



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

Ruiz Sastre, Paloma; Moreno de Lara, Félix; Mateos Carrasco, Elvira

palomaruizsastre@gmail.com

Psicopatología; salud mental; perinatal; apego

RESUMEN

Los resultados encontrados a partir de una extensa revisión bibliográfica -que incluye la consulta de artículos científicos y manuales de autores clásicos de referencia en este campo-, indican que una de cada cinco mujeres embarazadas presenta alguna alteración psíquica en la etapa perinatal, encontrando los índices más elevados en aquellos trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión.

El padecimiento de algún trastorno mental constituye un factor de riesgo para la construcción de un vínculo saludable madre-bebé, lo cual puede favorecer la aparición de dificultades en el desarrollo psicológico del niño a corto, medio y largo plazo. El objetivo último de este trabajo es proponer la inclusión de programas de prevención y de intervención en salud mental en este periodo de la vida, tanto para el tratamiento del malestar emocional encontrado en las mujeres, como para la prevención de la aparición de alteraciones emocionales y conductuales en sus hijos en el futuro. Se propone un protocolo de intervención psicológica grupal para mujeres embarazadas desde una perspectiva de género.

Dicho programa incluye 12 sesiones de 1 hora y media de duración cada una. El objetivo se centra en favorecer la adaptación de la mujer y la inclusión de un nuevo rol como madre, abordando las dificultades emocionales que puedan aparecer. Se propone la derivación a intervención individual en aquellos casos en los que se aprecie psicopatología de gravedad que precise de un abordaje intensivo.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

INTRODUCCIÓN: EL VÍNCULO AFECTIVO MADRE-HIJO

En comparación con otras especies, los bebés humanos son altamente dependientes y desvalidos (Hrdy, 2009), lo que hace preciso que se les provea de constantes y frecuentes cuidados. Por ello, a lo largo de la evolución, la especie humana ha desarrollado una estrategia de supervivencia que requiere la cooperación entre los adultos para intervenir en el cuidado de los más pequeños (Hrdy, 2009).

La supervivencia física y emocional del bebé depende por completo de aquellos adultos que lo cuiden y le ofrezcan alimento, así como de la posibilidad de ser atendido constantemente y de manera sensible, lo cual puede suponer a veces una empresa difícil y abrumadora para el adulto (Hernández, Fashaw y Evans, 2005).

El estudio del vínculo establecido entre la madre y el hijo tiene sus antecedentes en las publicaciones de mediados del siglo XX procedentes de la Etología. En su trabajo, Konraz Lorenz (1952) describió los fuertes lazos establecidos por parte de las crías de algunas especies de ave con una figura de referencia durante los primeros días de vida. Dicho vínculo era independiente de cualquier sustento alimenticio y parecía estar más relacionado a los cuidados y protección.

Por otra parte, Harlow (1958) realizó sus estudios con monos Rhesus lactantes criados con una madre artificial, señalando la tendencia de los animales a aproximarse a aquellas madres más suaves y cómodas, aun sin proporcionarles alimento, frente a aquellas otras que, aun ofreciéndoles nutrición, eran más frías y poco confortables.

Ya en la segunda mitad del siglo XX, John Bowlby, tomando la influencia de los autores destacados anteriormente, señaló, al describir la naturaleza del apego del bebé con sus padres, que éste tenía raíces etológicas y un valor biológico de supervivencia, incorporando este punto de vista al estudio de las relaciones de los padres con sus hijos durante la etapa perinatal.

Según la *teoría del apego* de Bowlby (1969), existe un mecanismo preprogramado en el recién nacido que activa toda una gama de repertorios conductuales cuyo objetivo es asegurar la proximidad de la figura cuidadora principal y la homeostasis. Según este autor, las primeras experiencias del niño con sus cuidadores primarios configuran *modelos cognitivos diádicos* (de sí mismo en relación con el otro) que permiten mapear, predecir y anticipar, en las relaciones sociales, las respuestas posibles de los otros a las propias conductas. Estos modelos configurarían estilos de vinculación bastante estables durante la vida, que se van ampliando a otras personas y contextos durante el desarrollo.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

Esto concuerda con lo que, unos años después, Emler, Ohana y Dickinson (1990) apoyaran acerca de la función que como agentes socializadores ejercen los padres en la vida de los niños.

De este modo, estas primeras experiencias del niño con sus padres en las que éstos se van configurando como figuras cuidadoras y de regulación de comportamientos y enseñanza de normas, se va extendiendo a otras personas y figuras de autoridad (Jiménez y cols., 2014). Siguiendo esta teoría, entendemos que el modo en que una persona se comporta con otros individuos en el momento actual puede estar influido (y, quizás, seriamente alterado) por las experiencias que tuvo con sus padres durante los años de su niñez y adolescencia (Bowlby, 2014).

Unos años más tarde, Mary Ainsworth (1972) presentó valiosos datos recopilados a partir de sus observaciones en Uganda acerca de las diferencias de la calidad de la interacción madre-hijo y su influencia sobre la formación del apego. Ainsworth diseñó una situación experimental (*Situación del Extraño*) para examinar las conductas de exploración y apego ante la separación y reencuentro con la figura materna. Encontró tres patrones principales de apego (Oliva Delgado, 2004):

- Apego seguro: la madre supone una base segura que permite la exploración del niño. Ante su ausencia, se muestra claramente afectado y su juego disminuye. Se perciben claras muestras de alegría durante la exploración en presencia de su madre y en el reencuentro con ella. El estudio permitió determinar que estas madres habían sido calificadas como sensibles y atentas ante las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando las necesitaban. Este patrón ha sido encontrado en un 65-70% de los niños en distintas investigaciones realizadas.
- Apego inseguro-evitativo: se observan episodios de llanto frecuente, incluso estando en brazos de su madre. Muestras de independencia desde el primer momento, sin utilizar a la madre como base segura. Ante la ausencia de la madre, no se perciben signos de afectación. Ainsworth intuyó dificultades emocionales en estos niños. Parece que estas madres se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño. Los estudios han encontrado que estos niños suponen el 20% del total.
- Apego inseguro-ambivalente: parecían no mostrar conductas diferenciales hacia sus madres. Durante la ausencia de su madre, se mostraban tan preocupados por el paradero de ésta que apenas presentaban conductas exploratorias, pero ante su regreso, se mostraban ambivalentes.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

Parece que estas madres habían procedido de forma inconsistente, mostrándose sensibles y cálidas en algunas ocasiones, pero frías e insensibles en otras. Se ha descrito una prevalencia del 10%.

Algunos autores defienden la utilización del término "apego" para referirse a este tipo especial de relación (Condon y Corkindale, 1998), siguiendo las definiciones clásicas introducidas por Bowlby (1976) quien se refería a la interacción *recíproca* entre la madre y el bebé que promueve la proximidad y el contacto necesarios para proporcionar al niño la base segura que le permita la exploración del mundo, así como el consuelo y protección. Durante el resto de su vida, es probable que una persona muestre el mismo patrón de comportamiento: la base a partir de la cual opera un adulto será probablemente su familia de origen o cualquier otra base que haya creado por sí mismo. Sin embargo, todo aquel que carezca de una base segura, se sentirá desarraigado y con riesgo de sufrir intensos sentimientos de soledad (Bowlby, 2014).

