

Curso online

Psiquiatría perinatal

Aplicaciones para la atención psiquiátrica en la gestación, parto y puerperio



**Dirigido por
Ibone Olza**

inscripciones abiertas
saludmentalperinatal.es



Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal



Parto traumático y TEPT posparto.

IBONE OLZA



Medicalización del nacimiento

- Dos lecturas sugeridas.





Parto como evento neurohormonal

Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care



Sarah J. Buckley
January 2015

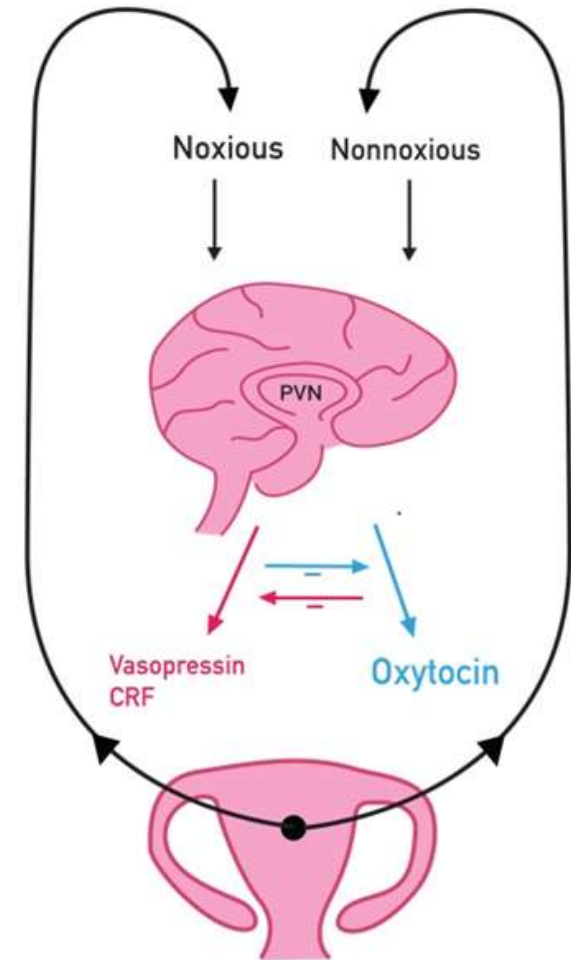
<http://transform.childbirthconnection.org/reports/physiology/>

