población general aproximadamente el 60% refiere haber experimentado un trauma. Sin embargo, en un estudio mundial conducido por Stein et al. en 2014, se concluye que la prevalencia del TEPT es del 3% según los criterios del DSM-V. Por lo tanto, a pesar de que existe un alto número de personas que ha estado expuesta a una situación traumática, solo un pequeño porcentaje desarrollará TEPT (Carvajal, 2002).

En un primer momento, en el DSM-III se define el acontecimiento traumático como una situación estresante que se encuentra fuera del rango de experiencias habituales de la vida del sujeto. (APA, 1980). Sin embargo, años más tarde en el DSM-IV se modifica la definición de trauma, concluyendo que se trata de cualquier suceso que la persona experimente como una amenaza de muerte o que afecte a la integridad física de uno mismo o de los demás. En este caso, la respuesta ante este hecho está marcada por la indefensión, el horror y el miedo intenso (APA, 1994).

Al llevar a cabo este cambio de enfoque, donde la experiencia traumática no tiene que encontrarse fuera del rango de experiencias habituales de la persona, el parto se convierte en un acontecimiento que podría provocar el desarrollo de TEPT.

Por otro lado, con esta nueva definición, se considera que la percepción y las vivencias del individuo son relevantes para el desarrollo de este trastorno. Por lo tanto, este cambio de enfoque da prioridad a la vivencia subjetiva del sujeto, frente a la calificación objetiva de un evento como potencialmente traumático. Por esta razón, partos que se podrían considerar normales no están exentos de provocar síntomas posteriores de estrés postraumático, si la experiencia subjetiva de la mujer ha sido aversiva (Slade, 2006).

Según un estudio conducido por Dekel et al. (2017), la prevalencia del TEPT después del parto, cuando estos son a término, es de entre el 4,6% y el 6,3%. Por otra parte, aproximadamente el 17% de las madres, aunque no cumplían los criterios diagnósticos, presentaban síntomas significativos. Por lo tanto, se puede concluir que un gran número de mujeres sufren estas consecuencias cada año.

Asimismo, los estudios confirman que el TEPT tiene efectos importantes sobre el embarazo, la experiencia de parto y la maternidad, además de graves consecuencias para las mujeres y su entorno (Sánchez y Palacios, 2007). Por lo tanto, cabría pensar que se ponen en marcha todos los recursos y medios necesarios para prevenir que ocurra esta situación, sin embargo, no siempre es así.

En España, a pesar de que en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica se concede, protección a la intimidad y dignidad de las personas, derecho a obtener información adecuada, a tomar decisiones de forma libre y la posibilidad de elegir entre las alternativas clínicas disponibles, esto no siempre ocurre.

En un estudio realizado por Mena-Tudela et al. (2020), el 38,3% de las mujeres encuestadas refirió haberse sentido víctima de violencia obstétrica. Por otra parte, el 44,4% consideró que se llevaron a cabo intervenciones innecesarias durante el parto, dentro de este grupo el 83,4% afirmó que no se les pidió consentimiento informado. Por otro lado, en cuanto a la satisfacción con respecto a la atención recibida, la media en población general fue de 6,94 sobre 10. Sin embargo, en el caso de aquellas mujeres que se sentían víctimas de violencia obstétrica la media no llegó al aprobado y fue de 4,85 sobre 10.

Adicionalmente, expertos de la ONU en derechos de la mujer, a raíz de una denuncia por parte de una mujer española que sostuvo haber sido víctima de violencia obstétrica,

determinó que España debía asegurar el derecho que tienen las mujeres a recibir atención obstétrica adecuada. Además, instaron a que se proporcionase formación adecuada a los profesionales de este área (CEDAW, 2020).

Por todo ello, resulta necesario proporcionar la atención adecuada a las mujeres para prevenir que el parto se convierta en una experiencia traumática, puesto que podría conducir al desarrollo de TEPT. Asimismo, el padecimiento de este trastorno tiene importantes consecuencias, tanto para la madre como para su entorno. Por tanto, cabe preguntarse qué impacto psicológico tendrá en las mujeres y cómo influye en la maternidad.

## **1.2. Objetivos**

El objetivo principal de este trabajo es estudiar las intervenciones psicológicas relacionadas con el trastorno de estrés postraumático como consecuencia del parto. Para conseguir este objetivo se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Exponer los factores de riesgo asociados al desarrollo de trastorno de estrés postraumático en mujeres embarazadas y después de dar a luz.
- Detallar el impacto psicológico que tiene este trastorno sobre la madre y la vinculación con el niño.
- Analizar las distintas formas de tratamiento para el trastorno de estrés postraumático después del parto.
- Conocer las medidas preventivas que se pueden poner en marcha para evitar el desarrollo de trastorno de estrés postraumático como consecuencia del parto.

## **2. Trastorno de estrés postraumático**

Después de vivir un acontecimiento traumático es probable que se puedan desarrollar síntomas como, amnesia disociativa, ansiedad severa, problemas de concentración, desrealización y alteraciones del sueño, entre otros. Además, esta sintomatología puede empeorar provocando que la persona desarrolle trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Javidi y Yadollahie, 2012). Este trastorno puede ser muy incapacitante y es capaz de

generar importantes disfunciones sociales, familiares y laborales para quienes lo padecen (Sánchez y Palacios, 2007).

El TEPT se incluye por primera vez como categoría diagnóstica en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), publicado en 1980, con el objetivo de describir un conjunto de respuestas sindrómicas que se dan como consecuencia de factores estresantes extremos (Stein et al., 1997). Fue entonces cuando, este cuadro clínico cobró gran importancia, alcanzando su máxima divulgación tras el ataque terrorista a las Torres Gemelas de Nueva York, en septiembre de 2001 (Carvajal, 2002).

Tanto en el DSM-III como en ediciones posteriores, la definición del TEPT se sustenta bajo un modelo conceptual que distingue los acontecimientos traumáticos de otro tipo de eventos estresantes y que, además, separa de otras respuestas de estrés a este trastorno. Es decir, aquellos sucesos que resulten traumáticos quedan vinculados etiológicamente en el DSM a un síndrome específico, en este caso al TEPT (Breslau, 2002).

Hasta el 2013, el TEPT se incluía dentro de la categoría de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, con la publicación de la quinta edición del DSM, el TEPT pasa a formar parte de una nueva categoría denominada trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (APA, 2013). De tal manera que, la presencia de un evento traumático o estresante se convierte en un factor esencial para el desarrollo de los trastornos que forman parte de este grupo. Además, esto diferencia a esta nueva categoría frente al resto, ya que un acontecimiento pasado, se convierte en criterio diagnóstico para una situación que se está dando en el presente (Rigoli et al., 2016).

Por otra parte, con la publicación del DSM-V los criterios diagnósticos para el TEPT sufren importantes modificaciones (Anexo 1). Por un lado, en la cuarta edición (DSM-IV) se considera que para que un evento sea traumático la persona tiene que haber experimentado, sido testigo o conocedora de acontecimientos caracterizados por muerte o amenazas, que supongan un riesgo para su propia integridad física o la de los demás. Asimismo, es necesario que ante este hecho se haya experimentado temor, horror o desesperanza de forma intensa (APA, 1994). En esta edición, el TEPT se caracteriza por tres tipos de síntomas predominantes, esta tríada sintomática está compuesta por fenómenos invasores, conductas evitativas y síntomas de hiperalerta (Carvajal, 2002).

Sin embargo, en el DSM-V, se considera como posible acontecimiento traumático aquellas situaciones en las que la persona ha estado expuesta a la muerte, a una lesión

grave o a violencia sexual (APA, 2013). Además, se elimina el factor subjetivo que sí incluía la edición anterior. Es decir, no es necesario que la persona experimente miedo, angustia o desesperanza de forma intensa para que un evento pueda llegar a desencadenar TEPT. Este cambio se lleva a cabo al considerar que ese criterio no tenía suficiente poder de predicción para el trastorno (Weathers, 2017). Por otra parte, se crea un cuarto grupo de síntomas relacionado con alteraciones cognitivas del estado de ánimo y se cambian algunos criterios de la edición anterior (Ayers et al., 2018).