Por lo general, los autores defienden que el apego es un sistema que se dirige hacia el cuidador principal, tanto en su componente cognitivo como afectivo (Walsh, 2010), refiriéndose a la tendencia de la madre al cuidado de su hijo, relacionada con la disponibilidad y cercanía afectiva de ésta para proveer de protección al bebé de modo que garantice su desarrollo óptimo (Van den Bergh y Simons, 2008).

A medida que el conocimiento acerca de los procesos psíquicos que se desarrollan en la mujer durante el periodo perinatal progresa, un número creciente de investigaciones han centrado su interés en la relación entre la madre y el hijo como una variable relevante dentro de la psicología del desarrollo, la psicología de la salud y la psicopatología (Van den Bergh y Simons, 2009). Se entiende que la calidad del vínculo madre-hijo constituye un factor protector del desarrollo psicológico posterior.

La salud mental de los padres es un elemento clave para el desarrollo sano de los hijos (Murray y Cooper, 1996). El desarrollo infantil (emocional, conductual, cognitivo y social) se produce en el contexto de una relación de cuidado donde la madre y el niño forman una unidad (García-Esteve y Valdés, 2017). Cuando la relación entre ambos es adecuada, la interacción entre la madre y el hijo es sensible, receptiva y sintónica (Winicott, 1960). Un vínculo adecuado ayuda a los hijos a aprender a regular la naturaleza de sus propias emociones y conductas (Bowlby, 1951).

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

DIFICULTADES EN EL VÍNCULO MADRE-HIJO

Algunas madres presentan una falta de respuesta emocional (o indiferencia) hacia el recién nacido durante las primeras horas o pocos días después del parto que produce un leve retraso en el establecimiento del vínculo (García-Esteve y Valdés, 2017). Esta situación puede ser una respuesta normal y es más frecuente en partos difíciles o traumáticos. En un porcentaje considerable de casos, estos sentimientos desaparecen en pocas horas, pero si esta situación se prolonga en el tiempo o da lugar a reacciones intensas que puedan poner en riesgo la capacidad de la madre para asegurar el cuidado y protección del bebé, puede verse alterado el proceso de vinculación madre-hijo (Brockington, Aucamp y Fraser, 2006).

Existe una variabilidad considerable ante la situación de escaso vínculo madre-hijo. En algunos casos, la madre expresa no sentir ternura o cariño hacia el bebé y refiere sentimientos de culpa por ello, intentando mostrar el cuidado suficiente, pero de una forma mecánica, no logrando sentir la calidez deseable en estas interacciones y que resultarían de carácter reforzador para la madre (Martín Maldonado-Durán y Brockington, 2011). En los casos más graves –pudiendo estar asociados a depresión materna-, pueden aparecer sentimientos de hostilidad y resentimiento hacia el bebé, con ideas de abandonarlo, lastimarlo o hasta acabar con su vida. Cuando estos sentimientos de enfado son intensos, el trato ofrecido al bebé puede estar carente de ternura, mostrando actos del todo bruscos y sin cariño.

En otras ocasiones, la madre puede sentirse sobrecargada ante su nuevo rol, con una sensación de pérdida de amplias parcelas de su propia vida y sintiéndose atrapada por el recién nacido, deseando que acuda otra persona para cuidarlo (Martín Maldonado-Durán y Brockington, 2011). En estos casos, puede aparecer rechazo total hacia el bebé, sin deseos de verlo ni atenderlo.

Los trastornos del vínculo son un grupo heterogéneo de afecciones clínicas que comparten la presencia de alteraciones en el afecto en referencia al recién nacido. Incluyen, entre otros, ansiedad, irritabilidad, hostilidad, ausencia de sentimientos de afecto, rechazo patológico o impulsos agresivos hacia el bebé. Se han propuesto cuatro tipos de trastornos del vínculo (García-Esteve y Valdés, 2017):

- Retraso, ambivalencia, falta o pérdida de respuesta materna.
- Ansiedad hacia el cuidado del bebé.
- Rabia hacia el bebé, con descontrol verbal, que en los casos más graves puede llevar al descontrol conductual.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

- Rechazo, caracterizado por presentar deseos de que el bebé desaparezca.

Los trastornos del vínculo se presentan en el 7'1% al 8'6% de las madres de la población general (Reck, Klier, Pabst y cols., 2006), siendo más frecuentes entre aquellas madres que sufren algún tipo de psicopatología (García-Esteve y Valdés, 2017). Algunos autores señalaron que hasta un 29% de las mujeres con depresión posparto presentan algunos de estos sentimientos (Klier y Musik, 2000). Queda de manifiesto, pues, que la presencia de un trastorno mental puede condicionar la capacidad materna para establecer un vínculo sano que se acompañe de los cuidados necesarios para el recién nacido y, por lo tanto, obliga a prestar una atención especial al establecimiento del vínculo y su evaluación.

La *teoría del apego*, antes mencionada, explica múltiples formas de trastorno emocional y de alteraciones de la personalidad a partir de las dificultades mostradas en el establecimiento de los vínculos afectivos entre la madre y su hijo (Bowlby, 2014). Entiende que muchas formas de trastornos psiquiátricos pueden atribuirse bien a desviaciones del desarrollo del comportamiento de apego o bien al fracaso de este desarrollo. Dicha teoría señala el papel desempeñado por las experiencias infantiles en la causalidad de los trastornos psiquiátricos (Bowlby, 2014).

A partir de esta conceptualización, se empezó a prestar atención a la interacción dentro de la familia y a la forma concreta en que la madre o padre trataba a un hijo.

Existe una intensa relación causal entre las experiencias de un individuo con sus padres y su posterior capacidad para establecer vínculos afectivos. Si las experiencias tempranas afectivas con los propios padres no vivieron un desarrollo saludable, es probable que puedan aparecer múltiples dificultades en etapas posteriores, con nombres como trastornos de personalidad, trastornos neuróticos o conflictos conyugales o con los propios hijos (Bowlby, 2014). Las principales variables destacadas son: el modo en que los padres proporcionan una *base segura* a los hijos, y la forma en que animan a los hijos a *explorar* a partir de ellos. El grado en que los padres son capaces de reconocer y respetar estos deseos por parte del niño configura en gran medida su comportamiento. De hecho, una de las fuentes más comunes de enfado por parte del niño es la frustración de su deseo de amor y cuidados, y su ansiedad refleja la incertidumbre acerca de la disponibilidad de sus padres (Bowlby, 2014).

En cambio, muchos niños (en algunas sociedades, una tercera parte) crecen con padres que no les proporcionan estas condiciones.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

Algunos patrones típicos de acción parental patógena son la discontinuidad en la asistencia parental, las amenazas de abandono como método de sometimiento o de coacción al otro cónyuge, inducción al niño hacia sentimientos de culpa, desatención ante los comportamientos del hijo destinados a provocar respuestas de cuidado, amenazas como método de control o de agresión (Bowlby, 2014).

Cualquiera de estas experiencias pueden conducir al niño, adolescente o, incluso, adulto a vivir con constantes signos de ansiedad, dando lugar a manifestaciones de apego poco adaptativo. Shore (2003) señaló la importancia de las experiencias durante la infancia temprana para el desarrollo del niño, incluyendo sus reacciones y tendencias emocionales y conductuales, tales como el establecimiento de la relación con los padres y las conductas de apego. Por el contrario, las experiencias de privación materna tienen un efecto negativo en algunas funciones fundamentales, tales como la regulación emocional, el control de los impulsos y la capacidad de afrontamiento del estrés.

