



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Predictores de malestar psicológico durante el
postparto: Trastorno de Estrés Postraumático**

Autor/a: Alba López de Lerma Ruiz-Poveda

Director/a: María Vega Sanz

Madrid

2022/2023

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Justificación Teórica | 3 |
| Salud Mental Materna Durante El Postparto..... | 4 |
| Factores Predictores De Malestar Psicológico Durante El Postparto..... | 6 |
| <i>Apoyo Social Percibido</i> | 6 |
| <i>Estrés Percibido</i> | 8 |
| <i>Autoeficacia Percibida Y Percepción De Eficacia Materna (PEM)</i> | 10 |
| Trastorno De Estrés Postraumático En El Postparto | 12 |
| Trastorno de Estrés Postraumático Perinatal (TEPT-P) | 13 |
| Implicaciones Del Padecimiento De TEPT-P..... | 15 |
| <i>Trastorno De Estrés Postraumático Postparto Y Depresión Postparto</i> | 15 |
| <i>Trastorno de Estrés Postraumático Y Vínculo Madre-Bebé</i> | 18 |
| Discusión | 21 |
| Conclusiones..... | 23 |
| Bibliografía..... | 25 |

Justificación Teórica

Tradicionalmente, tanto el nacimiento de un hijo como los meses posteriores a su llegada han sido considerados por los profesionales de la salud como experiencias sin grandes repercusiones sobre el estado psicológico de las mujeres. Pero, detrás de este razonamiento se halla, en realidad, un profundo desconocimiento.

Por un lado, se tiene un gran desequilibrio entre la atención que se presta a las mujeres en el periodo prenatal y en el periodo postnatal, siendo mucho más intensiva en el primero de ellos (Andrade *et al.*, 2022; Olza *et al.*, 2021). Y, por otro lado, hablando específicamente de la escasa atención que las madres llegan a recibir durante el segundo, el postparto, hay que señalar que históricamente la obstetricia ha priorizado los aspectos físicos del puerperio, sin prestar suficiente atención a la dimensión psicológica (Olza *et al.*, 2021). Esto ha conllevado que en demasiadas ocasiones las mujeres que atraviesan la etapa del postparto hayan sido ignoradas o hayan percibido cómo su sufrimiento se consideraba algo natural en esta situación (Olza *et al.*, 2021).

Sin embargo, desde hace algo más de un par de décadas, se reparó en el hecho de que cada vez es más prevalente que las madres tengan una experiencia negativa e incluso traumática no solo del nacimiento de sus hijos, sino también del tiempo sucesivo de adaptación a la nueva vida (Van Heumen *et al.*, 2018). De hecho, los datos son incluso más impactantes si se focaliza la atención en ese segundo escenario, en la etapa del postparto: entre el 1.5-6% de las mujeres que atraviesan esta etapa tienen un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, y hasta un 30% de ellas presentan sintomatología compatible, aunque no reúnen todas las condiciones necesarias para el diagnóstico (Olza, 2007). Pero no solo eso, se ha determinado que el padecimiento de sintomatología postraumática durante el periodo de postparto incrementa la posibilidad de sufrir una depresión postparto, la condición psicológica más estudiada y más prevalente durante el puerperio (Loveland *et al.*, 2004), la cual afecta al 25,8% de las mujeres que han dado el paso de ser madres en España, según los estudios más recientes (Dutan *et al.*, 2022)

Las consecuencias que pueden derivarse de ambas patologías son diversas, incluyendo desde el deterioro de la salud física, psíquica y social de la madre hasta a la afectación de la relación con el infante, lo cual puede derivar en graves trastornos del desarrollo en el pequeño (Halbreich y Karkun, 2006; Palacios-Hernández, 2016).

Así, desde un marco tanto social como profesional, cada vez con más frecuencia se habla de trastornos psicológicos asociados al proceso de transición y adaptación a la maternidad (como la depresión postparto o el Trastorno de Estrés Postraumático postparto), y se procura responder las preguntas que giran en torno a los factores que desencadenan su aparición y desarrollo (como un escaso apoyo social percibido, un alto estrés percibido y una baja percepción de autoeficacia). Pese a ello, se trata de una rama de estudios reciente, en la que aún faltan por hacer muchos avances si se quiere contribuir a un mejor cuidado de las madres que atraviesan el puerperio.

Por todas estas razones, el presente trabajo pretende contribuir al conocimiento del campo de la Psicología Perinatal, por un lado, realizando una revisión de los principales factores predictores de malestar psicológico de la experiencia de parto como de la etapa del postparto. Por otro lado, profundizando en otra de las patologías más prevalentes durante esta etapa como es el Trastorno de Estrés Postraumático Postparto, sus implicaciones y comorbilidades con el desarrollo de Depresión postparto. Y, finalmente, se tendrán en consideración las consecuencias de ambas patologías en el desarrollo de alteraciones en el vínculo madre-bebé.

De este modo, se espera empezar a abrir las puertas a la posibilidad de contemplar otros diagnósticos y sufrimientos, y facilitar así una mejor atención, cuidado y seguimiento de la salud integral, física y mental, de las mamás durante ese duro camino.

Salud Mental Materna Durante El Postparto

El postparto, también conocido como puerperio, es el periodo que se inicia una vez que han tenido lugar tanto el nacimiento del bebé como el alumbramiento de la placenta. Tradicionalmente se ha considerado que el periodo de postparto acababa entre la sexta y octava semana de puerperio, momento en el que se estima que los cambios corporales de la etapa gestacional han involucionado hasta lograr el estado previo a la misma (Berens *et al.*, 2018). Sin embargo, en la actualidad no hay un consenso respecto al momento de la finalización. Esto es debido a que no todos los órganos y sistemas logran regresar tan rápidamente al punto de partida, por lo que algunos autores afirman que este periodo no finaliza hasta pasados doce meses desde el nacimiento (Berens *et al.*, 2018).

A pesar de ello, los profesionales proponen de común acuerdo tres fases dentro de esta etapa (Berens *et al.*, 2018): el postparto inmediato, que incluye las 24 horas siguientes al nacimiento del bebé; el postparto precoz, que abarca la primera semana postparto (excluyendo las 24 horas correspondientes al postparto inmediato); y, el postparto tardío, el cual comprende desde la segunda semana postparto hasta que tiene lugar la primera menstruación, habitualmente entre la sexta y la octava semana de puerperio.

La etapa del postparto es de carácter multidimensional, ya que los cambios que se producen en la mujer tienen lugar en múltiples aspectos (Asociación Americana de Obstetricia y Ginecología, 2020). En primer lugar, respecto a los aspectos fisiológicos, se producen los siguientes cambios: 1) cambios hormonales que después del parto pueden generar una variedad de síntomas, incluyendo fatiga, alteraciones del estado de ánimo y dolor de cabeza; 2) contracción uterina que puede causar dolor o incomodidad; sangrado postparto (que puede prolongarse por un periodo de hasta seis semanas), dado que el cuerpo elimina la sangre y los tejidos relacionados con el embarazo; 3) cambios en la piel, que puede estirarse y cambiar de forma debido al aumento de peso durante la gestación, generando estrías o flacidez; 4) cambios en la lactancia, pues la producción de leche materna se inicia tras el parto y puede generar dolor o hinchazón en los senos.

En segundo lugar, durante este periodo también se producen cambios en a nivel psicológico (Karl *et al.*, 2006). El puerperio es un periodo muy delicado en el que la salud mental de la reciente madre es especialmente vulnerable (Schwab-Reese *et al.*, 2017). Durante esta etapa, las mujeres pueden experimentar incertidumbre o temor debido a las nuevas tareas que tendrán que asumir, así como desconocimiento en ocasiones acerca del desarrollo normativo del niño. Todas estas situaciones pueden generar emociones nuevas difíciles de gestionar (Schwab-Reese *et al.*, 2017). Junto a esto, es común experimentar emociones ambivalentes o contradictorias que se entrecruzan continuamente, como puede ocurrir con la vivencia de felicidad y la plenitud por empezar a caminar en este nuevo proyecto de vida, y de forma simultánea emociones de nostalgia o melancolía porque nada volverá a ser igual (Martínez y Villar, 2020).