A pesar de que el trauma puede ser experimentado por cualquier persona y a cualquier edad (Carvajal, 2002), la mayoría de las personas que se exponen a una situación traumática no desarrollará TEPT. Asimismo, en aquellos casos en los que sí se desarrolle el trastorno, la intensidad y gravedad de los síntomas será diferente e irá variando con el tiempo, influido por la fase vital en la que se encuentre la persona, el padecimiento de otras enfermedades y otros factores estresantes a los que pueda estar expuesta (Shalev et al., 2017). Por lo tanto, el trauma es necesario, pero no suficiente para el desarrollo de TEPT, sin embargo, hay ciertos factores de riesgo que favorecen que esto ocurra (Wiseman, 2021).

De este modo, actúan como factores de riesgo características del evento traumático y rasgos personales del individuo (Yehuda y LeDoux, 2007). En cuanto a las características propias del evento, es importante distinguir entre aquellos eventos traumáticos que fueron accidentales y aquellos que fueron intencionados. En estos últimos, una persona tiene la intención premeditada de causar un mal a otra y se conoce que, aquellos que han sido víctimas de este tipo de daño tienen peores pronósticos (Santiago et al., 2013). Por otra parte, en cuanto a los rasgos personales, actúan como factores de riesgo el hecho de ser mujer, pertenecer a una clase socioeconómica baja, haber tenido una infancia con mucha exposición a situaciones traumáticas, la presencia de trastornos mentales previos en la persona o en algún miembro de su familia y contar con poco apoyo social (Brewin, 2000).

Por último, cabe mencionar que el TEPT se tiende a subdiagnosticar y, como consecuencia, no se suele tratar adecuadamente (Carvajal, 2002). Esto podría deberse a la comorbilidad que presenta con otros trastornos como la depresión o trastornos de ansiedad. De tal manera que, es poco habitual que aquellas personas que han sido víctimas de un acontecimiento traumático sean diagnosticadas únicamente con TEPT (Ayala y Ochotorena, 2004) o incluso pueden no llegar a recibir ese diagnóstico.

### **3. El parto como experiencia traumática**

El embarazo es una etapa donde se producen importantes cambios tanto a nivel biológico (hormonales, metabólicos e inmunológicos), como a nivel psicológico en la mujer (Morales et al., 2008). Por otra parte, también se experimentan sensaciones físicas y emociones intensas. Además, es un momento donde la mujer se encuentra más vulnerable y se propicia la reactivación de memorias traumáticas anteriores (Kennedy y MacDonald, 2002). Por este motivo, resulta necesario acompañar a la madre en este periodo, para promover el desarrollo de las habilidades necesarias que facilitan hacer frente al proceso de gestación, el parto y el futuro cuidado del recién nacido (Morales et al., 2008).

La Organización Mundial de la Salud considera que tener una experiencia positiva de parto es un objetivo importante en todas las mujeres que pasan por este proceso. De este modo, define la experiencia positiva de parto como aquella en la que las expectativas, personales y socioculturales de la mujer se satisfacen. Además, también se considera que hay otros factores que favorecen que la experiencia de parto sea buena. Entre ellos se incluye, dar a luz a un bebé con buena salud en un entorno seguro, tanto a nivel de atención médica como a nivel psicológico, contar con la presencia de apoyo emocional por parte de un acompañante y con la intervención de personal médico atento y competente (OMS, 2019).

A pesar de que el parto tiende a considerarse como un momento generalmente feliz y emocionante, es cierto que al mismo tiempo se trata de un acontecimiento complejo y difícil. Son muchos los cambios psicofisiológicos que se producen de manera repentina, lo que puede provocar que este momento se convierta en una situación bastante estresante (Dekel et al., 2019). Además, aunque la mayoría de los nacimientos que se producen cada año, son aquellos en los que no se da ninguna complicación que afecte a las madres o a los bebés, se trata de un momento crítico para la supervivencia de ambos (Rodríguez-Almagro et al., 2019).

Como consecuencia, muchas mujeres relatan haber vivido el momento de dar a luz con miedo intenso, impotencia y con una importante sensación de pérdida de control (Creedy et al., 2000). Se estima que, después del parto, cerca de un tercio de las mujeres consideran que este evento cumple los criterios de un acontecimiento traumático (Ayers y Pickering, 2001; Creedy et al., 2000). Sin embargo, solo un bajo porcentaje desarrollará TEPT posparto (Ayers, 2004). Pese a que el TEPT es el tercer trastorno psicológico más

común durante el embarazo y tras el parto, no suele ser un cuadro que se identifique correctamente. Asimismo, el primer trastorno más diagnosticado es la depresión (Sánchez y Palacios, 2007) y en el 72% de los casos existe comorbilidad con el TEPT desarrollado tras el parto (Dekel et al., 2017).

Por otra parte, se han identificado dos grupos de síntomas significativos en relación con el TEPT posparto. En primer lugar, síntomas relacionados con la reexperimentación y la evitación de estímulos asociados al suceso. En segundo lugar, síntomas generales de hiperactivación y alteraciones negativas cognitivas y del estado del ánimo (Ayers et al., 2018).

En un estudio conducido por Harrison et al. (2021), se llegó a la conclusión de que existen ciertas diferencias entre las características clínicas del TEPT cuando el evento traumático que lo desencadena es el parto, frente a cuando este ocurre como consecuencia de otros estresores. Se concluye que, aquellas mujeres que desarrollan el trastorno como consecuencia del parto señalan la presencia de síntomas de reexperimentación con más frecuencia. Determinan que el aumento de este tipo de síntomas podría deberse a varios factores, por un lado, el parto es un acontecimiento donde ocurren muchos cambios a nivel fisiológico y se trata de una experiencia altamente sensorial, esto podría provocar que se creen recuerdos sensoriales más fuertes del trauma. Por otra parte, los síntomas de reexperimentación podrían desatarse como consecuencia de los síntomas de recuperación posteriores al parto (sobre todo si la mujer experimenta dolor), o del propio bebé que podría estar actuando como un recordatorio del evento traumático.

Según todo lo expuesto anteriormente, se puede determinar que el parto es una situación estresante capaz de convertirse en un evento traumático. Sin embargo, es importante resaltar que el momento de dar a luz se diferencia de otros acontecimientos traumáticos, en la medida en que se trata de un evento predecible (el embarazo implica que terminará habiendo un parto) y que forma parte de un proceso normalmente voluntario. Además, a pesar de que muchas mujeres pueden vivir el proceso de dar a luz como algo muy intenso y estresante, consideran que el bebé es una recompensa que hace que el proceso merezca la pena (Ayers, 2004), lo que actúa como factor de protección.

Por todo ello, parece relevante preguntarse en qué casos se termina desarrollando TEPT como consecuencia del parto. La mayoría de los estudios se han centrado en buscar si existe relación entre determinados factores como el tipo de parto o el padecimiento de algún trastorno mental previo y el posterior desarrollo de TEPT (Harris y Ayers, 2012). En primer lugar, haciendo referencia al tipo de parto, en una investigación llevada a cabo

por Creedy et al., (2000), se concluye que aquellos partos en los que se dan situaciones adversas, las mujeres tienen una probabilidad más alta de experimentar algún tipo de secuela psicológica durante el posparto. En segundo lugar, en cuanto al padecimiento de algún trastorno mental previo, se puede concluir que la sintomatología psicológica de la madre resulta relevante en el desarrollo y desenlace del proceso de gestación (Morales et al., 2008).

Por otra parte, es necesario tener en cuenta que a veces es difícil determinar en que medida el TEPT se desarrolla directamente como consecuencia del parto, o si, por otro lado, este evento actúa potenciando síntomas que ya estaban presentes en la madre durante el embarazo. Es decir, en algunos casos las mujeres ya tienen síntomas previos característicos del TEPT durante el proceso de gestación, estos pueden seguir presentes después del parto y desencadenar TEPT posparto. Por lo tanto, por un lado, tras la experiencia del parto, si este se ha convertido en un evento traumático, habrá mujeres que puedan desarrollar TEPT, sin haber tenido síntomas previamente. Y, por otro lado, si ya había síntomas previos propios del trastorno, el parto puede reactivar o exacerbar dicha sintomatología (Ayers, 2004; Dekel et al., 2017).

Además, se ha demostrado que las posibles complicaciones que puedan surgir en el momento de dar a luz no son suficientes para que se desarrolle TEPT. Por lo tanto, es probable que la combinación entre los acontecimientos y la vivencia de la mujer durante el parto sea crítica para la aparición del trastorno, junto con otros factores (Harris y Ayers, 2012). De tal manera que, a lo largo de los años se han ido identificando distintos factores de riesgo relacionados en el desarrollo de TEPT posparto.