En todos aquellos casos en los que la infancia se haya desarrollado con carencia de cuidados y perduren sentimientos de anhelo de amor, será muy probable que aparezcan durante la vida adolescente y adulta mayores complicaciones en las relaciones sociales (Bowlby, 2014). Además, la vivencia de las pérdidas de vínculos significativos podrán ocasionar duelos especialmente difíciles, con sentimientos de autorreproche, irritabilidad o depresión (Parkes, 1972).

Los modelos representacionales que un individuo construye durante su infancia en base a sus experiencias sociales tempranas tienden a permanecer invariables a lo largo de la vida adulta. A partir de dichos modelos, cada individuo percibe y asimila a cada nueva persona con la que establece un vínculo con aquel modelo preexistente, pese a la reiterada evidencia de que tal modelo pueda ser inadecuado (Bowlby, 2014). De manera similar, espera ser considerado y tratado por los demás del modo que resultaría esperable según su modelo y continúa con tales expectativas a pesar de que la realidad le demuestre lo contrario. El individuo se muestra incapaz de percatarse del error que una y otra vez comete ante sus expectativas, interpretaciones y comportamientos mostrados en base al modelo mantenido desde su infancia y que puede estar dando lugar a alguna alteración emocional y/o del comportamiento (Bowlby, 2014).

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

PSICOPATOLOGÍA DE LA MUJER EN EL PERIODO PERINATAL

La Psicología Perinatal es un área reciente de conocimiento que tiene como objetivo la atención, tratamiento e investigación de los trastornos mentales que tienen lugar durante el embarazo, la lactancia y el puerperio. El modelo clínico y terapéutico que se propone incorpora la perspectiva de género promovida y propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la finalidad de informar y sensibilizar a los profesionales de la salud mental en el enfoque de género.

Hasta hace pocos años, la maternidad ha sido considerada una etapa de bienestar psíquico para las mujeres, entendiendo este periodo como factor protector para la salud mental. Lejos de esta idea, los datos encontrados en la literatura científica demuestran hallazgos en la dirección opuesta, es decir, la gestación e inicio de la maternidad constituyen un periodo de *riesgo* para la aparición o agravamiento de algún tipo de psicopatología.

A pesar de que hace más de 2000 años que se describió la existencia de alteraciones mentales en el puerperio, el estudio y el tratamiento de los trastornos psíquicos asociados a esta etapa de la mujer no han alcanzado entre la comunidad científica la importancia que merecen (García-Esteve y Valdés, 2017).

Los trastornos mentales perinatales hacen referencia a los trastornos psicológico/psiquiátricos prevalentes durante el embarazo hasta un año después del parto. Este concepto abarca tanto las enfermedades específicas del posparto como aquellas alteraciones que puedan ocurrir en esta etapa (O'Hara y Wisner, 2014).

Los estudios indican que una de cada cinco mujeres embarazadas presentan alguna alteración psíquica en esta etapa, encontrando los índices más elevados en aquellos trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión.

Algunas investigaciones en nuestro país señalan que un 18'1% presentará un trastorno psiquiátrico, y un 2% de las mujeres cumplirá criterios para más de un diagnóstico psicopatológico (Navarro, García-Esteve, Ascaso, Aguado, Gelabert y Martín-Santos, 2008).

Incluso la patología aparentemente menor, como el trastorno adaptativo, provoca importantes alteraciones del vínculo madre-bebé (García-Esteve, 2017). Además, no sólo es importante valorar la gravedad psicopatológica, sino también la complejidad psicosocial de cada caso.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

Tanto las mujeres que padecen trastornos psiquiátricos previos como aquéllas cuyo sufrimiento psíquico debuta durante el embarazo deben recibir un tratamiento adecuado y eficaz en cada una de las etapas de la gestación, parto y lactancia dirigido a conseguir la estabilidad emocional de la madre y del vínculo materno-filial en los primeros meses.

Por un lado, como decimos, la etapa perinatal es para la madre –y también para el padre– un periodo de vulnerabilidad y estrés. Las exigencias y la necesidad de readaptación de las rutinas a una nueva realidad donde un tercero en extremo necesitado está presente se hacen patentes. Es por ello que la probabilidad de aparición de algún síntoma psicopatológico o trastorno es mayor en este periodo (Martín Maldonado-Durán y Brockington, 2011).

Por otro lado, al igual que el establecimiento de un apego seguro entre el bebé y su cuidador primario es la base fundamental para facilitar un desarrollo óptimo del niño, tal y como hemos visto en el apartado previo, el no alcanzar este tipo de vinculación se constituye como factor de riesgo para la aparición de dificultades en la evolución del niño, incluyendo alteraciones psicológicas, tanto a corto como a medio y largo plazo (Martín Maldonado-Durán y Brockington, 2011). Todo ser humano encontrará en estas primeras etapas las bases de su salud psicológica y emocional y los modelos de relación social con otras personas.

Poniendo en relación ambas cuestiones, es decir, la realidad de que este periodo pone en entredicho la salud mental de ambos progenitores y, por ende, la salud emocional y psíquica presente y futura del bebé, pasamos a describir a continuación la sintomatología que puede aparecer en este periodo y las consecuencias vinculares que podrían acarrear para el recién nacido, constituyendo esto un factor de riesgo de su propia salud mental.

REPERCUSIONES DE LA PSICOPATOLOGÍA MATERNA EN LA VINCULACIÓN MADRE-HIJO Y AFECTACIÓN EN LA SALUD MENTAL DEL NIÑO

Repercusiones de la psicopatología materna en el vínculo madre-bebé

La información disponible acerca de las conductas materna y neonatal, cuya revisión se ha detallado en un apartado anterior, ayuda a comprender las interacciones que se observan desde los primeros momentos de la vida extrauterina. Conocer qué signos son los esperables en las interacciones puede ayudar a identificar aquellas alteraciones

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

conductuales que puedan manifestarse y a diseñar estrategias de intervención que faciliten los procesos saludables en la vinculación de los padres con su bebé que promuevan el óptimo desarrollo de éste.

El estudio acerca de la relevancia de los factores emocionales de la madre en el periodo gestacional y tras el parto ha permitido tomar conciencia y detallar la influencia que el estado psíquico materno tiene en la vinculación de la madre con su hijo y, en consecuencia, el desarrollo psíquico del niño durante su infancia, adolescencia y cuyos efectos perduran hasta la adultez.

Independientemente de las variables sociodemográficas, obstétricas y ambientales, los estados emocionales maternos a lo largo de la gestación y durante los primeros meses de vida del bebé, así como el vínculo prenatal, han demostrado ser relevantes en el desarrollo saludable del bebé (Hernández-Martínez, Voltas, Arija, Bedmar, Jardí y Canals, 2017).

Una considerable cantidad de literatura científica ha permitido detallar cómo el grado de ansiedad materna (Allison, Stafford y Anumba, 2011), el estrés percibido (DiPietro, 2012), la presencia de depresión (Alhusen, Hayat y Sharps, 2012) y otras alteraciones psicopatológicas se relacionan con el grado de vinculación materno-filial y con las prácticas de salud o comportamientos que pueden afectar al embarazo y bienestar del hijo.

Estudios realizados desde la Medicina han demostrado ampliamente los cambios psicobiológicos que sufre el feto relacionados con la influencia del estado psicológico de la madre durante el embarazo. Así, se han hallado resultados que revelan variaciones en el desarrollo del feto durante el embarazo en los patrones de la frecuencia cardíaca, en la actividad motora (DiPietro, 2012) y cambios en la maduración del sistema nervioso central (Kurjak, Stanojevic, Predojevic, Lausin y Salihagic-Kadic, 2012). Además, se ha demostrado que las alteraciones en el desarrollo fetal originadas por los estados de ansiedad de la madre tienen un correlato en el periodo posnatal (Shieh y Kravitz, 2006).