Tomando en consideración todo lo anterior, cabe concluir la necesidad de profundizar en el estudio de las implicaciones y dificultades del postparto para así proporcionar a las madres el apoyo, las ayudas y los conocimientos necesarios para poder hacer frente esta etapa (Karl *et al.*, 2006).

A continuación, se revisarán, por un lado, los principales factores predictores de malestar psicológico durante el postparto, profundizando especialmente en el Trastorno de Estrés Postraumático y, por otro lado, las consecuencias del mismo en lo que al desarrollo de otras psicopatologías y afección del vínculo madre-bebé respecta.

Factores Predictores De Malestar Psicológico Durante El Postparto

Cuando se habla de factores de riesgo y protección, usualmente se hace en relación al padecimiento de una patología concreta. Sin embargo, el objetivo del presente apartado es mencionar los factores comunes detrás del malestar psicológico de las mujeres que atraviesan el postparto, sin necesidad de que haya un diagnóstico clínico. Esto es especialmente relevante en relación con el objetivo de contribuir al conocimiento de la disciplina perseguido con el presente trabajo, pues es común creer que, si no hay etiqueta diagnóstica, no hay razón para el sufrimiento o este es normal y esperable de la etapa que se atraviesa. Sin embargo, este razonamiento solo da lugar a malas prácticas como la minimización o desvalorización de la vivencia subjetiva de las madres, así como también procesos de tratamiento, acompañamiento o seguimiento inadecuados que pueden agravar o perpetuar las problemáticas (Olza *et al.*, 2021).

Las investigaciones realizadas hasta la fecha, respecto al malestar emocional en la etapa del postparto, no establecen una clara clasificación sobre los factores predictores del mismo. Aun así, algunos de los más explorados son la falta de apoyo social percibido, la presencia de estrés percibido y la baja autoeficacia percibida (Navarro *et al.*, 2011; Schwab-Reese *et al.*, 2017).

Apoyo Social Percibido

Hace más de medio siglo que se conoce la fuerte conexión que existe entre las relaciones sociales y la salud (Matud *et al.*, 2002). Se descubrió que las personas que tenían menos vínculos sociales tenían una salud tanto física como mental de peor calidad (además de una mayor probabilidad de protagonizar una muerte prematura), y viceversa, es decir, un factor común que se hallaba tras un estado pobre de salud física y mental era la escasez o ausencia de vínculos sociales de calidad (Matud *et al.*, 2002). Gracias a las investigaciones de Caplan (1974), Cassel (1974, 1976) y Cobb (1976) se empezó a indagar en el papel que juega el ambiente social a la hora de lidiar con situaciones de estrés y sus consecuencias (De Roda y Fuertes, 1992).

Al intentar concretar a que se hace referencia con la denominación “apoyo social” se encuentra que, en la actualidad, no existe un consenso en cuanto a la definición de esta, e incluso hay quienes afirman que hay tantas propuestas de definición como estudios realizados al respecto (Fachado *et al.*, 2013). Así, se consideró inicialmente que para evaluar la consistencia del apoyo social con el que cuenta un individuo hay que tener en consideración el número de personas que estarían dispuestas a ayudarlo en caso de que tenga un problema (Fachado *et al.*, 2013). Posteriormente, se fue afinando esta aproximación, pues se cayó en la cuenta de que, aunque la persona tenga una red gigante de gente a su disposición, existe la posibilidad de que el individuo en cuestión no sepa percibir la ayuda que se le brinda y, por tanto, no se sienta apoyado (Cobb, 1976; Fachado *et al.*, 2013). De esta manera, se introdujo la dimensión o factor subjetivo del apoyo social en la conceptualización del fenómeno. Esto es, la sensación del individuo de que es querido por otros, protegido, valorado, tenido en cuenta, etc. (Fachado *et al.*, 2013).

Por esta razón, al hablar del apoyo social en relación con la etapa postparto, hablaremos de apoyo social percibido, pues no es tan importante el número de personas con las que una mujer cuenta después de dar a luz en relación con el impacto en el malestar psicológico/emocional, sino su experiencia de certeza sobre que están ahí para sostenerla.

Durante el postparto tiene lugar un incremento de la demanda de apoyo social por parte de la madre para poder hacer frente a la adopción del nuevo rol, al esfuerzo físico que supone la recuperación del parto y a las demandas del bebé (Negron *et al.*, 2013). Las madres necesitan “de los demás”, esto es, del apoyo de su familia, del grupo de iguales, del entorno laboral. Lo ideal es que todos ellos puedan acompañarlas, ser un soporte para ellas, reconociendo que durante un tiempo recibir esos cuidados de calidad tiene un valor esencial (Martínez y Villar, 2020). Sin embargo, se sabe que el apoyo y el cuidado que necesitan las mujeres durante el puerperio no es generalizable o comparable al requerido en otros momentos vitales, es específico de esta etapa (Cardozo y Bernal, 2009).

Es especialmente importante que las madres puedan percibir el calor afectivo y la ayuda de otras mujeres que hayan superado ya este periodo, pues ellas podrán brindarles saberes y cuidados útiles de acuerdo con la experiencia que están atravesando (Cardozo y Bernal, 2009). Este apoyo facilita la transición de la reciente madre a la nueva vida, y permite que ésta pueda ocuparse “exclusivamente” de la aceptación del carácter dependiente de la relación del bebé hacia ella, de la necesidad de mostrarse disponible para él y, de poco a poco, identificarse a sí misma en el nuevo cuerpo (Martínez y Villar, 2020).

Además, esta dimensión no solo es importante porque se deban de garantizar determinados apoyos y cuidados a la reciente madre, sino porque en el proceso de adaptación a esa nueva vida, muchos de los obstáculos que vivencian las mujeres guardan relación con la dimensión psicosocial de su vida. Con esto se hace referencia, por un lado, a que estas madres pueden encontrar dificultades en las relaciones con los demás, con los individuos de su entorno habitual, e incluso con aquellos más cercanos (como la pareja y los progenitores); y, por otro lado, también se refiere a la dificultad para relacionarse y establecer un vínculo con su bebé (Ospina *et al.*, 2012).

En cuanto a las consecuencias que derivan de la percepción de apoyo social, en el lado positivo se ha encontrado que una percepción adecuada tiene un efecto amortiguador o protector sobre la persona cuando se trata de afrontar situaciones cotidianas de estrés (De Roda y Fuertes, 1992). Por el contrario, en el lado negativo se ha observado que un escaso apoyo percibido procedente especialmente de los padres y la pareja correlaciona con un empeoramiento en la calidad de la salud mental materna, considerándose en este caso un factor de riesgo para el malestar psicológico (Schwab-Reese *et al.*, 2017). Lo mismo ocurre al confluir dos factores: si las recientes madres disponen de un entramado relacional muy extenso, pero se encuentran en un momento en el que conviven en su día a día con condiciones precarias (económicas, laborales, de vivienda, etc.), el exceso de apoyo social puede convertirse en un estresor y, por tanto, en otro factor de riesgo para el empeoramiento de la salud psíquica (Olhaberry *et al.*, 2013).

De este modo, cabe concluir que percibir un apoyo ajustado por parte de padres, pareja y otras madres que puedan aconsejar sobre esta etapa sería lo más funcional, en lugar de disponer de una extensa red de la que en realidad no se perciban interacciones de ayuda y cuidado, especialmente si les rodean unas condiciones socioeconómicas desfavorables.

Así pues, dado que ya se ha introducido el termino “estresor”, se procede a profundizar con detenimiento en otro de los factores predictores de malestar determinantes, el estrés percibido.

Estrés Percibido

La respuesta de estrés se puede definir como el conjunto de procesos psicofisiológicos que se pone en marcha en los animales y en el ser humano ante situaciones potencialmente peligrosas o que pueden suponer una amenaza (Selye, 1956).

Sería como un sistema de alerta que se pone en funcionamiento al detectarse divergencias entre lo que el sujeto prevé que puede ocurrir en un determinado contexto y lo que finalmente ocurre (Selye, 1956). Por tanto, esta respuesta del organismo no es en esencia nociva, al contrario, se considera fundamental para lograr la adaptación y supervivencia del organismo en las diferentes situaciones a las que se puede ver expuesto (Selye, 1956).