© Ibone Olza



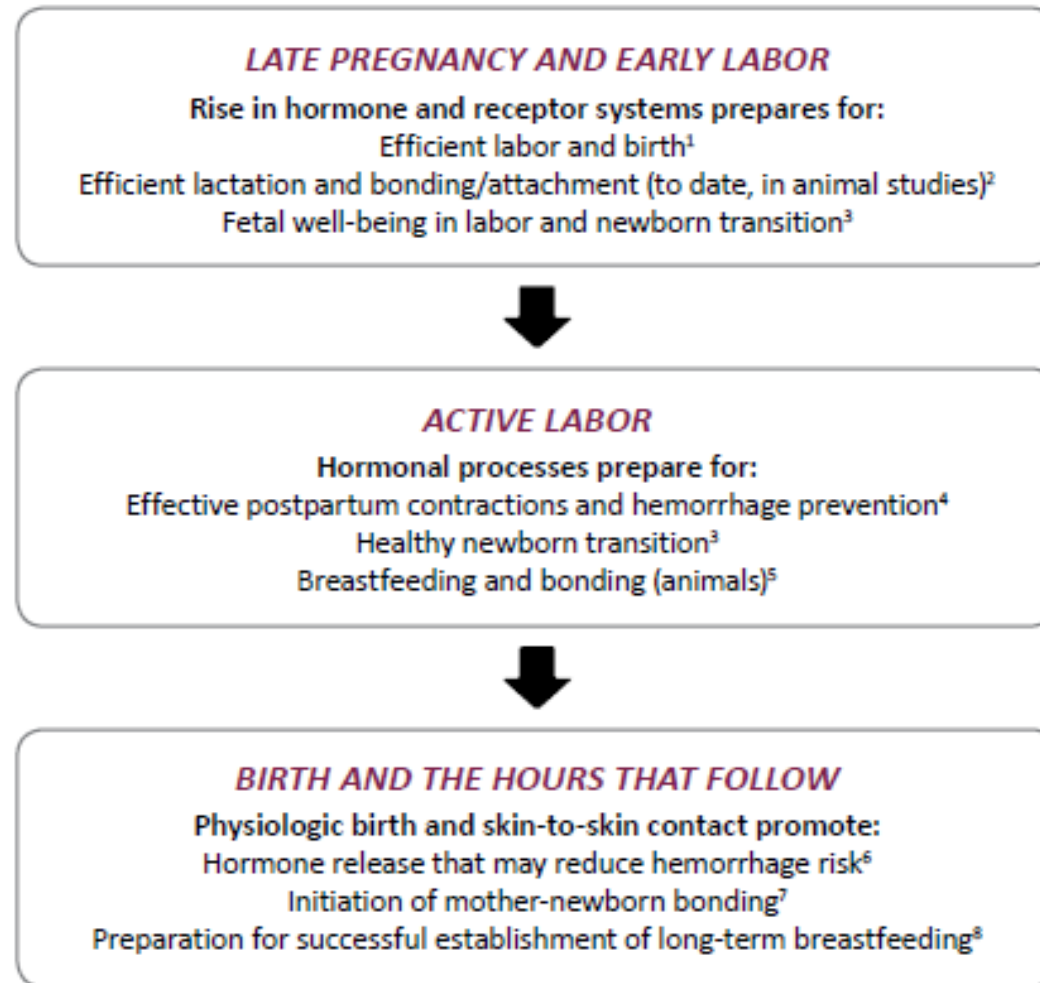
Oxitocina en el parto

- Liberación pulsátil durante el parto
- Aumenta frecuencia, 3 pulsos cada 10 minutos.
- Reflejo Ferguson
- Facilitada por parasimpático: contracciones con más flujo sanguíneo
- Inhibida por sistema simpático: contracciones prolongadas y con menos flujo
- EFECTO AMBIENTE





Cascada hormonal



Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care (2015) by Dr. Sarah J. Buckley