Se conoce con certeza que la depresión en la madre es un factor de riesgo para el feto. Suele asociársela con una elevación en el nivel de cortisol y alteraciones en el funcionamiento hipofisario-suprarrenal y del sistema de endorfinas (Stewart, 2005). Todo ello hace más frecuente la aparición de efectos indeseables en el bebé, tales como una mayor tasa de nacimientos prematuros, menor peso al nacer, menor grado de actividad fetal y menor tono muscular en el neonato (Lattimore y cols., 2005).

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

Por otro lado, el estado psíquico comprometido de la madre durante el periodo perinatal repercute en el desarrollo y estado emocional del bebé y la vinculación madre-hijo, tal como han demostrado estudios previos.

Se ha encontrado que aquellas mujeres que padecen niveles crónicos de estrés psicosocial tienen probabilidades mayores de sufrir ansiedad y/o depresión durante el embarazo y posparto, comprometiendo de esta forma la vinculación afectiva con su hijo y la adquisición de prácticas de salud asociadas al bienestar de la mujer misma y del bebé, tales como abstinencia en el consumo de tóxicos (Sedgmen y cols., 2006; Magee y cols., 2014; Massey y cols., 2015) y el acceso y empleo de recursos de educación y atención perinatal (Lindgren, 2001).

Encontramos en resultados previos una fuerte correlación entre los niveles de ansiedad, estrés y depresión, y la dificultad para el establecimiento de un vínculo afectivo óptimo entre la madre y el bebé, medido en la capacidad para generar empatía hacia el hijo y reconocerlo como un ser diferente de uno mismo (Goecke y cols., 2012).

La afectación que la depresión materna en el periodo posparto causa en la relación vincular entre la madre y el bebé tiene un riesgo de dificultades del 34%, frente al 3% de la población general (García-Esteve, 2017).

Aquellas madres afectadas por un trastorno depresivo tienden al aislamiento y a interactuar menos con su hijo. Esto tiene un impacto negativo en el desarrollo cognitivo, emocional y conductual del bebé. El 30% de las madres con depresión posparto presenta un vínculo alterado (Palacios, Torres, Imaz y cols., 2013). Las madres deprimidas pueden mostrar dificultades en la interacción con su hijo, sentimientos de indiferencia, rechazo u hostilidad, que aumentan el riesgo de desarrollar un vínculo alterado, inseguro o ansioso y una posterior psicopatología en el hijo (Misri y Kendrick, 2008). Además de las propias dificultades en la interacción con su hijo, las madres con síntomas de depresión muestran mayores dificultades para facilitar las interacciones de sus hijos con otras personas y fomentar las exploraciones de los pequeños ante su presencia (Martín Maldonado-Durán y Brockington, 2011).

Puckering (1986) describe que las madres deprimidas son más indecisas respecto a qué hacer con su bebé. Tienen tendencia a no tener largas cadenas de interacciones con él y suelen emplear lenguajes más simples al hablar con el bebé. El niño, ante esta situación, necesita emplear métodos más intensos para lograr respuestas por parte de su madre, pues las interacciones placenteras son fácilmente interrumpidas.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

La depresión posparto, además, interfiere negativamente en el bienestar y en el funcionamiento general como madre (Wallington y Stewart, 2004). Los síntomas depresivos combinados con el cansancio y la carga del cuidado del recién nacido pueden dar lugar a un sobreesfuerzo adaptativo que agudice los síntomas depresivos y comprometa las competencias maternas (Priest y Barnett, 2008).

Las consecuencias que esto acarrea en el bebé han sido demostradas en varias investigaciones previas. Se ha demostrado que presentan más conductas “depresivas” (Vilela Mendes, 2011), con menores manifestaciones de alegría, interactúan menos con el resto de personas y se muestran más irritables, particularmente cuando están con sus madres (Downey y Coyne, 1990). Además, parece que tienen menos capacidad para mostrar sus estados de ánimo y menos sociabilidad con extraños. Estos niños presentan mayor tendencia al llanto prolongado y resistente y buscan en menor medida la interacción con la madre. Asimismo, existen mayores tasas de dificultades para dormir, con despertares nocturnos más frecuentes y dificultad para conciliar el sueño.

Todo este contexto hace que pueda empeorar fácilmente la situación, generándose un círculo vicioso que pueda poner en mayor riesgo la salud mental del niño, ya que las dificultades que ya presentaba la madre deprimida en el cuidado de su hijo se ven ahora empeoradas ante un niño que llora inconsolablemente por largos periodos y que tiene dificultades para dormir, lo que limita además el propio descanso materno, encontrando escasas oportunidades de interacciones satisfactorias y reforzadoras pues éstas son escasamente buscadas (Martín Maldonado-Durán y Brockington, 2011).

En definitiva, la depresión materna tiene un impacto negativo en el desarrollo del niño a corto, medio y largo plazo. Se ha encontrado mayor frecuencia de apego inseguro en los niños (Martín Maldonado-Durán y Brockington, 2011). Asimismo, son más frecuentes los signos de agresividad, irritabilidad, hiperactividad y dificultades de atención en etapas posteriores de la vida.

En aquellos casos en los que la madre sufre un trastorno de ansiedad, numerosos estudios han demostrado la interferencia que ésta ejerce ante la posibilidad de disfrutar de la relación con el bebé, afectando negativamente en la calidad de las interacciones entre ellos (Martín Maldonado-Durán y Brockington, 2011).

Hay evidencia de que la ansiedad excesiva o altos niveles de estrés se pueden asociar con algunas alteraciones en el desarrollo del bebé (Hanson y cols., 2000), dando lugar a modificaciones en el funcionamiento, comportamiento y estado emocional del mismo.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

Puede mostrar mayor tendencia a ser mucho más ansioso (Simon y cols., 2009), así como presentar síntomas de hiperactividad (Van den Bergh y Marcoen, 2004).

Las investigaciones previas plantean evidencias acerca de la alteración sufrida en el vínculo materno-filial en los casos de psicosis puerperal materna (Hornstein, Trautmann-Villalba, Hohm y cols., 2006). En una gran cantidad de casos, la madre no mantiene la capacidad de prestar los cuidados necesarios al recién nacido que garanticen una base sólida que inicie el establecimiento de un apego seguro entre la madre y el bebé y ofrezca las condiciones óptimas para la estabilidad emocional del recién nacido. En estos casos, se hace necesaria la intervención y apoyo directo de la madre en su función materna.

En todos estos casos, las repercusiones en la salud emocional pueden extenderse a lo largo de todo el ciclo vital del bebé, por lo que la intervención precoz en el establecimiento del vínculo afectivo madre-bebé se hace necesario.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La evidencia científica de que los trastornos mentales pueden aparecer o presentar una recurrencia durante la gestación ha llevado a las tres guías internacionales de práctica clínica existentes en salud mental perinatal (la guía británica *NICE*, 2014; la escocesa *SIGN*, 2012; la australiana *Beyondblue*, 2011) a recomendar la evaluación de la salud mental de las mujeres durante la etapa perinatal.