Sin embargo, cuando este conjunto de procesos que integran la respuesta de estrés se pone en marcha con demasiada frecuencia, de forma continuada o ante estímulos no relevantes ante los cuales no es propio elicitar esa respuesta, el estrés se vuelve crónico. Así, pierde su valor adaptativo y puede tener un gran impacto negativo en la salud (Selye, 1956).

Ahora bien, ¿por qué iba a desencadenarse esta respuesta ante situaciones que son, a priori, irrelevantes? Es aquí donde el estrés percibido juega su papel. La denominación “estrés percibido” hace referencia a la respuesta psicofisiológica del organismo ya descrita, con la diferencia de que en este caso el desencadenamiento sería en función de evaluaciones subjetivas elaboradas por cada sujeto (Glynn *et al.*, 2008; Lazarus y Folkman, 1984). En estas evaluaciones entran en consideración dos factores, uno más centrado en la percepción de la magnitud del estresor, y otro centrado en la percepción de las capacidades de la propia persona. Atendiendo a los aspectos personales, destacarían, por un lado, el esfuerzo que la persona cree que le conllevaría hacer frente a los estresores del entorno en función de su intensidad y del impacto que creen que pueden tener sobre sus vidas y, por otro lado, la capacidad que estima que tiene para ello respectivamente (Glynn *et al.*, 2008; Lazarus y Folkman, 1984).

Durante el postparto, las mujeres pueden experimentar una amplia gama de estresores, como la falta de sueño y de tiempo para una misma, la responsabilidad de cuidar a un recién nacido, y la presión social para ser una madre perfecta (Quezada, 2011). Al igual que en otras etapas, la manera en la que las mujeres perciben la magnitud y el alcance de los estresores tras dar a luz varía (Glynn *et al.*, 2008). La investigación ha identificado diferentes factores que pueden aumentar el estrés percibido durante el postparto, por ejemplo: el dolor y las complicaciones durante el parto, la falta de apoyo social, la fatiga y la sobrecarga, la dificultad para establecer una relación con el bebé y la falta de recursos para afrontar los desafíos del cuidado infantil (Glynn *et al.*, 2008). Además, como se mencionó anteriormente, el postparto es una etapa caracterizada por la fatiga, tanto física como mental, por lo que las madres estiman que hacer frente a los estresores pertinentes les supone un esfuerzo aún mayor (Quezada, 2011).

Las consecuencias del estrés percibido durante el postparto en la salud mental de muchas madres son: disminución de la capacidad de resiliencia y aumento de la vulnerabilidad para desarrollar trastornos de salud mental (incluyendo, entre ellos, la depresión y el Trastorno de Estrés Postraumático, pues los sistemas de respuesta al estrés se ven alterados) (Ayers *et al.*, 2016).

Así bien, tras haber analizado cuidadosamente el factor de la evaluación subjetiva relacionado con la percepción del estresor, se ha de profundizar en el segundo, en la valoración que la persona hace de sus capacidades. Por tanto, se procede a poner nombre a esta descripción introduciendo el concepto de autoeficacia percibida, todo ello en relación con la etapa del postparto.

Autoeficacia Percibida Y Percepción De Eficacia Materna (PEM)

La autoeficacia percibida se refiere a la creencia de una persona sobre su capacidad para realizar tareas y alcanzar metas específicas (Bandura, 1977). Tal y como puede apreciarse, esta definición encaja con el que es el segundo factor determinante de la evaluación subjetiva que facilitaba el hablar de estrés percibido. Así pues, resulta coherente que sea un pilar importante a la hora de predecir el malestar psicológico de la mujer durante el postparto. Pero, a la hora de hablar de la autoeficacia percibida en relación con la etapa perinatal, es interesante estudiar el papel de la misma en distintos momentos, no solo específicamente en el postparto, para poder tener así una visión global.

Recientes investigaciones confirman el papel crucial de la autoeficacia percibida durante el parto y período postparto sobre la salud y el bienestar tanto físico como mental de la madre y su bebé (Creedy *et al.*, 2000; Larsen *et al.*, 2001; Navarro *et al.*, 2011). Durante el postparto, las madres enfrentan muchos desafíos y responsabilidades nuevas, especialmente en relación con el cuidado de un recién nacido, por lo que la autoeficacia percibida, sentirse capaz de afrontar con éxito dichos retos, desempeñar un papel muy importante (Navarro *et al.*, 2011).

Un estudio llevado a cabo por Larsen *et al.*, (2001) determinó que las mujeres que recibieron información y entrenamiento antes del parto y experimentaron un ambiente positivo y seguro durante el mismo tenían una percepción más alta de su propia autoeficacia en comparación con otras mujeres que no reunían estas condiciones. Este hecho cobra aún más relevancia al descubrirse que una percepción de autoeficacia

adecuada o más elevada por parte de la madre en el momento del parto, se relaciona con una mejor capacidad para manejar el dolor durante el mismo, lo que disminuye la probabilidad de vivenciarlo como un acontecimiento traumático (Larsen *et al.*, 2001). Es decir, es de suma importancia cuidar que las mujeres lleguen con una percepción de autoeficacia adecuada o elevada al momento del parto, pues esto hará que tengan una mejor experiencia del mismo, lo cual protegerá su salud mental durante el postparto al prevenir las de adoptar valoraciones traumáticas de las circunstancias. Y, a esto se añade la aportación de Creedy *et al.*, (2000), que afirman que percibir una mayor sensación de control durante el trabajo de parto disminuye también la posibilidad de experimentar síntomas de trauma agudo tras el mismo, esto es, en el período de postparto.

Al trasladar el concepto de “autoeficacia percibida” al contexto específico del postparto, se tiene la Percepción de Eficacia Materna (PEM), que hace referencia a las creencias que una madre se construye sobre su capacidad para desempeñarse en su nuevo rol y satisfacer las necesidades de su bebé eficazmente (Navarro *et al.*, 2011).

Según se ha concluido (Navarro *et al.*, 2011), entre los determinantes del grado de autoeficacia percibida durante el postparto pueden encontrarse la percepción durante el parto, la disponibilidad de apoyo social y la calidad de las relaciones familiares y de pareja (siendo todas ellas cuestiones que ya han sido abordadas con detenimiento). Junto a esto, otro estudio llevado a cabo por Fulton *et al.*, (2012) indica que una imagen positiva de la madre sobre su bebé también está estrechamente relacionada con una mayor autoeficacia materna durante el postparto, lo cual se relacionaría a su vez con un mayor bienestar emocional y menos síntomas de depresión postparto. Y, no olvidar las conclusiones de Creedy *et al.*, (2000), que afirman una relación directa entre el grado de eficacia materna percibida y la predisposición a padecer síntomas de trauma en esta etapa.

Finalmente, es importante mencionar una interpretación inversa de la relación entre la PEM y la sintomatología de malestar psicológico. Una baja percepción de eficacia no solamente puede ser causa sino también consecuencia de los problemas psíquicos más frecuentes en el postparto. Bandura (1989) sugirió que los síntomas depresivos (entre otras afecciones) son los que tienen un impacto sobre la percepción que se construye la madre de su propia capacidad. Esta sintomatología funcionaría como un obstáculo cognitivo que deriva en un sesgo a la hora de tener y recordar con más frecuencia los pensamientos negativos, lo cual hace sentir a las mujeres menos seguras o satisfechas en su rol como madres.

A lo largo de este apartado han quedado descritos los tres principales predictores de malestar psicológico durante el postparto, las interrelaciones entre ellos y el alcance de sus influencias sobre la posibilidad de padecer las psicopatologías clásicas del postparto. En lo que refiere a estas, a continuación, se profundizará en el TEPT, no solo por ser este uno de los menos investigados, sino porque el padecimiento de TEPT en el postparto es la puerta de entrada para otros trastornos como la depresión postparto, actuando, así, como un factor predictor.

Trastorno De Estrés Postraumático En El Postparto

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un trastorno psicológico que se desencadena tras la exposición a un evento estresante potencialmente traumático. Un evento es estresante cuando requiere una nueva adaptación por parte del sujeto que lo experimenta, y puede convertirse en potencialmente traumático si dicho sujeto percibe que su integridad física o la de algún ser querido está en peligro durante esa situación (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000).