### **3.1. Factores de riesgo**

Los distintos marcos conceptuales de la etiología del TEPT posparto establecen factores clave, de riesgo, vulnerabilidad y mantenimiento importantes para el desarrollo de este trastorno (Ayers et al., 2016). Además, se ha empleado el modelo diátesis-estrés como posible explicación de por qué hay mujeres que desarrollan TEPT tras el parto y otras no. Este modelo propone que las características del evento estresante interactúan con los factores de vulnerabilidad del individuo, que se entienden como factores predisponentes, y de esta manera se determina si la persona desarrollará el trastorno o no (Anexo 2) (Ayers 2004; Ayers et al. 2016).

Dentro de este marco, Ayers et al. (2016) llevan a cabo un metaanálisis detallado de todos los factores de riesgo y vulnerabilidad, que se habían identificado hasta el momento,

asociados con el TEPT posparto. El objetivo principal fue establecer aquellos factores, que ponen en riesgo a las mujeres de desarrollar síntomas de TEPT relacionados con el parto. Al mismo tiempo, se pretendía identificar a las mujeres que podrían necesitar apoyo y atención adicional durante el momento de dar a luz.

Los resultados de este metaanálisis concluyen que, los factores de vulnerabilidad durante el embarazo que se asocian de manera más directa con el desarrollo de TEPT posparto fueron, el padecimiento de depresión durante el periodo de gestación, el miedo al parto, las complicaciones o mala salud de la madre durante el embarazo y la existencia de antecedentes de TEPT (Ayers et al., 2016).

Por otro lado, en relación con el momento del parto, se encontró que actúan como factores de riesgo, la experiencia subjetiva del parto, la falta de apoyo por parte del personal sanitario, si se trata de un parto quirúrgico y la disociación en el momento de dar a luz. Asimismo, en relación con la experiencia subjetiva del parto, la presencia de emociones negativas durante el mismo y la sensación de falta de control actúan como factores de riesgo para que este evento sea valorado de forma negativa (Ayers et al., 2016).

Por otra parte, en un estudio más reciente conducido por Kjerulff et al. (2021), se encontró que aquellos factores de vulnerabilidad que se asociaron con la presencia de uno o más síntomas propios del TEPT posparto a un mes del momento del parto, fueron la depresión, el escaso apoyo social y el estrés. Asimismo, entre los factores relacionados con el trauma, los que se relacionan de una forma más fuerte con los síntomas de TEPT posparto al mes del posparto, fueron las complicaciones en el momento de dar a luz, si se tuvo que practicar una cesárea no planificada y una estancia hospitalaria superior a cuatro días, tanto de la madre como del recién nacido.

#### **4. Impacto psicológico**

Debido a la naturaleza emocional que tiene el momento del parto, se espera que este evento active el sistema de apego materno. Sin embargo, la presencia de factores, como la experiencia traumática del parto, pueden afectar al estado afectivo y cognitivo de la madre, y como consecuencia, tener repercusiones significativas sobre la relación de apego en desarrollo, entre ella y el recién nacido. Por ello, resulta importante identificar la

existencia de algún tipo de trastorno en la madre después de dar a luz y llevar a cabo el tratamiento pertinente (Williams et al., 2016).

Esta valoración es necesaria, ya que los problemas de salud mental y el malestar psicológico son prevalentes entre las mujeres que acaban de parir (Radoš et al., 2020). Esto se debe a que existe mayor riesgo para las mujeres, de experimentar malestar psicológico durante el parto y el periodo postnatal (Brockington, 2004). Asimismo, este riesgo aumenta cuando ha habido alguna complicación durante el embarazo o en el momento de dar a luz (Schepper et al., 2016).

Por otro lado, cabe destacar que una mala salud mental de los progenitores es uno de los principales factores de riesgo que afecta a la interacción madre-hijo, lo que podría tener un efecto negativo en la vinculación (Parfitt y Ayers, 2009). El desarrollo de una buena relación con el recién nacido es uno de los procesos psicológicos centrales y más importantes del puerperio. En el caso de que no se pueda establecer un buen vínculo materno-filial, la probabilidad de que se produzcan dificultades de desarrollo, emocionales y conductuales en el bebé aumenta (Brockington, 2006).

#### **4.1. Teoría del Apego**

En los seres humanos, el proceso de vinculación comienza antes del nacimiento y se afianza durante el primer año de vida, este vínculo se da como consecuencia de distintas variables psicológicas y ambientales (Bowlby, 1969). Asimismo, el vínculo es un espacio donde la persona encuentra lo necesario para desarrollarse a nivel emocional y para poder crecer. Además, establece el esquema desde el cual van a relacionarse los miembros que formen parte del mismo (Burutxaga et al., 2018).

Dentro de este marco, Bowlby (1969) desarrolla la Teoría del Apego. Esta teoría sostiene lo importantes que son, durante la primera infancia, las experiencias con los cuidadores para el desarrollo de la conducta y el sistema organizativo del niño (Molero et al., 2011). En primer lugar, la Teoría del Apego determina que hay un sistema motivacional que surge de una necesidad vital de los niños por mantenerse próximos físicamente a sus cuidadores, con el fin de garantizar su propia supervivencia (Burutxaga et al., 2018). Es decir, Bowlby (1969) define la conducta de apego como aquellas conductas que el niño lleva a cabo para lograr la proximidad deseada con su figura de apego.

Por otra parte, se establece como fundamental la interacción con los padres, ya que, a partir de las experiencias cotidianas durante los primeros años de vida del niño, se irá

desarrollando un sentimiento de seguridad y valía propia. La sensibilidad, el afecto y la estabilidad en las relaciones promueven un tipo de apego seguro. Sin embargo, en aquellos casos en los que no se establece este tipo de apego, es decir, cuando predominan los sentimientos de inseguridad existe mayor riesgo de que se de un peor ajuste psicológico (Cantón et al., 2010).

Por todo ello, Bowlby (1989) plantea como necesario para el buen desarrollo mental del bebé, la presencia de respuestas emocionalmente sensibles y adaptadas, por parte de su cuidador principal, durante los primeros años de su vida. De esta forma, cuando la madre tiene la sensibilidad suficiente para interpretar de forma correcta las señales de su hijo y la capacidad para responder de forma adecuada y rápida tanto a nivel conductual como a nivel emocional, ante las necesidades del niño, se establece una interacción armónica entre la madre y el bebé. Como resultado, se propicia que se establezca un apego seguro, fundamental para que el niño se desarrolle de forma adecuada y sea competente a nivel social (Bowlby, 1969; Cantón et al., 2010; Nóbrega et al., 2016).

Es decir, la calidad del apego está estrechamente conectada con el tipo de respuestas que da el cuidador principal, por lo tanto, la sensibilidad materna resulta esencial para un buen establecimiento del mismo (Molero et al., 2011). Ainsworth et al. (1978), definen sensibilidad materna como la capacidad que tiene la madre para interpretar y responder de manera consistente y precisa a las necesidades del bebé. Por lo tanto, la capacidad y la sensibilidad que tenga la figura de apego para cubrir las necesidades del bebé marcará la interacción entre ambos y el tipo de apego que se establece. Sin embargo, también es importante resaltar que las características de los niños tienen un papel importante en la interacción (Bretherton, 1992).

De tal manera que, existen distintas variables que influyen en la calidad del vínculo materno-filial, estos factores se pueden dividir en tres grupos: características parentales, características del bebé y características contextuales. En cuanto a las características parentales, en este grupo se incluyen las pautas de crianza, la conducta interactiva de la madre, la sensibilidad y las propias representaciones mentales que tienen los padres acerca de sus relaciones tempranas. Por otra parte, dentro de las características del bebé, tienen repercusiones sobre el establecimiento del apego, el temperamento, las características del nacimiento y las consecuencias que hayan podido surgir de este evento. Por otro lado, las variables contextuales también tienen un efecto sobre la vinculación, entre ellas se incluyen la calidad de las relaciones matrimoniales, los conflictos en la

pareja, el apoyo social, la situación económica y el nacimiento de otro hermano (Molero et al., 2011).