Dada la necesidad de detección precoz e intervención eficaz para la mejora de la salud mental de la mujer gestante en beneficio de la vinculación entre ésta y su hijo como medio preventivo del bienestar emocional del bebé que siente las bases de una salud mental preservada en las etapas posteriores de su vida, y siguiendo las indicaciones de las guías internacionales anteriormente mencionadas, se propone a continuación un programa de intervención.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Todo lo planteado hasta aquí justifica la necesidad oportuna de diseñar e implementar un programa de intervención dirigido a futuros padres y madres que esperan un hijo, o aquéllos que ya tienen a su pequeño recién nacido, con el objetivo de fomentar el conocimiento de dicha población acerca de la importancia de los vínculos afectivos tempranos como garantía de una mejor salud mental futura en los menores, así como un soporte psicológico y apoyo emocional de los padres recientes.

Se plantea una intervención centrada en la promoción de la salud mental de la madre mediante el fortalecimiento de sus recursos con el objetivo último de alcanzar un adecuado establecimiento del vínculo de ella con su hijo que promueva el óptimo desarrollo del pequeño.

A continuación, se presentan los objetivos generales que se pretenden alcanzar:

- Normalizar los sentimientos de ambos padres, validando y legitimando aquellos connotados inicialmente de manera negativa (ambivalencia, temor, incertidumbre...) y considerando tales emociones como frecuentes en la población.
- Contener la ansiedad presentada, facilitando técnicas de autocontrol del estrés.
- Fomentar la expresión libre de los sentimientos.
- Favorecer un espacio de apoyo mutuo y ayuda, facilitando la expresión libre y la escucha.
- Ofrecer información y conocimientos acerca de la importancia de los vínculos tempranos del bebé con sus figuras de apego primarias.
- Informar a la nueva familia de la importancia de las interacciones triádicas entre los padres y el bebé, haciendo hincapié en su impacto protector a largo plazo.
- Acompañar a la pareja en la transición a la paternidad/maternidad y adquisición del nuevo rol como padres, ayudándoles a hacerle frente.

El programa de intervención estará constituido por doce sesiones, de frecuencia semanal y de naturaleza grupal. La duración de cada sesión será de una hora y media. El formato de terapia de grupo pretende ayudar a la mujer a no sentirse tan aislada y culpable, gracias a la escucha y apoyo de otras personas que están atravesando una situación similar.

El número de participantes será de entre 8 y 10, con la invitación a la participación de sus parejas (si las hay).

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

Cada sesión seguirá la siguiente estructura:

- Una primera parte en la que se fomentará la autoexpresión de cada una de las participantes, facilitando la *expresión emocional* y favoreciendo el apoyo mutuo.
- La segunda parte girará en torno a algún contenido *psicoeducativo* relacionado con la salud mental perinatal. El material servirá como punto de partida para que las futuras madres reflexionen sobre su situación actual y puedan hablar sobre cómo están reaccionando ante diferentes situaciones. Los temas a tratar se describen más adelante.
- La tercera parte, incluirá la puesta en práctica de los contenidos educativos tratados, ya sea mediante la aplicación de alguna *técnica* de autocontrol de la ansiedad o la invitación a la *autorreflexión* acerca de los contenidos trabajados.
- La cuarta parte de cada sesión irá dirigida a la prescripción de una *tarea* sencilla para llevar a cabo en casa y que será retomada al inicio de la siguiente sesión.

En la primera sesión grupal, se aplicará una escala de evaluación autoadministrada para obtener una medida pretratamiento. En la última sesión, se aplicará la misma escala para contar con una medida de evaluación post-intervención (anexos). De tal forma, se pretenden evaluar los resultados alcanzados y obtener una medida de la eficacia del programa.

Los contenidos de las sesiones son:

- 1.** Sesión 1: la noticia del embarazo. Se pretende explorar las reacciones (positivas, negativas, ambivalentes) ante la noticia (embarazo buscado/no buscado, deseado/no deseado), así como las respuestas de las personas del entorno.
- 2.** Sesión 2: las reacciones emocionales de los futuros padres en este periodo. *Cómo se imaginan que será su bebé.*
- 3.** Sesión 3: el estrés y la ansiedad durante el embarazo y su influencia en la salud de la madre y el hijo. Cuáles son las situaciones de estrés que atraviesan.
- 4.** Sesión 4: estrategias para el control del estrés: técnicas mindfulness y respiración consciente.
- 5.** Sesión 5: tradiciones familiares. Cómo se preparan las familias para la llegada del bebé y la importancia de las conexiones con la familia, el *apoyo* psicosocial y las necesidades emocionales de la futura madre.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

6. Sesión 6: el “nacimiento de los padres” (transición a la maternidad). Cómo cambia la *identidad* con la incorporación del *rol de padres*. *Adaptación* de la relación *conyugal*: comunicación y satisfacción.

7. Sesión 7: exploración de las emociones. Características de la depresión en el embarazo y el posparto. El terapeuta informa de los síntomas comunes de la depresión y lo califica como problema frecuente en esta etapa de la vida, minimizando la culpabilización de las mujeres.

8. Sesión 8: el momento del parto y los temores y preferencias respecto al mismo (especial atención a los casos con antecedentes de abusos sexuales y estrés postraumático).

9. Sesión 9: la vida emocional del bebé. El desarrollo cognitivo y emocional del niño durante los dos primeros años de vida (incluyendo el llanto del bebé), la necesidad de apego, la sensibilidad ante sus necesidades y su impacto a largo plazo. El *juego*.

10. Sesión 10: aspectos referentes al cuidado directo del bebé: el *sueño* y los problemas comunes del dormir, la *alimentación* del bebé y los beneficios de la lactancia materna en el establecimiento del *vínculo afectivo*. Se exploran las nuevas demandas que habrá sobre la pareja y cómo balancear otras obligaciones con los requerimientos del bebé.

11. Sesión 11: la necesidad de autonomía del bebé y cómo poner límites o contener al pequeño durante los dos primeros años de vida. La necesidad de manifestar compasión y empatía hacia las señales del bebé.

12. Sesión 12: cierre. Exploración del estado emocional general de las participantes. Estrategias para solicitar ayuda. La necesidad de descanso y el autocuidado de los padres.

Las cinco primeras sesiones se refieren al periodo de gestación e intentan ayudar a reflexionar sobre el momento del ciclo vital que atraviesan.

La segunda parte la constituye lo que podríamos denominar una “preparación para la parentalidad”, intentando que la pareja esté lo más preparada posible para hacer frente a los requerimientos, necesidades y conductas del pequeño.

Además de la parte educativa, en la que se pretende ofrecer información valiosa para la preparación de los nuevos padres, así como el entrenamiento de estrategias de control del estrés, el grupo contiene también un componente emocional y grupal.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

Este componente es el que permite poder hablar de las experiencias propias vividas y compartirlas con el resto de participantes que atraviesan una situación similar en cuanto al momento de la vida ("esperar a un hijo"). Son frecuentes, además, los recuerdos de la propia infancia, las emociones contradictorias, el acercamiento a los propios padres...

La experiencia grupal permite el sentimiento de acompañamiento, comprensión mutua y apoyo emocional propios del formato de la terapia en grupo.

POBLACIÓN DE ALTO RIESGO: INTERVENCIÓN INDIVIDUAL EN EL PERIODO PRENATAL Y POSPARTO

Ha quedado patente la aparición no poco frecuente de trastornos mentales específicos durante el periodo prenatal y puerperal y las repercusiones que éstos pueden acarrear en la salud mental de la madre, el hijo y las personas de alrededor. Por ello, resulta conveniente prestar atención a los mismos y diseñar un programa de intervención.