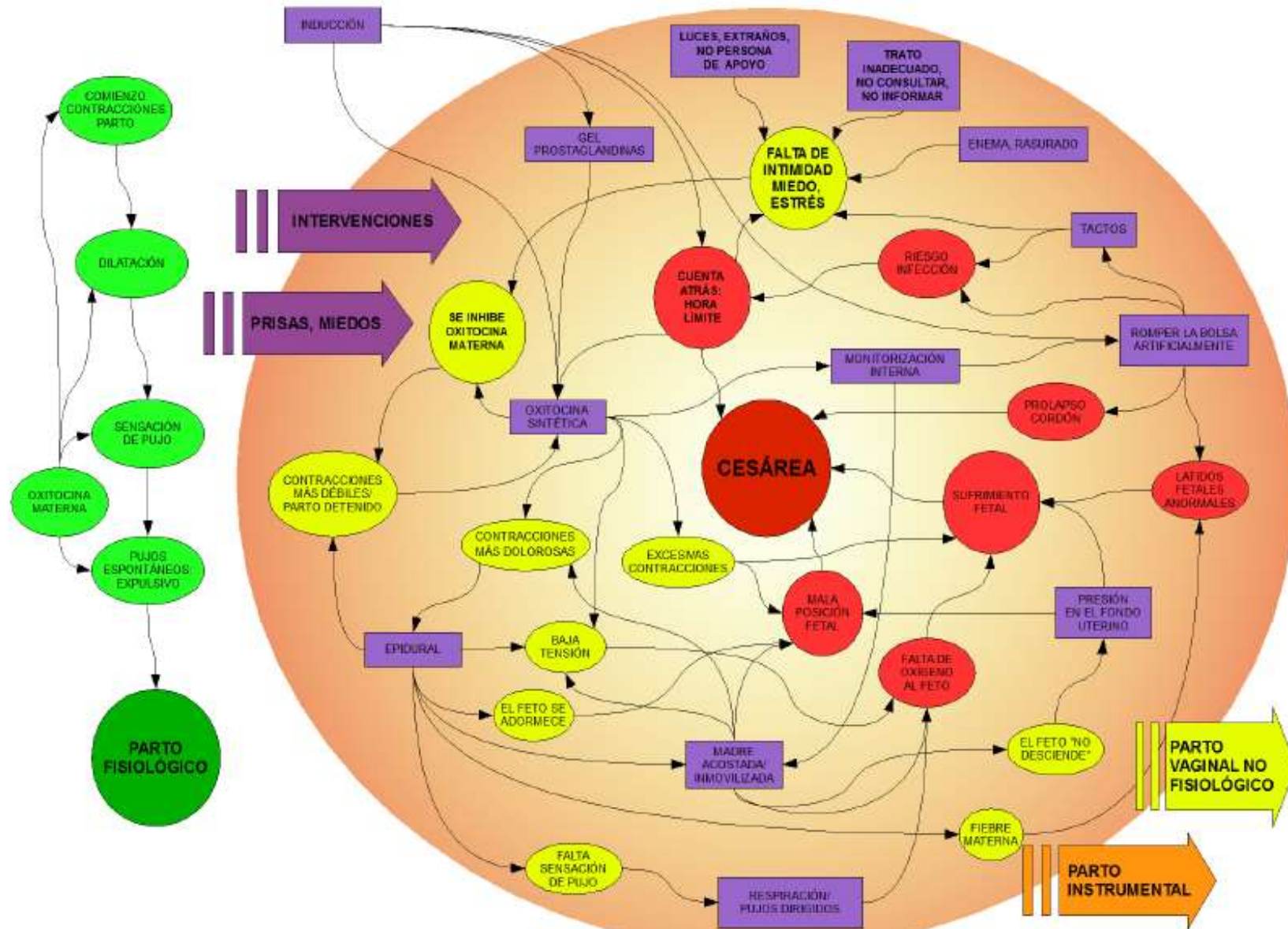


FISIOLOGIA DEL PARTO NORMAL

- Diada madre bebe = regulación mutua.
- **Cualquier cambio en uno afecta al otro**
- FISIOLOGIA: receptores de oxitocina, noradrenalina...cascada hormonal fisiológica interviene parto, lactancia y vinculo
- **Cascada de intervenciones:** una alteración llega a la siguiente, amplifica el efecto, cada vez altera mas, riesgos añadida.
- Por ejemplo: la epidural disminuye liberación oxitocina materna, aumenta indicación de oxt sintética, lo que a su vez satura los receptores, aumenta riesgo de hemorragia materna.
- <http://transform.childbirthconnection.org/reports/physiology/>



Cascada intervencionista. Marta García Sánchez





IMPORTANCIA DEL ENTORNO Y AMBIENTE

www.arquitecturadematernidades.com



© Ibone Olza





Ambiente de poco estrés

- Atmósfera relajada, tranquila, con apoyo emocional favorece parto
- **Apoyo emocional continuo** disminuye la necesidad de medicación para el dolor y minimiza la interrupción hormonal de la anestesia epidural
- **Menos estrés, mayor riego sanguíneo al útero**, bienestar fetal, especialmente en bebés vulnerables
- Bajo estrés tras el nacimiento, contacto ininterrumpido, favorece lactancia, vínculo, aumento de niveles de oxitocina, previene hemorragia
- <http://transform.childbirthconnection.org/reports/physiology/>



Parto intervenido

PRIMERA INTERVENCIÓN: ESTRÉS

- El estrés en el parto produce efectos adversos como parto prolongado e hipoxia fetal.
- Por eso se recomienda ante parto detenido, o hipoxia, disminuir el estrés materno lo primero, lo que puede hacer que otras intervenciones no sean necesarias