Así bien, respecto a los factores de riesgo asociados al desencadenamiento de sintomatología de TEPT tras presenciar un evento traumático, destacarían los siguientes: el sexo femenino (por las diferencias en cuanto a estilos de afrontamiento y procesos tanto de adaptación como a nivel neuroendocrino), el historial previo de dificultades/problemas de salud mental, historial de abusos en la infancia o etapa adolescente, el consumo de sustancias, el estilo de personalidad, las características del evento traumático, un escaso apoyo social percibido, un alto nivel de estrés percibido tras el evento y la existencia de secuelas físicas (Fernández, 2021; Montoya y Algaza, 2007). Asimismo, una mala o ausente gestión de la respuesta de estrés en el momento en el que sucede el evento traumático facilitará a posteriori el desarrollo de síntomas compatibles con TEPT (Montoya y Algaza, 2007).

La sintomatología de TEPT se caracteriza por: reexperimentaciones intrusivas del evento traumático, conductas de evitación de los estímulos que recuerden a dicho evento, estado de hipervigilancia y alerta excesivos y desconexión emocional (Seng *et al.*, 2013). La dureza o seriedad de dichos síntomas depende de diferentes factores, pero se sabe que cuanto más crudo sea el evento traumático, más intensos serán dichos síntomas (Fernández, 2021). Así, el cuadro de TEPT se consideraría agudo si los síntomas dejan

de presentarse antes de los 3 meses y crónico si se prolongasen más allá de estos (Dulguérian, 2012). En la actualidad, se puede encontrar una preocupante tasa de cronificación, pues en un tercio de los casos diagnosticados los síntomas siguen vigentes pasados los cinco años (Fernández, 2021; Montoya y Algaza, 2007).

Junto a esto, para poder hablar de prevalencia, se hace necesario introducir que la etiqueta diagnóstica de “Trastorno de Estrés Postraumático” no fue reconocida en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* hasta que se publicó su tercera edición hace más de tres décadas (Asociación Americana de Psiquiatría, 1987). Desde que el término fue acuñado oficialmente en los años ochenta, la posibilidad de que un hombre sea diagnosticado de TEPT a lo largo de su vida ha crecido un 10,3% hasta la actualidad, al igual que las posibilidades de diagnóstico en la mujer, que han crecido en un 17% hasta el año 2016 (Fernández, 2021). De este modo, a día de hoy se estima que el TEPT está presente en el 3.5% de la población general (porcentaje que puede alzarse en el caso de poblaciones altamente expuestas a distintos eventos o situaciones potencialmente traumáticas), suponiendo un 0.2% de la carga de enfermedad mundial (Fernández, 2021). E igual de relevante es la tasa de comorbilidad, dado que tres de cada cuatro personas que padecen este trastorno presentan simultáneamente otro diagnóstico, de entre los que cabe resaltar la depresión mayor o determinados tipos de fobias (Fernández, 2021; Montoya y Algaza, 2007).

Por último, cabe mencionar que el TEPT constituye una de las formas de estrés más graves y que generan en consecuencia un mayor sentimiento de incapacidad e incompetencia, ocasionando alteraciones en el ámbito familiar, social y laboral (Montoya y Algaza, 2007).

Trastorno de Estrés Postraumático Perinatal (TEPT-P)

Tiempo después de la consideración del TEPT como un trastorno psicológico, se empezó a considerar la opción de que el parto pudiese ser un acontecimiento lo suficientemente traumático como para dar lugar a un cuadro de TEPT (Olza, 2007), por lo que tendría cabida la propuesta del “Trastorno de Estrés Postraumático Postparto” como una etiqueta diagnóstica aún más específica. Así, a día de hoy, pese a que todavía no se trata de una denominación oficial, la manera de referirse al diagnóstico de TEPT relacionado con los eventos ocurridos en embarazo, parto y postparto es mediante el término Trastorno de Estrés Postraumático Perinatal (TEPT-P) (De Vicente *et al.*, 2019).

Ahora bien, esta nueva consideración del embarazo, parto y postparto como posibles desencadenantes de un TEPT fue posible gracias a la reconceptualización del término “trauma”. Dentro de la definición de este se incluyeron como criterios necesarios que la persona tuviera la percepción de que la propia vida/integridad física o la de un ser querido han estado en peligro y que la reacción ante dicha valoración haya sido de miedo, terror, indefensión o desesperanza muy intensos (tal y como puede ocurrir durante el parto, desencadenando un cuadro de TEPT durante el postparto) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000). Por ello, lo que determinará si aparecerán los síntomas del TEPT es la valoración subjetiva, personal y única que cada madre hace de la experiencia vivida (Clemente y Fernández, 2018; Olza, 2007).

Dicho todo lo anterior, a la hora de hablar de los factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de padecer TEPT-P, conviene diferenciar entre acontecimientos que tienen que ver directamente con las condiciones en las que sucede el parto, y acontecimientos ajenos a este.

Haciendo alusión en primer lugar a las situaciones o factores que rodean al momento del parto, encontramos: altos niveles de intervención obstétrica requeridos, un parto instrumentalizado, un parto doloroso, la realización de una cesárea urgente, la percepción de haber recibido unos malos o inadecuados cuidados durante el trabajo de parto y la presencia de violencia obstétrica (Olza, 2007). Parte del potencial traumático de estas situaciones reside en que son acciones que se justifican comunicando a la madre que “de no hacerlo urgentemente, bien su vida o bien la de su bebé, están en grave riesgo”, lo cual siembra esa preocupación por la integridad de la que pueden derivarse los síntomas (Olza, 2007).

Por otra parte, entre los posibles desencadenantes del TEPT-P que no tienen que ver directamente con las circunstancias del parto encontramos: ser madre adolescente, tener un historial previo de trauma (en relación con abusos en la infancia y la violencia doméstica), tener un bebé pretérmino, necesidad de atenciones especiales al bebé tras su nacimiento (como ser ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), muerte fetal o un pronto fallecimiento del hijo después de haber dado a luz (Rodríguez *et al.*, 2019). A estas situaciones se suman, además, todas aquellas mencionadas como factores de riesgo del TEPT como etiqueta diagnóstica más amplia.

Así pues, en la actualidad, de la relación entre estas dos etiquetas cabe destacar también que, al contrario de lo que ocurre en el TEPT, durante el curso TEPT-P predominan los síntomas de hiperactivación y reexperimentación, pero no tanto de evitación (De Vicente *et al.*, 2019). Y, de las similitudes entre ambos se tiene que, al igual que el TEPT, el TEPT-P tampoco se suele dar en solitario. Las estadísticas indican que entre un 20-75% de las recientes madres que presentan TEPT-P también presentan depresión postparto, y esta combinación hace aumentar las tasas de prevalencia de intentos de suicidio (De Vicente *et al.*, 2019). Además, se ha identificado que la sintomatología postraumática puede seguir distintas trayectorias: resiliencia, recuperación, TEPT crónico y TEPT demorado, encontrando que hasta un 20% de las mujeres que habían protagonizado un parto traumático requirieron atención especializada dada la severidad y persistencia de los síntomas (Dikmen-Yildiz *et al.*, 2018).

Asimismo, es importante tener en consideración que, si de por sí el TEPT es una condición difícil de diagnosticar dada la complejidad de sus síntomas y las elevadas tasas de comorbilidad que pueden hacer que se confunda con otros trastornos, con el TEPT-P ha de tenerse especial cuidado, pues los síntomas típicos del TEPT pueden verse modulados por las características inherentes a un postparto normal (De Vicente *et al.*, 2019). Por ello, va a profundizarse a continuación en la depresión postparto, por ser la enfermedad que más frecuentemente se manifiesta simultáneamente con el TEPT-P.

Implicaciones Del Padecimiento De TEPT-P

Trastorno De Estrés Postraumático Postparto Y Depresión Postparto

Llegado este punto, hablar de depresión postparto es de interés dado que diferentes investigaciones han puesto en evidencia que el padecimiento de TEPT-P puede funcionar como antesala de la aparición de depresión postparto. En concreto, en un estudio realizado por Loveland *et al.* (2004) se encontró que las mujeres con TEPT-P tenían una probabilidad cinco veces superior de experimentar un trastorno depresivo mayor.