Población diana: Esta intervención está dirigida a familias de alto riesgo:

- Mujeres con trastorno mental grave (trastorno psicótico, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, trastorno límite de la personalidad) o alteración mental de manejo complejo que desea quedarse embarazada o ya lo está.
- Mujeres que durante el periodo de gestación y/o posparto han desarrollado un trastorno mental de gravedad que hace necesaria su atención.
- Madres/parejas que hayan vivido una experiencia traumática durante el parto o posterior a él, con el riesgo de aparición o la existencia ya manifiesta de patología mental (depresión posparto, episodio psicótico tras el parto, estrés postraumático...).

Si se evalúa que existe una situación de riesgo, se deberán tener en cuenta variables como la evolución del puerperio inmediato, la valoración del vínculo emocional de la madre con su bebé y la capacidad que ésta muestra respecto a su autocuidado y cuidado del hijo, así como el apoyo de su pareja y/o familia extensa.

En los casos de población de alto riesgo, será fundamental la flexibilidad terapéutica y adaptar las estrategias a las necesidades individuales, ya que los requerimientos en cada caso serán diferentes. No obstante, se propone instaurar los siguientes procedimientos:

- Consultas para la planificación del embarazo en mujeres con psicopatología grave.
- Plan individualizado de tratamiento durante el embarazo, el parto y el posparto para las mujeres con patología psiquiátrica.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

- Tratamiento de la psicopatología de aparición en el posparto (hasta después de los 12 meses del parto).
- Evaluación y tratamiento de la patología mental secundaria a una pérdida fetal o muerte del neonato.
- Asesoramiento profesional por parte de los especialistas que intervienen con mujeres gestantes afectas de un trastorno mental durante el embarazo, parto y posparto (obstetras, médicos de familia, pediatras, psiquiatras y psicólogos clínicos).

Se propone realizar seguimientos individuales una vez por semana.

Los objetivos pasarán por:

- Evaluar a la mujer, su estado mental y las características de sus dificultades.
- Valorar la representación mental que la madre tiene del niño y su capacidad de satisfacer sus necesidades y empatizar con él.
- Evaluar la relación madre-bebé y la capacidad de la madre para cuidar de su hijo.
- Diseñar un plan de tratamiento individualizado para optimizar la relación entre ambos y garantizar los cuidados.
- Fomentar la búsqueda de ayuda en su entorno, incluyendo red sociofamiliar y recursos asistenciales ofertados.
- Incluir a la pareja u otro familiar en aquellos casos en los que se considere preciso, con el fin de obtener su colaboración e informar de los síntomas y formas adecuadas de ofrecerle ayuda.

En esta estrategia de intervención, la mujer y futura madre participará en formato individual de un seguimiento por parte de una FEA Psicología Clínica y, si lo precisa, de un FEA Psiquiatría en caso de ser necesaria la inclusión de tratamiento psicofarmacológico. El seguimiento tendrá lugar preferiblemente durante el embarazo y tras el nacimiento del bebé, con el objetivo de poder favorecer un adecuado afrontamiento de la situación de gestación y facilitar estrategias apropiadas que fomenten la estabilidad emocional y psicológica de la madre y el establecimiento de un vínculo afectivo saludable entre la madre y el bebé como sustento de una salud mental estable y sana en el desarrollo del hijo.

Se trata de ayudar a las usuarias a pensar y reflexionar sobre el futuro bebé, así como sus propios sentimientos y favorecer la capacidad de búsqueda de ayuda y recursos en su entorno.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

También se pretende favorecer la capacidad de afrontamiento ante situaciones difíciles durante el embarazo o cuando el niño crezca y ejerza una autonomía creciente.

Si bien el tratamiento debe ser individualizado, a continuación se muestran algunos aspectos que han de tenerse en consideración en la intervención de las dificultades emocionales que han sido descritas durante el periodo perinatal y a las que hemos dedicado un apartado previo.

Depresión: Como clínicos, debemos dar lugar a la normalización de los sentimientos mostrados por la mujer gestante, apoyando su validación y legitimación y ofreciendo un espacio de escucha empática y comprensión. Si el clínico percibe sentimientos intensos de tristeza, o señales de sentirse exhausta, abrumada por la responsabilidad futura o presente, excesivamente preocupada... debe preguntar por dichos sentimientos, dando espacio a hablar de los mismos. El clínico también debe explicar a la mujer que durante el embarazo y después del parto pueden aparecer estos y otros sentimientos como la tristeza, el temor, la incertidumbre... Lo que puede facilitar que la mujer exprese sus sentimientos de manera más franca.

Ansiedad: Existe la creencia generalizada de que los trastornos de ansiedad tienen menores complicaciones y que su mejoría depende casi en exclusiva de la persona que los padece, lo que hace más difícil su detección y tratamiento. La intervención pasa por normalizar los síntomas de ansiedad e informar de la cualidad de los mismos, explorando los factores asociados a los mismos y facilitando técnicas que favorezcan su control.

Trastorno obsesivo-compulsivo: En este caso es necesario informar a la paciente de que en realidad no hay peligro de que los pensamientos se transformen en acciones, lo que podría ayudar a calmar su angustia (Piacentini y Langley, 2004), así como normalizar y no juzgar dichos pensamientos. Aunque lo óptimo es la detección temprana, una de las principales barreras para ello es que la mujer no revela sus pensamientos y temores por miedo, culpa y vergüenza. Es por ello que las evaluaciones periódicas podrían incluir algunas preguntas encaminadas a explorar la aparición de dichos síntomas (pensamientos persistentes que la asustan o conductas repetitivas para aliviar su ansiedad).

Trastorno de ansiedad generalizada: En estos casos, es fundamental incluir en el tratamiento el entrenamiento en técnicas de relajación y respiración (Lang, 2004). Además, se puede sugerir incluir un horario determinado del día para centrarse en las preocupaciones, limitándolas a este intervalo temporal con el fin de evitar que se extiendan durante gran parte de la rutina diaria.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

Incluir en las intervenciones estrategias de psicoeducación y normalización de los síntomas padecidos, así como abordar terapéuticamente la tolerancia a la incertidumbre en la vida (Ladouceur y cols., 2000).

Trastorno de estrés postraumático: En la intervención en estos casos, es necesario validar las experiencias que refiera la paciente y manifestar empatía con las mismas. En cuanto a la expresión y reflexión de los sentimientos asociados a las experiencias traumáticas, dependerá del caso individual, ya que podría ser contraproducente en casos de gran sufrimiento, en los que el revivir los acontecimientos traumáticos pueda agravar los síntomas de ansiedad. En estos casos, se prestará una terapia de apoyo y contención emocional. Se hará fundamental ofrecer escucha empática, mostrándose comprensivo. En aquellos casos en los que el parto ha sido complicado y vivido como traumático, es aconsejable facilitar alguna cita tras el nacimiento y estabilización para realizar una valoración psicológica y donde la mujer tenga la oportunidad de exponer sus sentimientos relacionados con el parto, considerando el riesgo de aparición de psicopatología y la necesidad o no de iniciar seguimiento individualizado.

Tocofobia: En los casos de miedo intenso y excesivo al parto, en los que se ven implicadas emociones paralizantes, podría ser conveniente la intervención psicológica. Además, es importante considerar los deseos de la paciente acerca de cómo prefiere que sea el nacimiento del hijo, puesto que podrían aparecer complicaciones psicológicas a medio/largo plazo si éstas no son tenidas en cuenta (Hofberg y Ward, 2003).