Si parto o cesárea programado: potenciar fisiología

- Programar parto o cesárea lo más cerca del inicio espontáneo
 - Empezar con lo menos invasivo para intentar potenciar la fisiología
 - Ejemplo: inducir en casa
 - Empezar con las dosis menores
 - Mantener ambiente de poco estrés en parto
-
- <http://transform.childbirthconnection.org/reports/physiology/>

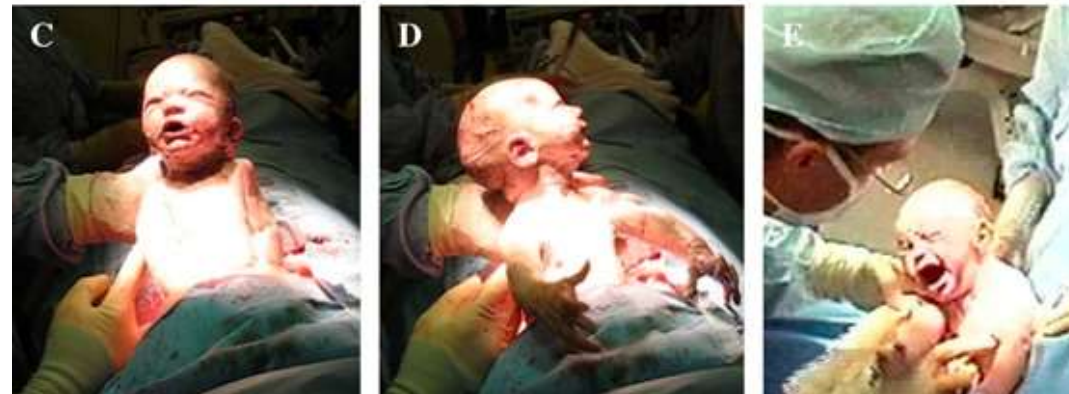


Si parto o cesárea programado: potenciar fisiología

- Favorecer contacto piel con piel inmediato y masaje
- Para optimizar niveles de oxitocina: lactancia y potenciar vínculo y así disminuir riesgo de hemorragia maternal
- Riesgo efecto manipulaciones perinatales a largo plazo: prudencia ¡efectos desconocidos!
- <http://transform.childbirthconnection.org/reports/physiology/>



Cesárea fisiológica



<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2613254/>



Cesárea fisiológica

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2613254/>





Cesárea fisiológica

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2613254/>





Contacto piel con piel precoz y mantenido=
¡mínimo dos horas!





¿Que entendemos por intervención en el parto?

- Traslado
- Tacto vaginal y o separación membranas
- Monitor interno/externo
- Rotura bolsa
- Enema
- Rasurado
- Acostarse
- Limitación movimiento
- Restriccion ingesta liquidos o solidos



- Via i.v
- Gotero
- Oxitocina
- Cambio ropa
- Ambiente desconocido
- Otras medicaciones
- Comentarios que dan miedo
- Ventosa y Fórceps
- Pujos dirigidos





- Episiotomía
- Cesárea
- Kristeller
- Separación

Al recién nacido:

- Separación
- exposición intrauterina a antibióticos, oxitocina, anestésicos
- Corte prematuro de cordón
- Al nacer, retirada del hábitat
- Intervenciones recién nacido





PARTO INTERVENIDO

=

ALTERACION CASCADA NEUROHORMONAL DEL PARTO
CON O SIN CAUSA MEDICA



CONSECUENCIAS DE LAS INTERVENCIONES EN EL PARTO

1. Intervenciones necesarias versus intervenciones innecesarias
2. Trauma físico + Trauma psíquico
3. Efecto Madre + Efecto bebé
4. Efecto díada + Efecto lactancia
5. Efecto a corto plazo /efectos a largo plazo