Por último, cabe mencionar que los niños necesitan una base segura, es decir, un lugar de comodidad y afecto al que poder acudir cuando los niveles de angustia son altos. Lo conveniente sería que la figura significativa de apego actuara como base segura para el niño (Bowlby, 1969; Cantón et al., 2010). De este modo, cuando se ha establecido una buena relación de apego, el niño será capaz de utilizar a su figura de apego como base segura, por lo tanto, podrá explorar el entorno y tendrá un lugar al que volver cuando necesite calmarse, esto es fundamental para su desarrollo (Ainsworth, 1969). Por todo ello, cabe preguntarse si una madre que padece TEPT como consecuencia del parto será capaz de ser lo suficientemente responsiva y sensible con las necesidades de su hijo, como para ser la base segura que el niño necesita y, de esta manera, fomentar el desarrollo de un apego seguro.

#### **4.2. Maternidad y TEPT**

En las mujeres que presentan malestar psicológico después del parto, la probabilidad de tener una percepción negativa de la relación con sus hijos y el comportamiento de estos es mayor (Aaron-Jones et al., 2004). De tal manera que, como se ha comentado con anterioridad, el malestar psicológico actuaría como factor de riesgo pudiendo tener un efecto negativo sobre el vínculo materno-filial (Parfitt y Ayers, 2009). Por todo ello, resulta relevante preguntarse que dice la literatura acerca de la vinculación madre-hijo, en el caso de que la madre padezca TEPT como consecuencia del parto.

Para empezar, es importante señalar que los resultados acerca de la relación entre el TEPT posparto y la presencia de problemas en la interacción y relación madre-hijo, han sido heterogéneos y limitados metodológicamente a lo largo de los años (Cook et al., 2018). Es decir, hay estudios que determinan que podría existir relación entre cierto deterioro o dificultad para establecer una buena vinculación madre-hijo, en aquellas madres que padecen TEPT posparto (Ayers et al., 2006; Davies et al., 2008; Kjerulff et al., 2021). Sin embargo, otros autores sostienen que no se ha encontrado relación entre el TEPT posparto y una mala vinculación entre la madre y bebé (Ayers et al., 2007; Praffit y Ayers, 2009; Radoš et al., 2020; Handelzalts et al., 2021; Williams et al., 2016). A continuación, se exponen los principales hallazgos por parte de los autores que defienden ambas posturas.

En primer lugar, ciertos estudios sugieren que los síntomas propios del TEPT posparto podrían tener un efecto perjudicial y potencialmente duradero, sobre la capacidad de las nuevas madres a la hora de vincularse con sus hijos, provocando que sientan rechazo hacia el bebé y potenciando una vinculación tardía (Ayers et al., 2006; Kjerulff et al., 2021).

En un estudio cualitativo que se llevó a cabo con mujeres que habían sufrido un parto traumático, la mayoría afirmaron haber sentido rechazo inicial hacia el recién nacido. Sin embargo, este sentimiento de rechazo terminó desapareciendo, se determinó que el tiempo que tardaron en sentir apego hacia sus hijos osciló entre aproximadamente uno y cinco años. Por otra parte, a largo plazo se observó que las mujeres parecían tener vínculos predominantemente evitativos o excesivamente ansiosos con sus hijos (Ayers et al., 2006). Dentro de este orden de ideas, una investigación más reciente, conducida por Kjerulff et al. (2021), se suma a los resultados obtenidos anteriormente concluyendo que aquellas mujeres con síntomas propios de TEPT, frente a aquellas sin sintomatología, obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en la vinculación madre-hijo al primer, sexto y duodécimo mes del parto.

Por otro lado, hay indicios que señalan que los síntomas de TEPT posparto podrían estar asociados con una percepción negativa de las madres hacia sus hijos (Nicholls y Ayers, 2007). Tales resultados también se obtienen en un estudio conducido por Davies et al. (2008) donde se compararon dos grupos de mujeres, aquellas que cumplían parcial o totalmente los criterios para el TEPT, pasadas 6 semanas de dar a luz y mujeres que no presentaron ningún tipo de sintomatología. El primer grupo de mujeres declaró tener una percepción de sus hijos menos cálida desde el punto de vista emocional. Cabe pensar que, esto influirá de manera directa en la vinculación madre-hijo.

Por otra parte, este estudio también reveló que el grupo de mujeres con sintomatología propia de TEPT, calificaba el temperamento de sus hijos como significativamente más difícil. Además, también percibían que sus hijos eran más propensos a angustiarse y más difíciles de calmar que las madres del grupo no sintomático (Davies et al., 2008). Desde la perspectiva de la Teoría del Apego, esto sería un impedimento para que las madres pudieran establecer una buena vinculación con sus hijos.

La posible relación entre el TEPT posparto y la mala percepción que las madres tienen de sus hijos podría explicarse entendiendo que el niño, estaría funcionando como desencadenante de los síntomas de reexperimentación. Como consecuencia, esto tendría

un impacto negativo en la madre, ya que podría llegar a considerar que el bebé representa una amenaza (David et al., 2008).

Además, cabe señalar que, en este mismo estudio conducido por Davies et al. (2008), se llega a otras dos conclusiones. Por un lado, y apoyando los resultados de otros autores (Ayers et al., 2006; Kjerulff et al., 2021), en cuanto a la propia percepción del apego con sus hijos, el estudio reveló que aquellas madres que cumplían con los criterios total o parcialmente de TEPT tras el parto, manifestaban tener un apego de menor calidad con sus hijos. Por otro lado, solo las mujeres que cumplían con los criterios para el TEPT presentaban menos deseo de cercanía e interacción. Finalmente, en un último estudio conducido por McDonald et al. (2011), se concluye que los síntomas de TEPT podrían relacionarse con mayor malestar en la crianza de los hijos.

En segundo lugar, se puede sostener que existe un segundo grupo de estudios que mantienen una postura diferente con respecto al efecto que tiene el TEPT posparto en la vinculación materno-filial. Es decir, este grupo de estudios sostiene que el TEPT posparto en su conjunto no parece tener una relación directa con un mal establecimiento del apego entre la madre y el bebé. En este caso, concluyen que la mala vinculación estaría mediada por otras variables (Ayers et al., 2007; Handelzalts et al., 202; Praffit y Ayers, 2009; Radoš et al., 2020; Williams et al., 2016).

Dentro de este marco de ideas, resulta importante señalar algunos conceptos antes de exponer los resultados de dichas investigaciones. En primer lugar, cabe destacar que el TEPT comparte ciertos síntomas con otros trastornos psicológicos, entre los que se incluye la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia social (Davies et al., 2008). Un ejemplo de esto sería la alteración negativa de las cogniciones y el estado de ánimo, ya que son síntomas tanto de la depresión como del TEPT (Radoš et al., 2020). Asimismo, en una gran cantidad de casos existe comorbilidad entre el TEPT posparto y la depresión posparto. Esto resulta relevante, ya que se ha demostrado que la depresión posparto es un factor de riesgo importante para el deterioro del vínculo materno-filial (Tichelman et al., 2019).

Por otro lado, debido a los cambios que se llevaron a cabo en los criterios diagnósticos para el TEPT en el DSM-V, fue necesario elaborar una nueva escala de medida para los síntomas de dicho trastorno, que también estuviera diseñada específicamente para las mujeres que acababan de dar a luz. Por este motivo, se desarrolló la escala *The City Birth Trauma Scale (City BiTS)*, siendo el único instrumento de medida adaptado al TEPT posparto que se ajusta a los criterios del DSM-V (Ayers et al., 2018).

Cuando se lleva a cabo el análisis psicométrico de dicha escala, se sugiere que los síntomas de TEPT posparto están formados por dos factores. Por un lado, los síntomas relacionados con el TEPT posparto y, por otro lado, los síntomas generales de TEPT (Ayers et al., 2018). De esta forma, los síntomas de TEPT relacionados con el parto incluyen síntomas de reexperimentación, evitación y dos de los ítems relacionados con alteraciones negativas de la cognición y el estado del ánimo (culpar a las cosas que sucedieron durante el parto y fuerte emociones negativas sobre el parto) (Handlzlts et al., 2021). Por otro lado, los síntomas generales de TEPT incluyen reactividad y síntomas de alteraciones cognitivas negativas y del estado de ánimo. Es decir, hacen referencia a la irritabilidad, problemas de concentración y desvinculación (Radôs et al., 2020).

Teniendo en cuenta estos aspectos expuestos, distintos autores llegan a varias conclusiones a través de sus investigaciones, acerca de la relación entre el TEPT posparto y la vinculación entre la madre y el bebé.