Por tanto, la prevención, formación y cuidado de las madres en materia de TEPT-P, no solamente les evitará el padecimiento de una de las formas más graves de estrés que un humano puede sufrir, sino que disminuirá la probabilidad de otros trastornos y les permitirá gozar de una maternidad más positiva. Así pues, se procede a profundizar en la depresión postparto como una posible consecuencia de la existencia de un TEPT-P.

Como se ha mencionado anteriormente, durante el postparto, las mujeres vivencian una mezcla de emociones positivas que resulta abrumadora (felicidad, satisfacción, plenitud, etc.), pero también de emociones negativas (ansiedad, tristeza, culpa, frustración o confusión) (Martínez y Villar, 2020). Además, los grandes cambios biopsicosociales que supone la transición a la maternidad aportan un extra de inestabilidad. Por ello, las mujeres en el puerperio son especialmente vulnerables a sufrir diversos trastornos psíquicos, siendo la depresión postparto el más ampliamente tratado en la literatura en relación con la maternidad (Rai *et al.*, 2015; Sanabria *et al.*, 2022).

La depresión postparto es según la DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) un episodio depresivo mayor, con sus mismos criterios monotéticos y politéticos, pero tras haber dado a luz. Se trata de un trastorno del estado de ánimo que puede aparecer desde el primer mes del puerperio hasta el primer año después del parto (Rodríguez *et al.*, 2019). Normalmente, es observada como una prolongación patológica o una “no remisión” no esperable de la tristeza postparto, comportando, independientemente de su severidad, consecuencias a corto y largo plazo tanto en el bebé como en la familia (Dutan *et al.*, 2022).

Por su parte, la tristeza postparto es normal que aparezca entre el tercer y cuarto día del postparto, fecha que suele coincidir con la llegada a casa tras la hospitalización para el parto, y suele remitir entorno al día diez (Martínez y Villar, 2020). Esta tiene lugar hasta en un 75% de las madres y su manifestación tiene una razón biológica (Martínez y Villar, 2020), y es que durante el período gestacional se produce un constante aumento en la liberación de estradiol (un tipo de estrógeno que favorece una mejor circulación de la sangre entre la madre y el feto así como la maduración de los huesos del segundo) y progesterona (una hormona que garantiza que el tejido del útero esté en las mejores condiciones para permitir el buen desarrollo del feto así como la preparación de las mamas para la lactancia), que cae en picado tras el parto provocando la ruptura de la homeostasis en la mujer a nivel bioquímico, con sus respectivas repercusiones en el resto de niveles (Villalobo *et al.*, 2020). Así pues, este desajuste sumado al gran número de adaptaciones vitales que han de suceder en los primeros días de postparto, da lugar a la tristeza postparto que, de no remitir tras la reordenación hormonal, puede dar paso a un cuadro de depresión postparto (Martínez y Villar, 2020).

En cuanto a la prevalencia de este trastorno, se estima que una de cada cuatro mujeres que se convierten en madres pueden sufrir síntomas significativos de la depresión postparto en España (Dutan *et al.*, 2022). Sin embargo, hay que tener en cuenta a la variabilidad a la que están sujetas estas cifras, pues en la actualidad es sabido que las tasas de depresión puerperal son significativamente más altas al estudiarse en población perteneciente a países en vías de desarrollo, en comparación con las tasas de la misma psicopatología en países desarrollados (Rodríguez *et al.*, 2019). Además, los resultados obtenidos dependen también de las pruebas de evaluación aplicadas. Asimismo, en relación con estas condiciones tan variables que influyen sobre las cifras, cabe decir que uno de los mayores retos que supone esta condición psicológica es el de llevar a cabo un buen diagnóstico diferencial, pues en numerosas ocasiones se considera que tanto los factores causales como los síntomas que se van a enumerar a continuación son vivencias normales del postparto, lo cual supone un perjuicio para la madre y el bebé al imposibilitarles recibir el tratamiento adecuado (Halbreich y Karkun, 2006).

Así bien, los factores de riesgo que pueden desencadenar esta patología son: los cambios hormonales que sufren las mujeres tanto en el embarazo como tras dar a luz, un historial de anteriores depresiones (bien sean en cualquier otro momento del ciclo vital así como en embarazos o en postpartos previos) o de abusos, duelos perinatales previos, el hecho de que no fuese un embarazo deseado o planeado, el estrés emocional asociado a la responsabilidad de cuidar a un recién nacido (especialmente si se trata de un bebé con temperamento difícil), los cambios en el estilo de vida que supone el transicionar hacia la maternidad, diferentes factores psicológicos (estilos de afrontamiento o rasgos de personalidad), distintas variables sociológicas (falta de redes de apoyo, ausencia/abandono/falta de apoyo por parte de la pareja o padre, problemas económicos, relaciones problemáticas, pérdida de un ser querido) (Halbreich y Karkun, 2006; Medina, 2013), así como la vivencia de un parto traumático, lo que remite de nuevo a la relación entre TEPT-P y depresión postparto (Olza, 2007).

Finalmente, respecto a la sintomatología típica de la depresión postparto, cabe decir que durante mínimo catorce días después del parto pueden presentarse síntomas como “*estado de ánimo deprimido, anhedonia, alteraciones del peso y sueño, agitación o retardo psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, incapacidad para tomar decisiones, pensamiento y concentración disminuidas, así como pensamientos de muerte o ideación suicida*” (Sanabria *et al.*, 2022, p. 174).

Trastorno de Estrés Postraumático Y Vínculo Madre-Bebé

La vinculación madre-bebé o “bonding” fue propuesta inicialmente por Kennell y Klaus (1984) para delimitar un periodo de tiempo muy concreto en el que debía tener lugar el contacto piel con piel necesario para que la vinculación de una madre con su bebé se diera correctamente (Palacios-Hernández, 2016). Sin embargo, en la actualidad, el término hace referencia al conjunto de representaciones internas que una mujer se construye en torno a la figura del hijo, así como a las conductas de cuidado que emite hacia este. Dentro de estas representaciones se incluyen: por un lado, los pensamientos y emociones que una madre experimenta al evocar la imagen mental o al relacionarse con su recién nacido, así como las cogniciones y emociones que afloran al analizarse ella misma desempeñando el papel de madre; y, por otro lado, las expectativas que como embarazada comenzaron a fraguarse en su ideario tanto acerca de cómo sería el bebé, como del desempeño de la maternidad y la nueva vida, y que tan importante papel juegan en la creación de la identidad de una madre (Llairó y Gomà, 2017).

La vinculación mamá-bebé, comienza mucho antes del parto, a lo largo de todo el embarazo la madre va construyendo un vínculo con su bebé (Palacios-Hernández, 2016). De hecho, algunos autores afirman que conocer cómo es la calidad de este vínculo durante la gestación aportaría mucha información sobre cómo será dicho lazo durante el postparto (Palacios-Hernández, 2016). Y, no solo eso, Condon y Dunn (1988) mantienen que se trata de vínculos idénticos, siendo las representaciones creadas durante el embarazo un espejo exacto de las que se observarán durante el postparto, y quedando el parto como una mera transición entre ambas. En cualquier caso, destacar que la oxitocina juega un papel fundamental en el proceso de vinculación descrito. De este modo, comienza a introducirse la importancia de un vínculo madre-bebé de calidad, dado que su alcance abarca embarazo, postparto y la primera infancia del infante (Palacios-Hernández, 2016).

Condon y Corkindale (1998) establecieron cuatro dimensiones en las que podrían agruparse los factores que determinarán la calidad del vínculo madre-bebé: 1) el placer en la proximidad, que en su lado positivo se entendería como el disfrute de la interacción y, en su lado negativo, la vivencia de la misma como fruto de tensión y aburrimiento; 2) la tolerancia ante el sacrificio inicial de esta etapa, que en su lado positivo comportaría un escaso resentimiento frente al mismo, y en su polo negativo comportaría una vivencia de irritabilidad y frustración; 3) la necesidad de protección y gratificación, que en su

forma más adaptativa supondría que las necesidades y demandas del bebé, sea cual sea su naturaleza, son prioritarias a las de la madre; 4) adquisición de conocimiento, que hace referencia a la curiosidad, el gusto y la voluntad por comprender lo que le sucede al bebé, adquiriendo progresivas competencias derivadas de ese entendimiento (Condon y Corkindale, 1998).