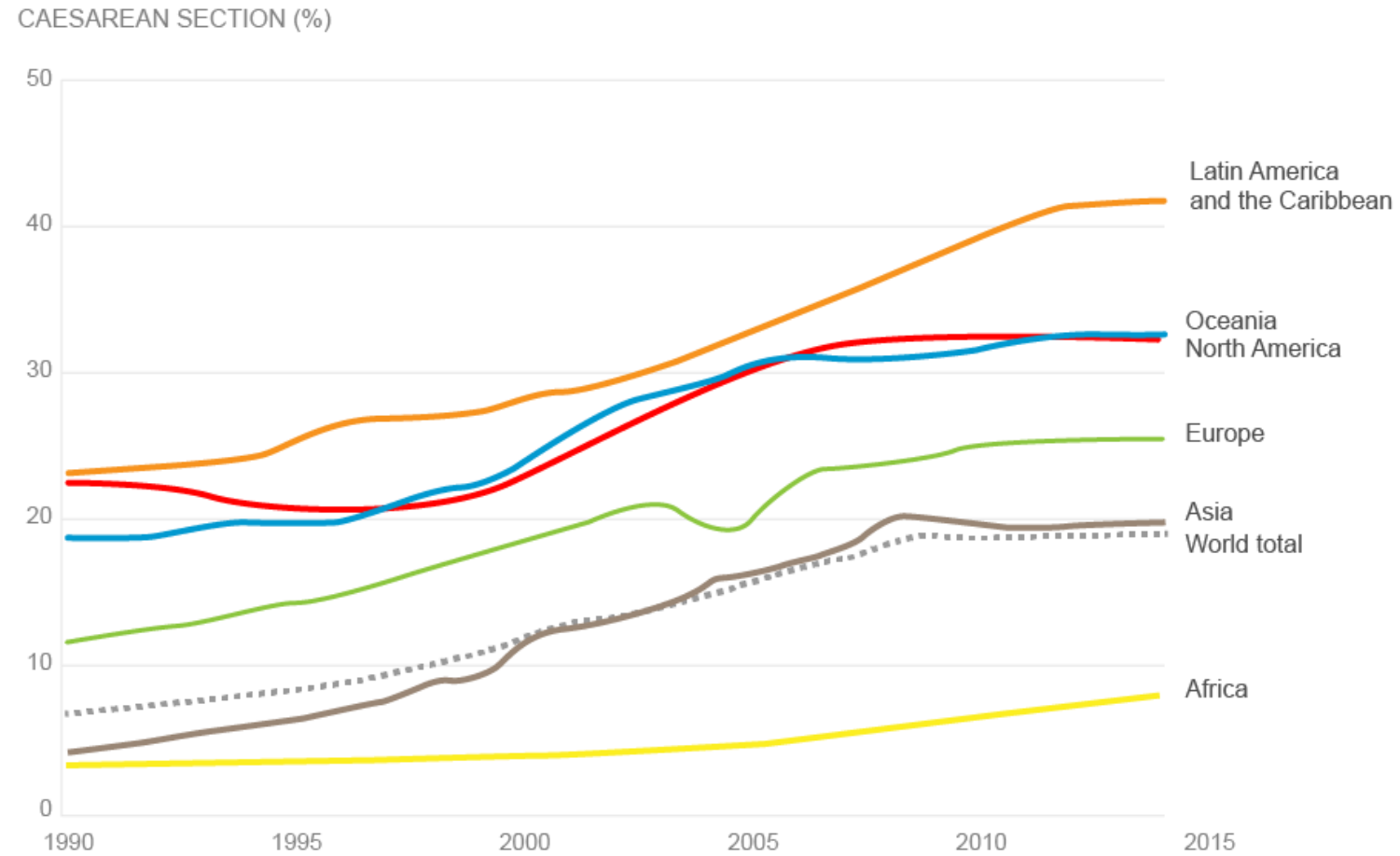


1. Intervenciones necesarias

- Dificultad de dilucidar según que indicaciones
- Estrés en embarazo causa patología obstétrica
- Miedo en parto complica parto
- EJEMPLO: QUE DICE LA OMS SOBRE LAS CESAREAS



CS trends worldwide since 1990





THE LANCET, AUGUST 24, 1985

World Health Organisation

APPROPRIATE TECHNOLOGY FOR BIRTH

Countries with some of the lowest perinatal mortality rates in the world have caesarean section rates of less than 10%. There is no justification for any region to have a rate higher than 10–15%.