Trastorno psicótico: Es fundamental prestar atención a la posibilidad de aparición de sintomatología psicótica y el contenido de la misma, pues influirá de forma decisiva en la existencia o no y el tipo de acercamientos que la madre muestre hacia su hijo. La afectación que el contenido delirante del pensamiento y/o las alteraciones sensoperceptivas acarrear en la capacidad de desempeñar el rol materno ha de ser evaluada. Es imprescindible valorar la capacidad de la madre en cuanto a los cuidados que pueda prestar al bebé. Es necesaria la contención y apoyo social para la mujer en esta situación. Ante la presencia de sintomatología psicótica, la afectación de su capacidad de cuidados puede ser muy grave, lo que dificultará significativamente la atención que pueda prestar al neonato, con las repercusiones que puede tener tanto de manera inmediata como a medio y largo plazo.

Riesgo de infanticidio: El tratamiento debe ser incisivo. Si la mujer presenta claros pensamientos de dañar al bebé, ésta debe ser hospitalizada. En caso de decidirse mantener un tratamiento ambulatorio, la vigilancia y acompañamiento por parte de algún familiar debe ser prolongado y exhaustivo.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

En algunos centros, existe la posibilidad de que la madre acuda a un hospital de día junto a su hijo. La idea es que puedan permanecer en el hospital durante el día y regresar a casa por las noches. En cualquier caso, el objetivo fundamental es preservar el estado físico y emocional del bebé y favorecer las interacciones saludables en la díada madre-hijo. Además, es muy importante involucrar al padre del recién nacido, así como a aquellos familiares que puedan proporcionar un sostén emocional.

En cuanto a las experiencias previas en otras unidades, las tasas de éxito de estas intervenciones (medidas en el número de altas otorgadas junto al bebé) se estiman en un 74% de los casos (Salmon y cols., 2003), medidos por el estado emocional de la madre y su capacidad de mostrar ternura y cuidado al bebé. Sólo en casos de extrema gravedad y riesgo para el menor y la madre, debe optarse por la separación de la díada.

Pica: La intervención ha de pasar por un proceso de psicoeducación de la paciente y su familia, aportando información acerca de los efectos negativos de las sustancias ingeridas.

Hiperemesis gravídica: Dentro de las intervenciones indicadas, además de las puramente médicas, parece que se están encontrando resultados óptimos mediante el empleo de técnicas de relajación como la imaginación guiada.

Pseudociesis: Las intervenciones profesionales requerirán de apoyo psicológico y emocional al recibir la noticia adversa y en el trabajo ulterior acerca de los factores asociados que han podido dar lugar a estos síntomas.

Negación del embarazo: Una vez detectada esta dificultad, se tratará de dilucidar qué llevó a tal negación y cuál es el funcionamiento y dinámica familiar. El objetivo es diseñar una intervención psicológica adaptada a las características del sistema familiar.

Trastorno de somatización: Una vez han concluido los estudios orgánicos y habiendo descartado una enfermedad física, podremos plantear la posibilidad de un trastorno somatomorfo. Es necesario tratar con cautela estos síntomas y no plantear que éstos están siendo fingidos, sino que se trata de sentimientos experimentados realmente por la paciente. Habría que informar a la paciente y familiares acerca de la naturaleza de su dolencia al tiempo que se trata la misma con empatía. El objetivo no debe ser buscar su erradicación, sino aprender a tolerar cierto grado de malestar. Se recomienda programar citas periódicas preestablecidas con el fin de evitar sus visitas hiperfrecuentes.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

BIBLIOGRAFÍA

1. Ascaso-Terrén, C., García-Esteve, Ll., Navarro, P., Aguado, J., Ojuel, J. y Tarragona, M.J. (2003). Prevalencia de la depresión postparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión postparto de Edimburgo. *Medicina Clínica*, 120 (9), 326-329.
2. Ayers, S. y Pickering, A.D. (2005). Womens' expectation and experience of birth. *Psychology and health*, 20(1), 79-92.
3. Bandelow, B., Sojka, F., Broocks, A., Hajak, G., Bleich, S. y Rüther, E. (2006). Panic disorder during pregnancy and postpartum period. *European Psychiatry*, 21, 495-500.
4. Bifulco, A., Moran, P.M., Baines, R., Bunn, A. y Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66, 241-258.
5. Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M. y Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(11), 726-735.
6. Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
7. Brandes, M., Soares, C.N. y Cohen, L.S. (2004). Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. *Archives of womens mental health*, 7, 99-110.
8. 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.
9. Bydlowski, M. y Raoul-Duval, A. (1978). Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité: la névrose traumatique post-obstétricale. *Perspectives psychiatriques*, 4, 321-328.
10. Chaudron, L.H. y Pies, R.W. (2003). The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder. A review. *Journal of clinical psychiatry*, 64(11), 1284-1292.
11. Chen, Y.H., Lin, H.C. y Lee, H.C. (2010). Pregnancy outcomes among women with panic disorder. Do panic attacks during pregnancy matter? *Journal of Affective Disorders*, 120, 258-262.
12. Condon, J.T. y Corkindale, C.J. (1998). The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument. *J. Reprod. Infant Psychol.*, 16, 57-76.
13. Del Giudice, M. (2007). The evolutionary biology of cryptic pregnancy: a reappraisal of the "denied pregnancy" phenomenon. *Medical hypothesis*, 68, 250-258.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

14. Downey, G. Y Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents. An integrative review. *Psychological bulletin*, 108, 50-76.
15. Dennis, C.L.E. (2004). Treatment of postpartum depression: a critical review of nonbiological interventions. *Journal of clinical psychiatry*, 65, 1252-1265.
16. Dragonas, T. y Christodolou, G.N. (1998). Antenatal care. *Clinical Psychology Review*, 18, 127-142.
17. Euler, O., Kir Sahin, F., Murat Emul, H., Omer Ozbulut, O., Gecici, O., Uguz, F., Gezginic, K., Esra Zeytinc, I., Karatay, S. y Rustem, A, (2008). The prevalence of panic disorder in pregnant women Durand the tirad trimestre of pregnancy. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 154-158.
18. Fairbrother, N. y Abramowitz, J.S. (2007). New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behaviour research and therapy*, 45, 2155-2163.
19. García-Esteve, Ll. (2017). Depresión y psicosis puerperal: necesitamos dispositivos específicos. Conferencia de la VI Jornada de Salud Mental Perinatal (Barcelona). *Revista de Psicopatología en Psiquiatría*, 1 (1), 81-100.
20. García-Esteve, Ll. y Valdés, M. (2017). *Manual de Psiquiatría Perinatal. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
21. Hanson, D., Lou, H.C. y Olsen, J. (2000). Serious life events and congenital malformations. A nacional study with complete follow up. *Lancet*, 356, 875-880.
22. Heimstad, R., Dahloe, R. y cols. (2006). Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta obstetrica gynecológica* 85(4), 435-440.
23. Hernández-Martínez, C., Voltas, N., Arija, V., Bedmar, C., Jardí, C. y Canals, J. (2017). El rol de los estados emocionales maternos y del vínculo materno-filial en la regulación de los niveles basales de cortisol del bebé. Conferencia de la VI Jornada de Salud Mental Perinatal (Barcelona). *Revista de Psicopatología en Psiquiatría*, 1(1), 81-100.
24. Hernández, J.A., Fashaw, L. y Evans, R. (2005). Adaptation to extrauterine life and Management Turing normal and abnormal transition. *Assessment and careo f the well newborn*. San Luis, Missouri: Saunders Elsevier.
25. Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J. y Glover, V. (2004). The ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depresión trough pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), 65-73.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