Por el contrario, también se han encontrado algunos factores que aumentarían el riesgo de establecer un vínculo madre-bebé de peor calidad o, en el peor de los casos, de comportar un trastorno o alteración del vínculo (Farré-Sender *et al.*, 2018). La mayor parte de los estudios al respecto han sido realizados sobre variables que juegan su papel dentro de la propia etapa postparto, pero también se han identificado algunos factores que dependen del bebé (como, por ejemplo, su temperamento) y factores propios de la etapa gestacional (como la presencia de un alto estrés percibido o ansiedad, y la ausencia de un lazo afectivo con el feto durante la misma (Palacios-Hernández, 2016)), así como factores predisponentes o vulnerabilidades (como la genética, los antecedentes familiares y la existencia de un historial psiquiátrico previo), y la presencia de acontecimientos vitales estresantes (como haber sido víctima de abusos en la infancia) (Farré-Sender *et al.*, 2018). Además, también se identifican el embarazo no deseado, el deseo de abortar durante la gestación, el tipo de parto, un bajo nivel socioeconómico y la experiencia de haber tenido un escaso o nulo apoyo por parte de la pareja durante el proceso como factores que pueden socavar la clausura de un vínculo madre-bebé de calidad (Brockington *et al.*, 2006; Farré-Sender *et al.*, 2018).

Junto a todos estos, en la literatura se han identificado otros factores a tener en cuenta como la historia vincular de la propia madre (incluyendo tanto el tipo de apego establecido con el que fue su cuidador principal en la infancia como el clausurado con su figura de referencia en la edad adulta) o su grado de sensibilidad (concepto acuñado por Mary Ainsworth que alude a la habilidad de una madre para identificarse con lo que está viviendo su bebé, y para reconocer y dar un significado a sus señales) (Forti, 2019).

Respecto a estos factores, también es preciso destacar el padecimiento de sintomatología postraumática o Trastorno de Estrés Postraumático durante el postparto. Su presencia correlaciona sólidamente con una alteración en el proceso de establecimiento de este vínculo entre una madre y su hijo, sobre todo, cuando la sintomatología o el trastorno vienen derivados de la experiencia del parto (Forti, 2019). En este caso, la madre puede interpretar que el bebé ha sido el culpable de su dolor y sufrimiento, y tener pesadillas

recurrentes y reexperimentaciones de lo ocurrido (Forti, 2019). Estas pueden llevar a la madre a sentirse desconectada de su hijo, a extrañarlo e incluso a la disociación con todo lo que tenga que ver con su cuidado (Forti, 2019). Así, se tiene que todo esto, le dificulta la elaboración de unas representaciones positivas sobre él y sobre la relación, así como emitir unas conductas de cuidado adecuadas. Además, la probabilidad de la alteración en el vínculo y la gravedad de dicha alteración aumentan cuanto más severos son los síntomas (Olhaberry *et al.*, 2013).

Y, por último, no olvidar que lo mismo ocurre en el caso de la depresión postparto, ya sea derivada del TEPT o si se da en solitario, pues se ha determinado que la alteración del vínculo que provoca es progresivamente más grave cuanto más cruda y persistente es la depresión (Olhaberry *et al.*, 2013). Sin embargo, la explicación subyacente en esta ocasión es diferente. Teniendo en cuenta las características de su sintomatología (labilidad emocional, culpa, anhedonia, sensación de falta de control, etc.), se ha concluido que las madres con depresión postparto presentan dificultades a la hora de poner en marcha las habilidades que le facilitan una interacción positiva con su bebé (Olhaberry *et al.*, 2013). Estas dificultades se pueden agrupar en dos polos: por un lado, se pueden tener interpretaciones de tipo hostil, según las cuales el bebé se comporta mal a propósito, como si quisiera hacerle la vida imposible a la madre, generando altos niveles de frustración, falta de control y una actitud muy crítica hacia él (Olhaberry *et al.*, 2013); y, por otro lado, una actitud marcada por la pasividad, conductas de evitación y una escasa responsividad ante sus demandas, que paralizan el circuito de la oxitocina e impiden desarrollar ese lazo afectivo con el bebé (Olhaberry *et al.*, 2013).

Dicho todo lo anterior, cabe introducir que una alteración de esta relación tan fundamental y primitiva se caracteriza por: expresiones por parte de la madre de disgusto o aversión, resentimiento e incluso odio hacia el bebé; pensamientos recurrentes y expresiones explícitas sobre el anhelo de dejar de cuidarlo definitivamente y, por último, deseos de que el recién nacido desaparezca (Brockington *et al.*, 2006).

De este modo, la cristalización de un vínculo que comporte alguna o todas de estas características tiene múltiples consecuencias sobre el desarrollo del infante (Bowlby, 1979). Se ha encontrado que estos bebés tenderán a adoptar modelos operativos internos según los cuales entienden que ellos no son lo suficientemente valiosos, por lo que los demás no están disponibles para ellos cuando los necesitan; se mueven en modelos de relación en los que no prima la confianza, tienen dificultades reconociendo tanto sus

propias emociones como las de los demás, son menos hábiles a la hora de responder a su entorno y pueden experimentar, incluso, un desarrollo cognitivo inferior, todo ello siguiendo el correlato de la que fue su primera historia vincular (Bowlby, 1979). Además, se ha observado que esos problemas relacionados con las emociones pueden persistir incluso pasados los dos años del nacimiento, lo que tendría consecuencias en la configuración de su apego (Forti, 2019). Asimismo, se han observado también efectos desfavorables en niños con edades más avanzadas, como el retraso en el desarrollo de la capacidad de pensamiento y en el lenguaje, en la habilidad para adaptarse a las diferentes situaciones sociales y en las distintas dimensiones del funcionamiento biológico del cerebro, aumentando el riesgo de padecimiento de psicopatologías durante la infancia y la adolescencia (Palacios-Hernández, 2016).

Por último, yendo hacia el peor de los casos, cabe mencionar que en situaciones en la que este vínculo está importantemente dañado y las habilidades y capacidades de la madre están notablemente mermadas, el niño puede estar expuesto a un entorno de violencia y negligencia grave, abuso y maltrato infantil, lo que puede provocar consecuencias graves y duraderas en todas las áreas del funcionamiento del infante, y en los casos más graves, infanticidio seguido de suicidio materno (Palacios-Hernández, 2016).

Discusión

En relación con el objetivo principal del presente trabajo, esto es, profundizar en el conocimiento sobre los principales factores predictores del malestar psicológico en la madre durante el postparto, se han hallado las siguientes relaciones: los tres principales indicadores de malestar son el apoyo social percibido, el estrés percibido y la autoeficacia percibida. El factor determinante de estas variables es la percepción subjetiva de la madre, no tanto la realidad de las mismas (Glynn *et al.*, 2008; Lazarus y Folkman, 1984). De esta manera, un bajo apoyo social percibido, un alto estrés percibido y una baja autoeficacia percibida por parte de la madre durante el postparto, son predictores de la presencia de malestar psicológico (Cobb, 1976; Fachado *et al.*, 2013; Lazarus y Folkman, 1984).

En primer lugar, respecto al apoyo social, se ha observado que percibir un alto grado de apoyo proporcionado por parte de los progenitores y la pareja de la puérpera, así como por mujeres que han atravesado previamente esa etapa es esencial para combatir el malestar (Olhaberry *et al.*, 2013; Schwab-Reese *et al.*, 2017). Por el contrario, tener

encima una red extensa, especialmente si se convive en condiciones socioeconómicas desfavorables, hará que la percepción de apoyo decaiga y el malestar aumente (Olhaberry *et al.*, 2013; Schwab-Reese *et al.*, 2017).

En segundo lugar, respecto al estrés percibido, se ha identificado una amplia gama de estresores entre los que se incluyen la fatiga o la gran responsabilidad que supone cuidar del recién nacido, cuyo impacto sobre la salud psíquica puede maximizarse en presencia de otras variables como el dolor y un escaso apoyo social percibido (Quezada, 2011).