Por un lado, en un estudio conducido por Williams et al. (2016), donde las mujeres con síntomas propios de TEPT también presentaban sintomatología depresiva, se concluye que el TEPT parecía no influir directamente sobre el vínculo madre-hijo y se sostiene que esta relación estaría mediada por la depresión. Es decir, es posible que los recuerdos intrusivos, la hipervigilancia o la evitación propia del TEPT, pudieran tener un impacto menor en los aspectos de la cognición, el afecto y el comportamiento materno que remite directamente sobre la relación de apego.

Por ende, es más probable que aquellos síntomas propios de la depresión como la reducción de la capacidad de respuesta, la apatía o el afecto negativo, sean los que repercuten de forma negativa en el afecto y sensibilidad materna durante las interacciones entre la madre y el bebé. Además, también es posible que, este conjunto de síntomas, sean los que influyen en las percepciones maternas acerca de su hijo y en la relación que se establece entre ambos (Prasitt y Ayers, 2009; Williams et al., 2016).

Sin embargo, cabe destacar que los síntomas del TEPT pueden actuar como un factor precipitante o agravante de la sintomatología depresiva, aumentando la probabilidad de desarrollar un trastorno de depresión (Williams et al., 2016). De tal manera que, se sostiene la idea de que los síntomas de depresión comórbidos con el TEPT podrían explicar en gran medida la afectación de la relación entre madres e hijos (Ayers et al., 2007; Davies et al., 2008).

Por otro lado, en el estudio conducido por Radoš et al. (2020), también se determina que los síntomas de depresión y de TEPT general podrían tener un impacto negativo sobre

el vínculo afectivo entre la madre y el bebé. Este estudio hace una diferenciación importante teniendo en cuenta los dos factores que conforman el TEPT posparto, es decir, se analizan por separado los síntomas propios del TEPT posparto y los síntomas generales del TEPT, descritos anteriormente. De esta manera, se concluye que los síntomas del TEPT relacionados con el parto no tendrían ningún impacto negativo sobre el vínculo afectivo. Sin embargo, se establece que los síntomas del TEPT general, sí podrían influir de forma directa sobre la vinculación afectiva. Es decir, los síntomas relacionados con recuerdos no deseados del momento del parto (a través de flashbacks o pesadillas), tratar de evitar pensar en el nacimiento y la presencia de fuertes emociones negativas sobre el parto, específicos del TEPT posparto, no se relacionarían con el vínculo. Sin embargo, es probable que los sentimientos de desapego, propios de los síntomas generales del TEPT, sean los que influyen sobre el vínculo materno-infantil (Handelzalts et al., 2021; Radoš et al., 2020).

Al hacer esta distinción entre los síntomas, se puede explicar por qué los hallazgos habían sido inconsistentes hasta el momento (Handelzalts et al., 2021). Por lo tanto, estos resultados sugieren que el trauma como consecuencia del parto y los síntomas propios del TEPT posparto podrían no afectar al vínculo materno-filial (Radoš et al., 2020). Es decir, a pesar de que estos síntomas resultan muy angustiosos para las mujeres, parecen no estar asociados con un vínculo materno deficiente (Handelzalts et al., 2021).

Existen varias explicaciones a este fenómeno. En primer lugar, es posible que tener la vivencia del parto como experiencia traumática, pueda asociarse a una mejora del vínculo, ya que podría especularse que, si la mujer ha vivido ese momento como una amenaza grave para ella o para el bebé, podría adoptar una postura más protectora y establecer un vínculo más fuerte con el recién nacido (Radoš et al., 2020). En segundo lugar, aunque el bebé podría actuar como un recordatorio del evento traumático, es difícil que la madre lo evite como un estímulo propio del trauma (aunque en casos extremos podría ocurrir). De tal manera que, el bebé estaría actuando como un reforzador positivo a la experiencia del trauma (Handelzalts et al., 2021).

Sin embargo, afectarían de forma directa a la capacidad de la madre para mostrarse responsiva y sensible a las necesidades de su hijo, tal y como establece la Teoría del apego, la presencia de síntomas como la desvinculación, el estado emocional negativo persistente, la apatía o la reducción de la capacidad de respuesta propios del TEPT general y de otros trastornos comórbidos al TEPT, como la depresión, muy característica en el periodo postnatal.

## **5. Tratamiento para el TEPT posparto**

El TEPT es un trastorno que puede generar disfunciones a nivel social, familiar y laboral para quienes lo padecen, al mismo tiempo puede resultar muy incapacitante (Sánchez y Palacios, 2007). Por ello, es importante poner en marcha estrategias de prevención y un tratamiento adecuado en aquellos casos en los que se desarrolle el trastorno. Por otra parte, a la hora de hablar sobre el tratamiento para el TEPT posparto, es necesario determinar si las formas de tratamiento que se emplean para tratar el TEPT como consecuencia de otros acontecimientos traumáticos son adecuadas para estos casos (Ayers et al., 2007).

Con el fin de evitar la cronificación y el desarrollo de otros trastornos, es importante identificar de forma temprana la presencia del TEPT posparto y los factores de riesgo sobre los que se puede intervenir (Ayers et al. 2004). Sin embargo, es necesario tener en cuenta que las mujeres que sufren TEPT posparto pueden haber tenido una mala experiencia con el personal sanitario, por este motivo, es probable que eviten tener que acudir a servicios médicos. Por lo tanto, esta situación podría afectar a la hora de realizar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento (Fernández y Olza, 2018).

En primer lugar, cabe destacar que todos los estudios acerca de este tema concluyen que es necesario llevar a cabo más investigaciones y de mejor calidad que evalúen las intervenciones para el tratamiento del TEPT posparto (Fernández y Olza, 2018; Slade et al., 2021). Aún así, se ha conseguido llegar a ciertas conclusiones y se conocen cuales son los tratamientos más eficaces para intervenir sobre el TEPT como consecuencia de otros acontecimientos traumáticos.

Por un lado, el TEPT posparto y el TEPT relacionado con otros estresores comparten una etiología parecida, por ello parece estar apoyado por la literatura, el uso de tratamientos que se han probado eficaces para el TEPT general en el caso de que el trastorno se desarrolle como consecuencia del parto (Fernández y Olza, 2018; Ayers et al., 2007). Además, es necesario tener en cuenta que, en muchas ocasiones el TEPT posparto no se identifica adecuadamente o se reagudiza durante el embarazo (Ayers, 2004; Dekel et al., 2017; Sánchez y Palacios, 2007), por este motivo muchas mujeres tendrán que recibir tratamiento durante el periodo de gestación. Por lo tanto, en estos casos no es aconsejable utilizar tratamiento farmacológico con el fin de reducir el riesgo de teratogenia. De esta forma, lo más adecuado sería optar por la psicoterapia como

primera línea de intervención (Fernández y Olza, 2018). Existen varios enfoques terapéuticos no farmacológicos para el tratamiento del TEPT, entre ellos se incluyen la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, la terapia de exposición y el tratamiento mediante desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) (Novo et al., 2018).

Los tratamientos centrados en el trauma, como la terapia cognitiva y la terapia de exposición se han demostrado eficaces a la hora de reducir los síntomas propios del TEPT, la ansiedad y la depresión. En principio, y según lo que se concluye en un estudio llevado a cabo por Cusack et al. (2015), la terapia de exposición parece tener mejores resultados. Por lo tanto, se apoyaría el uso de este tipo de intervención como primera línea de tratamiento. Sin embargo, es necesario tener en cuenta otros factores como la accesibilidad del paciente a esta clase de terapia, su preferencia por el tipo de tratamiento y el juicio del profesional sobre la idoneidad de la intervención.

Por otra parte, la evidencia científica también avala el uso de EMDR como tratamiento para el TEPT. Además, también se ha demostrado eficaz a la hora de reducir síntomas propios de la ansiedad y la depresión (Novo et al., 2018). Asimismo, para el tratamiento del TEPT, la terapia cognitivo conductual y el EMDR parecen ser igual de efectivas (Seidler y Wagner, 2006). Ambas formas de tratamiento tienen resultados similares y parecen tener mejores resultados que los programas de manejo del estrés (Novo et al., 2018). Cabe destacar que, el tratamiento con EMDR parece reducir los síntomas de forma más rápida y suele tener tasas de abandono más bajas, es decir, aparentemente es mejor tolerado por los pacientes (Ironson et al., 2002).