There is no evidence that caesarean section is required after a previous caesarean section birth. Vaginal deliveries after a caesarean should normally be encouraged wherever emergency surgical intervention is available.



Optimising caesarean section use 2



Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children

Jane Sandall, Rachel M Tribe, Lisa Avery, Glen Mola, Gerard HA Visser, Caroline SE Homer, Deena Gibbons, Niamh M Kelly, Holly Powell Kennedy, Hussein Kidanto, Paul Taylor, Marleen Temmerman

A caesarean section (CS) can be a life-saving intervention when medically indicated, but this procedure can also lead to short-term and long-term health effects for women and children. Given the increasing use of CS, particularly without medical indication, an increased understanding of its health effects on women and children has become crucial, which we discuss in this Series paper. The prevalence of maternal mortality and maternal morbidity is higher after CS than after vaginal birth. CS is associated with an increased risk of uterine rupture, abnormal placentation, ectopic pregnancy, stillbirth, and preterm birth, and these risks increase in a dose-response manner. There is emerging evidence that babies born by CS have different hormonal, physical, bacterial, and medical exposures, and that these exposures can subtly alter neonatal physiology. Short-term risks of CS include altered immune development, an increased likelihood of allergy, atopy, and asthma, and reduced intestinal gut microbiome diversity. The persistence of these risks into later life is less well investigated, although an association between CS use and greater incidence of late childhood obesity and asthma are frequently reported. There are few studies that focus on the effects of CS on cognitive and educational outcomes. Understanding potential mechanisms that link CS with childhood outcomes, such as the role of the developing neonatal microbiome, has potential to inform novel strategies and research for optimising CS use and promote optimal physiological processes and development.

Lancet 2018; 392: 1349–57

This is the second in a Series of three papers on optimising caesarean section use

See Editorial page 1279

See Comment pages 1286, 1288, and 1290

Department of Women and Children's Health, School of Life Course Sciences, Faculty of Life Sciences and Medicine, St Thomas' Hospital Campus (Prof J Sandall PhD; Prof R M Tribe PhD, N M Kelly BSc, P Taylor PhD) and Peter Gorer Department of Immunobiology, School of Immunology and Microbial



ROBSON CLASSIFICATION

Implementation Manual





WHO
recommendations
**non-clinical
interventions
to reduce
unnecessary
caesarean
sections**



World Health
Organization



1. Intervenciones necesarias

- El problema está en la mirada de quien atiende el parto. No es lo mismo esperar, atender, acompañar que controlar.
- El miedo del profesional puede alterar el parto. Igualmente las complicaciones obstétricas son reales y a veces catastróficas.
- Cada una de estas intervenciones: ¿cómo afecta a las fases psicológicas?
- Recordemos las fases: nido, subida de energía, dubitativa, ritmicidad, final dilatación, espera, reflejo eyección fetal, mas sensación muerte inminente, nacimiento y/o éxtasis, extrañamiento...
- Recordemos **necesidades**



EFECTO DEL MIEDO EN EL PARITORIO

- PARTURIENTES
PARTO SE DETIENE
- ACOMPAÑANTES
INTERFIERE



MIEDO

Miedo es contagioso



CONSECUENCIAS DE LAS INTERVENCIONES EN EL PARTO

1. Intervenciones necesarias versus intervenciones innecesarias
2. Trauma físico + Trauma psíquico
3. Efecto Madre + Efecto bebé
4. Efecto díada + Efecto lactancia
5. Efecto a corto plazo /efectos a largo plazo



¿Cómo afectan las intervenciones a la vivencia del parto?

- Choque entre expectativas, necesidades y lo que se encuentra...
- Cultura

- **TRAUMA**
- **PERDIDA**
- **DUELO**



¿Cómo afectan las intervenciones a la vivencia del parto?