Y, en tercer lugar, respecto a la autoeficacia percibida, se ha encontrado que llegar con una alta percepción de autoeficacia al momento del parto disminuirá tanto la percepción de dolor durante el mismo como la probabilidad de que este se vivencie como un suceso traumático (Larsen *et al.*, 2001). Esto permite que la reciente madre entre con una mayor percepción de autoeficacia en el postparto, lo cual es un factor protector frente al impacto del estrés percibido y a la posibilidad de depresión y trauma, y favorece el establecimiento de un vínculo madre-bebé de mejor calidad (Creedy *et al.*, 2000; Fulton *et al.*, 2012).

Finalmente, en relación con el objetivo de ahondar en el conocimiento del TEPT durante el postparto, conocer la comorbilidad con la depresión postparto y su impacto sobre el vínculo, se concluye lo siguiente: el TEPT es una de las formas más graves de estrés que un ser humano puede padecer, por lo que su sola presencia durante el postparto ya es un claro indicativo de malestar (Montoya y Algaza, 2007). Los factores que contribuyen al desencadenamiento de su sintomatología pueden agruparse en acontecimientos relacionados con el momento del parto y en acontecimientos ajenos a este (Olza, 2007; Rodríguez *et al.*, 2019). A su vez, la presencia de TEPT es un factor de riesgo que quintuplica la probabilidad de padecer depresión postparto, siendo esta otra inmensa fuente de malestar (Loveland *et al.*, 2004). En este escenario, la mayor dificultad es el diagnóstico diferencial entre ambas psicopatologías, que tienden a estar subdiagnosticadas, pues conviven con la tristeza postparto, que es una transición de raíz biológica que causa un sufrimiento considerado normal o esperable (Martínez y Villar, 2020). Además, ambas psicopatologías tienen repercusiones sobre el vínculo madre-bebé, dado que impiden que la madre construya unas representaciones favorables sobre la figura de su hijo (Olhaberry *et al.*, 2013). Esto supone una disminución de la sensibilidad y responsividad, lo cual comporta graves consecuencias en el desarrollo global del infante, pudiendo darse casos de negligencia extrema (Bowlby, 1979; Palacios-Hernández, 2016).

Conclusiones

El presente trabajo, han sido numerosas las veces que ha insistido en la importancia de dar una atención adecuada no solo a la población clínica sino también a la población subclínica o a la población general, siendo parte del cuidado el poder garantizar un buen diagnóstico diferencial si fuera necesario. En concreto, se ha mencionado el Trastorno de Estrés Postraumático, la escasa información disponible sobre él a día de hoy pese al número creciente de afectadas y las innumerables y diversas consecuencias que puede tener a corto y largo plazo.

Pero, ¿y si detrás de los síntomas que manifiestan muchas mujeres, existiera una raíz común de origen social? Pues bien, parte del proceso que facilita el diagnóstico diferencial ya mencionado y un tratamiento personalizado y de calidad, debería ser el plantearse las preguntas adecuadas, no quedarse en la superficie del síntoma, sino ir más allá. Con este objetivo, sería interesante tener en cuenta otras perspectivas y contemplar otras maneras de cuidar que también puedan hacer del postparto una experiencia más agradable. En concreto, a continuación, se va a indagar en la función que desempeña la sociedad en la aparición y el desarrollo de determinadas sintomatologías.

En esta dirección, es bastante común en la actualidad el diagnóstico de Ansiedad Postparto, hasta un 16% de las madres sufren de ansiedad en este período (Soto, 2019). Una parte de esta ansiedad se explicaría mediante las demandas específicas del cambio de vida que supone ser madre, la cual es natural y pasajera en los primeros tiempos de la maternidad (Soto, 2019). Pero, sería interesante analizar el resto de factores, sobre todo los de carácter social, que añaden dureza e intensidad a la experiencia de ansiedad, patologizándola. A día de hoy, por ejemplo, es común que las mujeres tengan que escuchar los juicios de otros acerca de cuándo se debería ser madre, en qué condiciones se debería serlo y sobre cómo debería afrontarse esta decisión (Olza, 2007). Pero, no solo eso, tampoco es raro encontrar casos de mujeres que se han visto presionadas socialmente a ser madres cuando verdaderamente no tenían el deseo de serlo (Soto, 2019). Estos hechos, añaden una preocupación extra e innecesaria sobre las mujeres, teniendo en cuenta que la decisión de aumentar la familia es de por sí un acontecimiento acompañado de mucha reflexión y preocupación (Soto, 2019).

Y, por último, a estas presiones y exigencias se añade la denominada “esclavitud de la culpa” (Soto, 2019). Rendir al máximo en todos los aspectos de su vida, compatibilizar la vida personal y la profesional, ser la mejor mamá, la mejor profesional, la mejor pareja. Todos estos mandatos chocan con el imperativo social de “ser feliz”, lo cual convierte en un sinsentido la angustia vivida por las mujeres que se encuentran en esta difícil situación, y las hace sentir culpables cuando intentan compartirla y ponerle palabras (Soto, 2019).

Por tanto, se observa que lo que termina tomando la forma de un Trastorno de Ansiedad con graves implicaciones tanto para la mujer como para su bebé, pudo comenzar con preocupaciones innecesarias provocadas por mandatos sociales que consciente o inconscientemente se han asumido con el tiempo. De este modo, si se quieren prevenir las dificultades que pueden advenir en el postparto y cuidar íntegramente a las mujeres que lo atraviesan, cabría considerar la necesidad de hacer un autoanálisis como sociedad.

Junto a esto, es de vital importancia tener en cuenta que, en la actualidad, el concepto de paternidad está comenzando a virar desde los modelos más tradicionales en los que el padre era una figura más ausente no solo durante la crianza, sino también en lo que refiere al acompañamiento del embarazo, parto y postparto de la madre; para convertirse, cada vez más, en una figura clave en todos esos procesos, reclamando una relación tan recíproca y mutua como la de la madre (Ramírez y Rodríguez, 2014). El hecho de que esto esté sucediendo y la reciente madre sienta a su pareja involucrada en el proceso, reduce los índices de ansiedad y depresión postparto, y aumenta el sentimiento de control y capacidad (Ramírez y Rodríguez, 2014). Por tanto, es beneficioso para todos en la nueva triada familiar que el papá tenga un papel activo en el cuidado de la gestante y, posteriormente, en la crianza de la nueva criatura (Ramírez y Rodríguez, 2014). Así pues, para fomentar que esto suceda, se recomienda que la pareja acuda junta a todas las revisiones y citas que tengan que ver con el bebé durante el embarazo, que ambos puedan formar parte de las jornadas de educación para la maternidad y que se facilite su presencia y observación durante el parto, no solo para brindar apoyo a la mamá, sino para vivir en primera persona ese momento de transición a la paternidad (Ramírez y Rodríguez, 2014).

Y, para finalizar, se concluye una vez más haciendo hincapié en la necesidad de seguir profundizando en todos los posibles factores predictores de malestar psicológico que puedan hacer sufrir a estas mujeres e intentar solventarlos con las ayudas, apoyos y tratamientos pertinentes, para así facilitarles su caminar por el postparto.