Por otro lado, según la literatura, la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma para el tratamiento del TEPT posparto, sería el tratamiento más adecuado (Fernández y Olza, 2018; Ayers et al., 2007). Es decir, aquellas mujeres que padecen TEPT posparto o que experimentan síntomas propios del mismo y se someten a un proceso de intervención desde el marco cognitivo conductual, parecen tener buen pronóstico y experimentan una mejoría de los síntomas después de la intervención (Fernández y Olza, 2018).

Sin embargo, las diferencias individuales en los problemas y los síntomas que presenta cada mujer implican que es necesario ajustar la terapia a cada caso, siendo flexible y teniendo en cuenta la historia y necesidades de cada persona. Es decir, la terapia cognitivo conductual es un tratamiento eficaz para el TEPT posparto, siempre y cuando se adapte a la persona (Ayers et al., 2007).

Por último, como otra forma de tratamiento más inmediata, en un estudio conducido por Horsch et al. (2017), se intentó probar si era posible reducir la cantidad de pensamientos intrusivos en aquellas madres que habían sido sometidas a una cesárea de urgencia (factor de riesgo para el desarrollo de TEPT), mediante una breve intervención cognitiva. En este caso, la intervención consistió en pedirles a las madres que jugaran al Tetris durante 10 minutos, en algún momento de las 6 horas posteriores al parto.

Esta intervención se fundamenta en la hipótesis que sostiene que, llevar a cabo tareas visoespaciales como jugar al Tetris, reduce la aparición de posteriores recuerdos intrusivos, ya que compite con los aspectos sensoriales del recuerdo del trauma antes de que este se haya consolidado (Holmes et al., 2010). Los resultados obtenidos en esta investigación fueron favorables, en el 48% de los casos se redujeron los recuerdos intrusivos del momento del parto. Es interesante considerar este tipo de intervenciones, debido a que son fáciles de aplicar, no es necesaria la presencia de un terapeuta y, además, resultan accesibles para todo el mundo. Por otra parte, su objetivo también es preventivo, ya que pretende detener o reducir el desarrollo de síntomas propios del TEPT, en este caso los pensamientos intrusivos (Horsch et al., 2017).

## **6. Prevención del TEPT posparto**

Los estudios actuales acerca de la prevención del TEPT sostienen que facilitar apoyo de forma empática y pragmática, parece ser la respuesta inicial adecuada. Por otro lado, es importante detectar y derivar de forma temprana a todas aquellas personas con mayores dificultades, ya que existen tratamientos adecuados y eficaces para paliar los síntomas del TEPT y de otros trastornos derivados de experimentar un acontecimiento traumático. Asimismo, afortunadamente la gran mayoría de las personas se muestran resilientes después del trauma y no desarrollan ningún tipo de trastorno (Bisson, 2014).

Por otra parte, es importante tener en cuenta que, el parto se distingue de otros acontecimientos traumáticos en la medida en la que se trata de un evento predecible (Ayers, 2004) y, por tanto, podría resultar más sencillo llevar a cabo un trabajo de prevención. Además, se han identificado diferentes factores de riesgo sobre los que se puede intervenir para intentar evitar el desarrollo de sintomatología propia del TEPT después de un parto traumático. Es decir, se conocen medidas que se pueden poner en

marcha para facilitar la recuperación y la resiliencia incrementando el acceso a factores de protección (Bisson, 2014).

En primer lugar, resulta necesario explorar la historia de la mujer gestante, ya que en muchos casos el TEPT y otros trastornos de ansiedad pueden desarrollarse como consecuencia de un único evento traumático, pero también pueden darse como consecuencia de la acumulación de eventos estresantes o estresores cotidianos (Neira et al., 2019). De esta forma, si la mujer ha estado expuesta a distintos eventos estresantes a lo largo de su vida, en el caso de que el parto termine siendo traumático podría potenciarse o aparecer sintomatología propia del TEPT (Ayers, 2004; Dekel et al., 2017). Dentro de este orden de ideas, llevar a cabo una buena historia clínica que permita reconocer si existen factores de vulnerabilidad durante el embarazo, podría ser importante para minimizar y prevenir la aparición de TEPT posparto (Beck, 2004).

Por otro lado, se conoce que el miedo al parto o complicaciones previas en otros embarazos actúan como factores de riesgo para el desarrollo de TEPT posparto (Ayers et al., 2016). Por lo tanto, es importante que la mujer sienta que sus miedos son escuchados y que van a ser atendidos (Olza, 2010), como medida de prevención. Asimismo, también actúan como factores precipitantes para el desarrollo del trastorno, la falta de apoyo por parte del personal sanitario y las complicaciones que puedan surgir en el momento de dar a luz (Ayers et al., 2016; Kjerulff et al., 2021). De esta forma, resulta relevante que los profesionales sanitarios traten de prevenir el posible sufrimiento psíquico y físico que pueda sufrir la madre durante el momento del parto y en el posparto (Olza, 2010).

Es decir, el trato que reciben las mujeres que van a dar a luz influye de manera directa en la percepción que estas tendrán del parto (Olza, 2010). Asimismo, la percepción subjetiva que estas tengan de este momento también va a tener un papel importante en el posible desarrollo de TEPT (Ayers et al., 2016). De tal manera que, resulta fundamental que en el momento de dar a luz la mujer se sienta protagonista de su parto (Olza, 2010), se facilite que tenga el mayor control posible sobre la situación y se eviten procedimientos estresantes (Montoya y Palacios, 2007) e intervenciones innecesarias. Para prevenir la sensación de falta de control, es importante que las mujeres reciban información sobre lo que va sucediendo y se les permita formar parte de la toma de decisiones (Montoya y Palacios, 2007; Olza, 2010).

Por otro lado, la presencia de un acompañante en el momento del parto previene la sensación de indefensión y el miedo que puede aparecer en esa situación, y que favorecen que el parto se viva como traumático. Otro aspecto importante para prevenir mayor

ansiedad y angustia en la madre después de dar a luz es evitar, en la medida de lo posible, la separación madre-hijo (Olza, 2010). Por último, cabe destacar que es necesario observar posibles respuestas de estrés durante el momento del parto y la posible aparición de síntomas precoces del trauma después del parto (Montoya y Palacios, 2007).

Por todo ello se puede concluir que, aunque el momento de dar a luz en sí mismo no tiene porque tratarse de una experiencia traumática, es un acontecimiento complejo y difícil en el cual se producen una gran cantidad de cambios psicofisiológicos y puede convertirse en una situación muy estresante (Dekel et al., 2019). De esta manera, cuidar el momento del parto y favorecer que la madre llegue a ese evento con la mayor información posible y con la garantía de que sus necesidades van a ser escuchadas y respetadas, es una estrategia de prevención importante para evitar que el momento de dar a luz se convierta en una experiencia traumática y así poder prevenir el posible desarrollo de TEPT posparto.

## **7. Conclusiones**

El parto puede convertirse en una experiencia traumática y como consecuencia podría provocar el desarrollo de TEPT posparto. En base a lo descrito a lo largo de este trabajo, se puede concluir que actúan como factores de riesgo para el desarrollo de TEPT como consecuencia del parto, el padecimiento de depresión durante el periodo de gestación, el estrés y el escaso apoyo social, junto con la existencia de antecedentes de TEPT. Por otro lado, en relación con las propias características del parto, son factores de riesgo la presencia de emociones negativas durante el mismo, la sensación de falta de control, si se trata de un parto quirúrgico y las complicaciones en el momento de dar a luz.

Por otra parte, la presencia de malestar psicológico después del parto actúa como factor de riesgo para la buena vinculación entre la madre y el hijo. En el caso del TEPT posparto, influyen en la relación materno-filial el estado emocional negativo persistente, la apatía y la reducción de la capacidad de respuesta, así como el padecimiento de depresión posparto. Sin embargo, los recuerdos intrusivos del momento del parto, la hipervigilancia o la evitación de estímulos asociados al suceso traumático no estarían relacionados con una mala vinculación entre la madre y el hijo.

Por otro lado, para tratamiento del TEPT posparto se han demostrado eficaces a la hora de reducir los síntomas la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, la

terapia de exposición y el tratamiento mediante desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR).