26. Heron, J. y cols. (2005). Postnatal euphoria: are "the highs" an indicador of bipolarity? *Bipolar disorders*, 7, 103-110.
27. Hofberg, K. y Ward, M.R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate medical Journal*, 79, 505-510.
28. Hrdy, S.B. (2009). *Mothers and others. The evolutionary origins of mutual understanding*. Cambridge: The MIT Press, 9-32.
29. Kessler, R.C. y Wittchen, H.U. (2002). Patterns and correlates of generalizad anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(8), 4-10.
30. Klier, C.M. y Muzik, M. (2000). Mother-infant bonding disorders and the use of parental bonding questionnaire in clinical practice. *Gynecology*, 107, 1210-1217.
31. Ladouceur, R. y cols. (2000). Efficacy of a cognitive behavioral treatment of generalizad anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 68, 957-964.
32. LaFrance, W.C. (2009). Somatoform disorders. *Seminars in neurology*, 29, 234-346.
33. LaLattimore, K.A. y cols. (2005). Selective serotonin reuptake inhibitor use Turing pregnancy and effects on the fetus and newborn. a meta-analysis. *Journal of perinatology*, 25, 595-604.
34. Lang, A.G. (2004). Treating generalizad anxiety disorder with cognitive-behavioral therapy. *Journal of clinical psychiatry*, 65(13), 14-19.
35. Loh, K.Y. y Sivalingam, N. (2005). Understanding hyperemesis gravidarum. *Medical Journal of malaysia*, 60(3), 394-400.
36. López, L.B., Ortega Soler, C.R. y Martín de Portela, M.L. (2004). La pica durante el embarazo: un trastorno frecuentemente subestimado. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 54(1), 17-24.
37. Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuropsiquiatría*, 80(1).
38. Maldonado-Durán, M. y Lartigue, T. (2008). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Human*, 22, 100-110.
39. March, D. y Yonkers, K.A. (2001). Panic disorder. En K. Yonkers, B.B. Little, eds. 2001. *Management of psychiatric disorders in pregnancy*. Londres: Arnold Publisher, 134-148.
40. Marcé, L.V. (1858). *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*. París: Baillière.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

41. Marleau, J.D. y cols. (1995). Homicide d'enfant commis par la mère. *Canadian Journal of psychiatry*, 40, 142-149.
42. Martín Maldonado-Durán, J. y Brockington (2011). *La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
43. Martínez-Bueno, C., García-Esteve, Ll., Carrascón, A., Almirall, R., Parramón, G., Zaragoza, A., Vall, C., Sardá, E. y Vela, E. (2017). Creamos red en Salud Mental Perinatal. Conferencia de la VI Jornada de Salud Mental Perinatal (Barcelona). *Revista de Psicopatología en Psiquiatría*, 1 (1), 81-100.
44. Meshberg-Cohen, S. y Svikis, D. (2007). Panic disorder, trait anxiety and alcohol use in pregnant and nonpregnant women. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 504-510.
45. Miller, L.J. (1991). Clinical strategies for the use of psychotropic drugs Turing pregnancy. *Psychological Medicine*, 9, 275-298.
46. Murray, L. y Cooper, P.J. (1996). The impact of postpartum depresión on child development. *Int. Rev. Psychiatry*, 8, 55-63.
47. Navarro, P., García-Esteve, Ll., Ascaso, C., Aguado, J., Gelabert, E. y Martín-Santos, R. (2008). Non-psychotic psychiatric disorders alter childbirth: prevalence and comorbidity in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 109 (1-2), 171-176.
48. O'Hara, M.W. y Wisner, K.L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best practice and research clinical obstetrics*, 28(1), 3-12.
49. Olde, E. y cols. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical psychology review*, 26, 1-16.
50. Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
51. Oren, D. (2002). An open trial of morning Light therapy for treatment of antepartum depresión. *American Journal of Psychiatry*, 159, 666-669.
52. Ouj, U. (2009). Pseudocyesis in a rural southeast nigerian community. *Journal of obstetrical and gynecological research*, 36(6), 660-665.
53. Piacentini, J. y Langley, A.K. (2004). Cognitive-Behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical psychology*, 60, 1181-1194.
54. Ramaccioti, D., Borri, C., Banti, S., Camilleri, V., Montagnani, M.S., Rambelli, C., Cortopassi, S. y Mauri, M. (2009). Depression Turing pregnancy and post-partum. *Quaderni italiani di Psichiatra*, 28(1), 15-26.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

55. Rambelli, C., Montagnani, M.S., Oppo, A., Banti, S., Borri, c., Cortopassi, C., Ramaccioni, D., Camilleri, V., Mula, M., Cassano, G.B., y Mauri, M. (2010). Panic disorder as a risk factor for post-traumatic depresión. Results from the perinatal depresión research and screening unit study. *Journal of affective disorders*, 122, 139-143.
56. Reck, C., Klier, M, Pabst, K. y cols. (2006). The german versiono f the postpartum bonding instrument. *Arch. Of womens ment Health*, 9(5), 265-271.
57. Robertson, L. y Lyons, A. (2003). Living with puerperal psicosis: a qualitative análisis. *Psychology and psychotherapy. Theory, research and practice*, 76, 411-431.
58. Rodríguez-Muñoz, M.F., Le, L.H., Soto, C., Olivares, M.E. e Izquierdo, N. (2017). Proyecto mamás y bebés – España. Un estudio piloto para prevenir la depresión posparto. Creamos red en Salud Mental Perinatal. Conferencia de la VI Jornada de Salud Mental Perinatal (Barcelona). *Revista de Psicósomática en Psiquiatría*, 1 (1), 81-100.
59. Shore, A.N. (2003). Zur Neurobiologie der Bindung zwischen Mutter und Kind. *En Keller, ed. 2003. Handuch der Kleinkindforschung*. Berna: Hans Huber Verlag, 49-80.
60. Simon, E. y cols. (2009). Risk factors occurring Turing pregnancy and Barth in relation to brain functioning and child anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 23, 1024-1030.
61. Sit, D., Rothschild, A.J. y Wisner, K.L. (2006). A review of postpartum psicosis. *Journal of women Health*, 15, 352-368.
62. Spinelli, M. (2009). Postpartum psicosis: detection of risk and Management. *American Journal of psychiatry*, 166, 405-408.
63. Stewart, D. (2005). Depression Turing pregnancy. *Canadian Family Physician*, 51, 1061-1063.
64. Sutter-Dallay, A.L., Giaconne-Marcésche, V. y Glatigny-Dallay, E. y cols. (2004). Women with anxiety disorders Turing pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective study of the MATQUID cohorte. *European Psychiatric*, 19, 459-463.
65. Valdimarstdottir, U., Hultman, C.M., Harlow, B. y cols. (2009). Psychotic illness in first-time Mathers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study. *Public library of science medicine*, 6(2).
66. Vilela Mendes, A. (2011). Mothers with depression, school-age children with depression? A systematic review. *Perspectives in psychiatric care*, 48(3), 138-148.

ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

67. Wenzel, A., Haugen, E.N., Jackson, L.C. y cols. (2003). Prevalence of generalizad anxiety at eight weeks postpartum. *Archives of womens mental Elath*, 6, 43-49.
68. Wisner, K.L., Perel, J.M., Peindl, K.S., Hanusa, B.H., Piontek, C.M. y Findling, R.L. (2004). Prevention of postpartum depresión. A pilot randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1290-1292.