Bibliografía

- Andrade, L., Forestieri, O. Á., y Uranga, A. (2022). Salud integral materna en el cuarto trimestre: seguimiento postparto en el hogar y optimización de recursos disponibles en la comunidad. En L. Andrade, *Salud de la mujer. Enfoque interdisciplinario de su proceso de atención* (pp. 2034-2072). Universidad Nacional de La Plata (UNLP).
- Asociación Americana de Obstetricia y Ginecología (2020). Recovery after childbirth. Obtenido de <https://www.acog.org/patient-resources/faqs/recovery-after-childbirth>
- Asociación Americana de Psiquiatría (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisados: DSM III*. Washington DC: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisados: DSM IV-TR*. Washington DC: Masson.
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., y Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological medicine*, 46(6), 1121-1134.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25(5), 729-735
- Berens, P., Charles, J. L., y Vanessa Barss, A. (2018). Overview of the postpartum period: Physiology, complications, and maternal care. *Up to Date*.
- Bowlby, J., (1979). *Vinculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Brockington, I. F., Fraser, C., y Wilson, D. (2006). The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Archives of women's mental health*, 9, 233-242.
- Cardozo, S. L. y Bernal, M. D. C. (2009). Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado. *Avances en Enfermería*, 27(2), 82-91. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12970>

- Clemente, L. F., y Fernández, I. O. (2018). Revisión sistemática del tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático postparto. *Psicosomàtica y Psiquiatria*, (5).
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. doi:10.1097/00006842-197609000-00003
- Condon, J. T., y Corkindale, C. J. (1998). The assessment of parent-to-infant attachment: Development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(1), 57-76.
- Condon, J. T. y Dunn, D. J. (1988). Nature and determinants of parent-to-infant attachment in the early postnatal period. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 27, 293-299.
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., y Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 27(2), 104–111. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x>
- De Roda, A. B. L., y Fuertes, F. C. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7(1), 53-59.
- De Vicente, A., González, H., Capilla, P., y Santamaría, P. (2019) Estrés postraumático en el período perinatal. En M. F. Rodríguez Muñoz (Coord.), en *Psicología perinatal, Teoría y Práctica* (pp. 101-124). Ediciones Pirámide.
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., y Phillips, L. (2018). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *Journal of affective disorders*, 229, 377-385.
- Dulguérian, M. R. (2012). Experiencia emocional de los padres de niños nacidos prematuros y aspectos psicológicos. *EMC-Pediatría*, 47(3), 1-6.
- Dutan, E. V. H., Álvarez, M. G. C., y Pacheco, A. V. G. (2022). Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto. *Revista Vive*, 5(15), 679-687.
- Fachado, A., Menéndez, M., y González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de Atención Primaria*, 19(2), 118-123.

- Farré-Sender, B., Torres, A., Gelabert, E., Andrés, S., Roca, A., Lasheras, G., ... & Garcia-Esteve, L. (2018). Mother–infant bonding in the postpartum period: Assessment of the impact of pre-delivery factors in a clinical sample. *Archives of women's mental health*, 21, 287-297.
- Fernández, E. (2020). *Duelo Perinatal y Trastorno de Estrés Postraumático en una gestación posterior a una pérdida gestacional* (Tesis Doctoral, Universidad de Málaga).
- Fonagy, P., Campbell, C., y Luyten, P. (2017). Mentalizing. In S. N. Gold (Ed.), *APA handbooks in psychology. APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (pp.373). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000019-019>
- Forti, M. A. (2019). *Diferencias en el desarrollo del vínculo madre-bebé y en el desarrollo de psicopatología en la mujer durante el postparto en partos por cesárea programada versus cesárea con trabajo de parto previo* (Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid).
- Fulton, J. M., Mastergeorge, A. M., Steele, J. S., y Hansen, R. L. (2012). Maternal perceptions of the infant: Relationship to maternal self-efficacy during the first six weeks' postpartum. *Infant Mental Health Journal*, 33(4), 329-338.
- Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C. J., y Sandman, C. A. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27(1), 43–51. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.1.43>
- Halbreich, U., y Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 91(2-3), 97-111.
- Karl, D. J., Beal, J. A., O'Hare, C. M., y Rissmiller, P. N. (2006). Reconceptualizing the nurse's role in the newborn period as an "attacher". *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 31(4), 257–262. <https://doi.org/10.1097/00005721-200607000-00011>
- Kennell, J. H., y Klaus, M. H. (1984). Mother-infant bonding: Weighing the evidence. *Developmental Review*, 4(3), 275-282.

- Larsen, K. E., O'Hara, M. W., Brewer, K. K., y Wenzel, A. (2001). Un estudio prospectivo de las expectativas de autoeficacia y el dolor de parto. *Revista de Psicología Infantil y Reproductiva*, 19(3), 203–214. doi:10.1080/02646830125493
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Llauró, A., y Gomà, M. (2017). Representaciones maternas y observación madre-bebé. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 64, 23-28.
- Loveland Cook, C. A., Flick, L. H., Homan, S. M., Campbell, C., McSweeney, M. y Gallagher, M. E. (2004). Posttraumatic stress disorder in pregnancy: Prevalence, risk factors, and treatment. *Obstetrics and Gynecology*, 103(4), 710-717
- Martínez, C., y Villar, M. (2020). Cómo superar el puerperio y no rendirse en el intento. *Federación de asociaciones de matronas de España (FAME)*. Barcelona.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., y Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud mental*, 25(2), 32-37.
- Medina, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185-193.
- Montoya, J. S., y Alzaga, G. P. (2007). Trastorno de Estrés Postraumático en el embarazo, parto y postparto. *Matronas profesión*, 1, 12-19.
- Navarro, C., Navarrete, L., y Lara, M. A. (2011). Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el postparto. *Salud mental*, 34(1), 37-43.
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., y Howell, E.A. (2013). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Matern Child Health Journal*, 17(4), 616-23. doi: 10.1007/s10995-012-1037-4.
- Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, M. P., Farkas, C., Rojas, G., y Martínez, V. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 31(2), 249-261.

- Olza, I. (2007). El síndrome de estrés postraumático como secuela obstétrica. *Información para profesionales de la atención al parto. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*.
- Olza, I., Fernández Lorenzo, P., González Uriarte, A., Herrero Azorín, F., Carmona Cañabate, S., Gil Sanchez, A., ... y Dip, M. E. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 23-35.
- Ospina, A. M., Muñoz, L., y Ruiz, C. H. (2012). Coping and adaptation process during puerperium. *Colombia médica (Cali, Colombia)*, 43(2), 167–174.
- Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 164-176.
- Pastor, M., Herrera, L., Vásquez, I., Zavala, C. A., y Ramírez, T. A. (2006). Conocimientos y prácticas sobre autocuidado que influyen en la salud de la mujer, durante el embarazo y el puerperio. *Rev Fac Cienc Méd*, 13-18.
- Quezada, L. D. C. (2011). *Relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- Rai, S., Pathak, A., y Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian journal of psychiatry*, 57(Suppl 2), S216.
- Ramírez, H., y Rodríguez, I. (2014). Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paterno-filial. *Revisión bibliográfica. Matronas Prof*, 15(4), e1-e6.
- Rodríguez, M. D. F., Huynh-Nhu, L., Lara, M. A., y Jaffe, A. (2019). Depresión perinatal. En M. F. Rodríguez Muñoz (Coord.), en *Psicología perinatal, Teoría y Práctica* (pp. 25-54). Ediciones Pirámide.
- Sanabria, L. S., Tezpa, D. I., y Ramos, M. F. (2022). Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Acta Médica Grupo Angeles*, 20(2), 173-177.

- Schwab-Reese, L. M., Schafer, E. J., y Ashida, S. (2017). Associations of social support and stress with postpartum maternal mental health symptoms: Main effects, moderation, and mediation. *Women y health*, 57(6), 723-740.
- Selye, H. (1956). What is stress. *Metabolism*, 5(5), 525-530.
- Seng, J. S., Sperlich, M., Low, L. K., Ronis, D. L., Muzik, M., y Liberzon, I. (2013), Historia de abuso infantil, Trastorno de Estrés Postraumático, salud mental postparto y vinculación: un estudio de cohorte prospectivo. *Revista de partería y salud de la mujer*, 58, 57-68. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00237.x>
- Soto, C. (2019) Ansiedad, estrés y fobias durante el embarazo y postparto. En M. F. Rodríguez Muñoz (Coord.), en *Psicología perinatal, Teoría y Práctica* (pp. 55-82). Ediciones Pirámide.
- Van Heumen, M. A., Hollander, M. H., Van Pampus, M. G., Van Dillen, J., y Stramrood, C. A. (2018). Psychosocial predictors of postpartum posttraumatic stress disorder in women with a traumatic childbirth experience. *Frontiers in psychiatry*, 9, 348.
- Villalobo, D. M., Urzola, C. G., Carrasquilla, A. S., y Restrepo, A. M. (2020). Explicación neurobiológica desencadenantes de alteraciones psiquiátricas dependientes de las diferentes etapas hormonales de la mujer. *Revista Neuronum*, 7(1), 250-277. Recuperado de <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/315>