Por último, en cuanto a la prevención, se determina que es importante identificar a las mujeres que puedan ser más vulnerables a padecer el trastorno, en especial aquellas que tienen miedo al momento del parto o que ya han tenido experiencias negativas en embarazos anteriores. Asimismo, resulta fundamental que el personal sanitario se esfuerce por dar una buena atención a la mujer que va a dar a luz, mostrándose empáticos, facilitándole toda la información necesaria y respetando, en la medida de lo posible, sus decisiones para evitar la sensación de pérdida de control. Es decir, el objetivo principal es prevenir que el parto, en sí mismo, se convierta en una experiencia traumática.

## **8. Limitaciones y prospectiva**

Resulta importante mencionar las limitaciones encontradas a la hora de realizar este trabajo. En primer lugar, cabe destacar que el desarrollo del TEPT como consecuencia del parto es un tema que se ha empezado a estudiar en los últimos años, por lo tanto, la literatura existente no es muy amplia. Por otra parte, y como consecuencia de esto, las publicaciones acerca del tratamiento y la prevención del TEPT en estos casos son difíciles de encontrar y no están actualizadas.

Por ello, sería importante conducir nuevas investigaciones dirigidas a elaborar planes de prevención y tratamiento para el TEPT como consecuencia del parto. Por otra parte, también sería interesante realizar nuevos estudios acerca de cómo influye el padecimiento de este trastorno en la vinculación materno-filial, ya que hasta ahora los resultados han sido dispares.

## 9. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV* (4<sup>th</sup> ed.).
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-V* (5<sup>th</sup> ed.).
- Aaron-Jones, N., McFall, B. A., y Diego, M. A. (2004). Patterns of brain electrical activity in infants of depressed mothers who breastfeed and bottle feed: the mediating role of infant temperament. *Biological Psychology*, 67, 103-124.
- Ainsworth, M.D.S. y Wittig, B.A. (1969): Attachment and Exploratory behavior of one-year-olds in strange situation (pp. 111-136), en B. M. Foss (eds.), *Determinants of infant behavior*, Methuen.
- Ainsworth, Blehar, M.C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Ayala, J. L., y Ochotorena, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16(1), 45-49.
- Ayers, S., y Pickering, A. D. (2001). Do Women Get Posttraumatic Stress Disorder as a Result of Childbirth? A Prospective Study of Incidence. *Birth*, 28(2), 111-118.
- Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 47(3), 552-567.
- Ayers, S., Eagle, A., y Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 389-398.
- Ayers, S., Wright, D. B., y Wells, N. (2007). Post-traumatic stress in couples after birth: Association with the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 25(1), 40-50.
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., Bertullies., y Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46, 1121-1134.
- Ayers, S., Wright, D. B., y Thornton, A. (2018). Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry*, 9(409),1-8.
- Báguena, M.J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.

- Beck, C. (2004). Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childbirth. *Nursing Research*, 53(4), 216-224.
- Bisson, I. (2014). Early responding to traumatic events. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 329-330.
- Bowlby, J. (1969). *El Apego (El Apego y la pérdida I)*. Paidós Iberica.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Ediciones Paidós.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic Studies of Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Other Psychiatric Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 923-929.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
- Brewin, C. R., Andrews, B., y Valentine, J. D. Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363, 303-310.
- Brockington, I. F., Aucamp, H. M., y Fraser, C. (2006). Severe disorders of the mother-infant relationship: definitions and frequency. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 243-251.
- Burutxaga, I., Pérez-Testor, C., Ibáñez, M., 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.
- Cantón, J., Cortés, M. R., Cantón-Cortés, D. (2010). Apego, seguridad en el sistema familiar y actitudes ante la vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 251-258.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl.2), 20-34.
- Cook, N., Ayers, S., y Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 18-31.
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., y Horsfall, J. (2000). Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *Blackwell Science, Inc*, 27(2), 104-111.
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Cook Middleton, J., Feltner, C., Brownley, K. A., Olmsted, K. R., Greenblatt, A., Weil, A., y Gaynes, B. N. (2015). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 1-14.

- Davies, J., Slade, P., Wright, I., y Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions' of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 29(6), 537-554.
- Dekel, S., Stuebe, C., y Dishy, G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: a systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in psychology*, 8(560).
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I., Agarwal, S., y Pitman, R. (2019). Delivery Mode is Associated with Maternal Mental Health Following Childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 22(6), 817-824.
- Fernández, L., y Olza, I. (2018). Revisión sistemática del tratamiento del trastorno de estrés postraumático posparto. *Psicosomática y psiquiatría*, 5, 29-39.
- Handelzalts, J. E., Levy, S., Molmen-Lichter, M., Ayers, S., Krissi, H., Wiznitzer, A., Peled, Y. (2021). The association of attachment style, postpartum PTSD, and depression with bonding- A longitudinal path analysis model, from childbirth to six months. *Journal of Affective Disorders*, 280, 17-25.
- Harris, R., y Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum "hotspots". *Psychology and Health*, 27(10), 1166- 1177.
- Horsch, A., Vial, Y., Favrod, C., Harari, M., Blackwell, S. E., Watson, P., Iyadurai, L., Bonsall, M. B., y Holmes, E. A. (2017). *Behaviour Research and Therapy*, 94, 36-47.
- Holmes, E. A., James, E. L., Kilford, E. J., y Deeproose, C. (2010). Key Steps in Developing a Cognitive Vaccine against Traumatic Flashbacks: Visuospatial Tetris versus Verbal Pub Quiz. *PLoS ONE*, 5(11): e13706.
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., y Williams, J. (2002). Comparison of Two Treatments for Traumatic Stress: A Community-Based Study of EMDR and Prolonged Exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 113-128.
- Javidí, H., y Yadollahie, M. (2012). Post-traumatic stress disorder. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 3(1), 2-9.
- Kennedy, H. P., y MacDonald, E. L. (2002). "Altered consciousness" during childbirth: potential clues to post traumatic stress disorder? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(5), 380-382.
- Kessler, R., Rose, S., Koenen, K., Karam, E., Stang, P., Stein, D., Heeringa, S., Hill, E., Liberzon, I., McLaughlin, K., McLean, S., Pennell, B., Petukhova, M., Rosellini, A., Ruscio, A., Shahly, V., Shalev, A., Silove, D., Zaslavsky, A., Angermeyer, M., Bromet, E., Caldas de Almedia, J. M., Girolamo, G., Jonce, P., Demyttenaere, K., Florescu, S.,...Viana, M, C. (2014). How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*, 13, 265-274.

- Kjerulff, K. H., Attanasio, L. B., Sznajder, K. K., y Brubaker, L. H. (2021). A prospective cohort study of post-traumatic stress disorder and maternal-infant bonding after first childbirth. *Journal of Psychosomatic Research*, 144, 1-11.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 274, de 15 de noviembre de 2002. BOE-A-2002-22188 <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
- McDonald, S., Slade, P., Spiby, H., y Iles, J. (2011). Post-traumatic stress symptoms, parenting stress and mother-child relationships following childbirth and at 2 years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(3), 141-146.
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chrodá, V., Cervera-Gasch, A., Andreu-Pejó, L., y Valero-Chillerón, J. V. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's perception in interterritorial differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7726).
- Molero, R. J., Sospedra, R., Sabater, Y., y Plá, L. R. (2011). Importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo y responsable en los menores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 511-519.
- Morales, D. M., Bullones, M. A., Carmona, F. J., Carretero, A., Moreno, M. A., y Peñacoba, C. (2008) Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigation*, 37, 1-20.
- Naciones Unidas, CEDAW. *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, 75º sesión (2018). /C/75/138/2018.
- Neira, P., Martínez, P., Marín, C., y Estupiña, F., (2019). Relación entre los sucesos vitales estresantes y el desarrollo de sintomatología ansiosa y somática: evaluación y tratamiento de un caso clínico. *Revista de victimología*, 9, 31-55.
- Nóblega, M., Bárrig, P., Conde, L. G., Núñez del Prado, J., Carbonell, O. A., Gonzalez, E., Sasson., Weigensberg del Perkal, A., y Bauer., M. (2016). Cuidado materno y seguridad del apego antes del primer año de vida. *Universitas Psychologica*, 15(1), 15-30.
- Novo Navarro, P., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Álcazar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., García, F., Fernández, I., Pérez, V., y Amann, B. L. (2018). 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Revista Psiquiatría Salud Mental (Barcelona)*, 11(2), 101-114.
- Olza, I. (2010). El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 96, 35-41.

- OMS. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva; OMS: Génova, Suiza, 2019.
- Parfitt, Y., y Ayers, S. (2009). The effect of postnatal symptoms of post-traumatic and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(2), 127-142.
- Radoš, S. N., Matijas, 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.
- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., y Gómez-Salgado, J. (2019). Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 2-13.
- Rogili, M. M., Silva, G. R., Rainho de Oliveira, F., Kuckartz, G., y Kristensen, C. (2016). The role memory in posttraumatic stress disorder: implications for clinical practice. *Trends Psychiatry Psychother*, 38(3), 119-127.
- Sánchez, J., y Palacios, G. (2007). Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. *Matronas Profesión*, 8(1), 12-19.
- Santiago, P., Ursano, R., Gray, C., Pynoos, R., Spiegel, D., Lewis-Fernandez, R., Friedman, M., y Fullerton, C. (2013) A Systematic Review of PTSD Prevalence and Trajectories in DSM-5 Defined Trauma Exposed Populations: Intentional and Non-Intentional Traumatic Events. *Plos One*, 8(4), 1-5.
- Schepper. S., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., y Franck, E. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: a cohort study. *Midwifery*, 32, 87-92.
- Seidler, H., y Wagner, F. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 15-22.
- Shalev, A., Liberzon, I., y Marmar, C. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 376(25), 2459-2469.
- Slade, P. (2006). Towards a conceptual framework for understanding post-traumatic stress symptoms following childbirth and implications for further research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 99-105.
- Slade, P., Molyneus, R., y Watt, A. (2021). A systematic review of clinical effectiveness of psychological interventions to reduce post-traumatic stress symptoms following childbirth and a meta-synthesis of facilitators and barriers to uptake of psychological care. *Journal of Affective Disorders*, 281, 678-694.

- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., y Forde, D. R. (1997). Full and Partial Posttraumatic Stress Disorder: Findings from a Community Survey. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1114-1119.
- Tichelman, E., Westernenb, M., Witteveen, A. B., van Baar, A. L., van der Horst, H. E., Jonge, A., Berger, M. Y., Schellevis, F. G., Burger, H., y Peters, L. L. (2019). Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review. *Plos One*, 14(9), 1-15.
- Weathers, F. W. (2017). Redefining posttraumatic stress disorder for DSM-5. *Current Opinion in Psychology*, 14, 122-126.
- Williams, C., Taylor, E. P., y Schwannauer, M. (2016). A we-based survey of mother-infant bond, attachment experiences and metacognition in posttraumatic stress following childbirth. *Infant Mental Health Journal*, 37(3), 259-273.
- Wiseman, C., Croft, J., y Zammit, S. (2021). Examining the relationship between early childhood temperament, trauma, and post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 144, 427-433.
- Yehuda, R. y LeDoux, J. (2007). Response Variation following Trauma: A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD. *Neuron*, 56, 19-32

## 10. Anexos

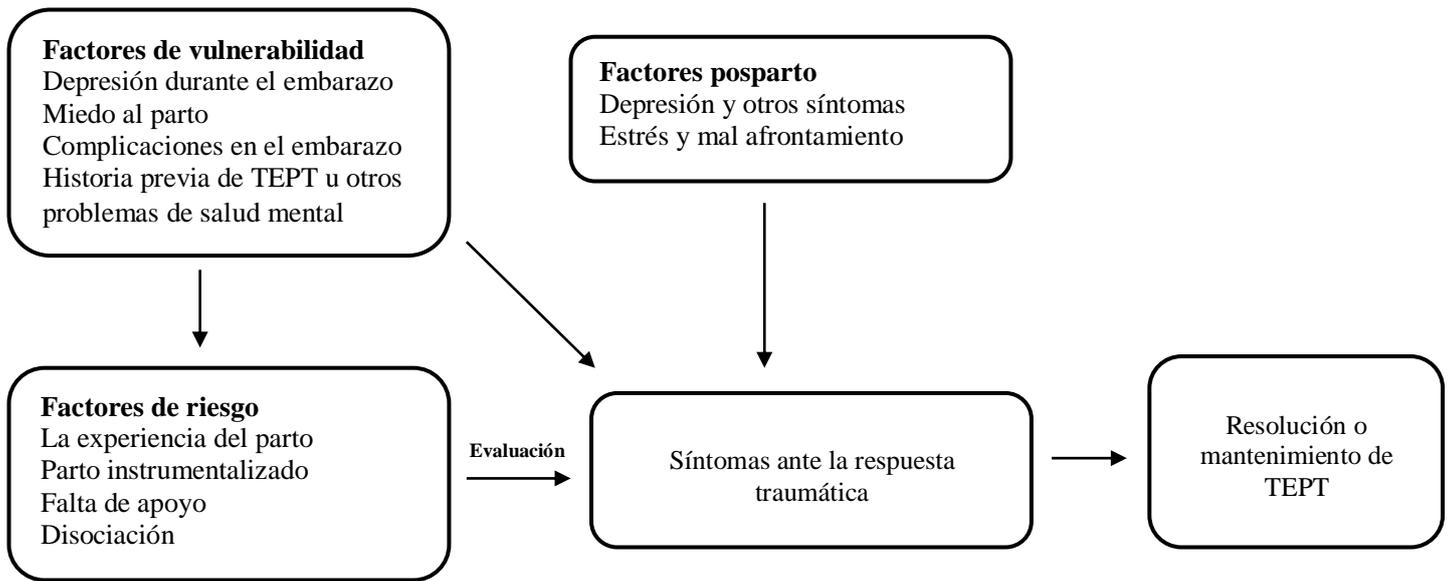
### ANEXO 1. Criterios diagnósticos para el TEPT en el DSM-IV y DSM-V

Criterios diagnósticos Trastorno de estrés postraumático según DSM-IV (APA, 1994)	Criterios diagnósticos Trastorno de estrés postraumático según DSM-V (APA, 2013)
<p><b>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muerte o amenazas para su integridad física o la de los demás.</li> <li>2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.</li> </ol>	<p><b>A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).</li> <li>2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.</li> <li>3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.</li> <li>4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).</li> </ol> <p>Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.</p>
<p><b>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar en los que se incluyen imágenes pensamientos o percepciones.</li> <li>2. Sueños de carácter recurrentes sobre el acontecimiento, que producen malestar.</li> <li>3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones y episodios disociativos de <i>flashback</i>, incluso los que aparecen al despertarse o intoxicarse).</li> <li>4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</li> <li>5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</li> </ol>	<p><b>B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).</li> <li>2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).</li> <li>3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).</li> <li>4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).</li> <li>5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).</li> </ol>
<p><b>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.</li> <li>2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan al recuerdo del trauma.</li> <li>3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.</li> <li>4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.</li> <li>5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.</li> <li>6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).</li> <li>7. Sensación de un futuro limitado (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, tener la esperanza de una vida normal).</li> </ol>	<p><b>C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).</li> <li>2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).</li> </ol>
<p><b>D. Síntomas persistentes de aumento de activación (arousal) (ausentes antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño.</li> <li>2. Irritabilidad o ataques de ira.</li> <li>3. Dificultades para concentrarse.</li> <li>4. Hipervigilancia.</li> </ol>	<p><b>D. Alteraciones negativas cognitivas del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).</li> </ol>

<p>5. Respuestas exageradas de sobresalto.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo. (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).</li> <li>3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.</li> <li>4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).</li> <li>5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.</li> <li>6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.</li> <li>7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).</li> </ol>
<p><b>E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.</b></p>	<p><b>E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.</li> <li>2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.</li> <li>3. Hipervigilancia.</li> <li>4. Respuesta de sobresalto exagerada.</li> <li>5. Problemas de concentración.</li> <li>6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).</li> </ol>
<p><b>F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</b></p>	<p><b>G. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.</b></p> <p><b>H. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</b></p>
	<p><b>I. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.</b></p>

*Nota.* Adaptado de “Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV (4<sup>th</sup> ed.)”, por American Psychiatric Association (APA), 1994 y “Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-V (5<sup>th</sup> ed.)”, por American Psychiatric Association (APA), 2013.

## ANEXO 2. Modelo de diátesis-estrés revisado sobre la etiología del TEPT posparto



*Nota.* Adaptado de “The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework” (p. 1130), por S. Ayers et al., 2016, *Psychological Medicine*, 46.