- Choque entre expectativas, necesidades y lo que se encuentra...
- Cultura

- **TRAUMA**
- **PERDIDA**
- **DUELO**



Trauma Físico

- Ana Alvarez Errecalde,
“Cesárea”, Ob Stare

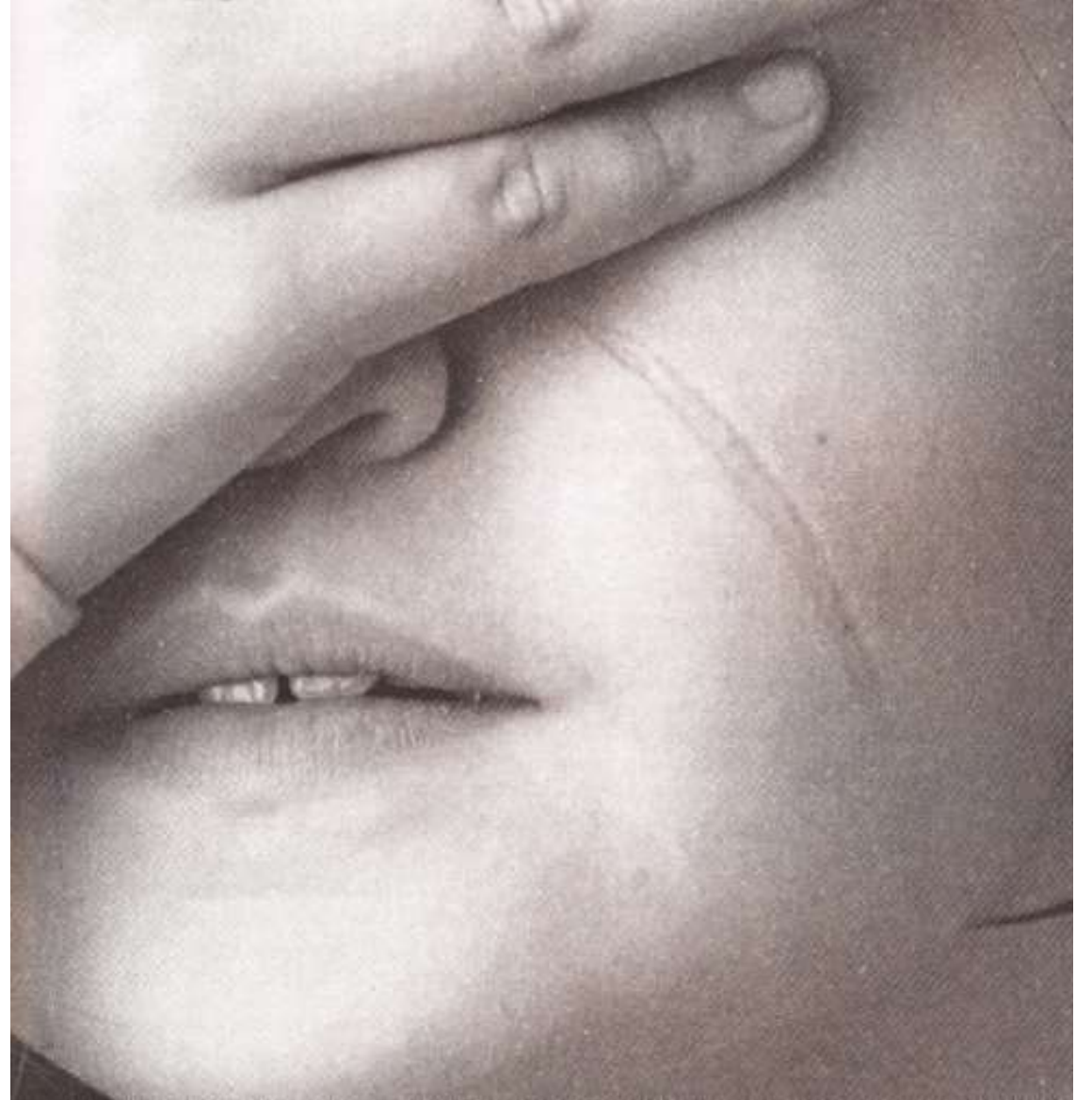


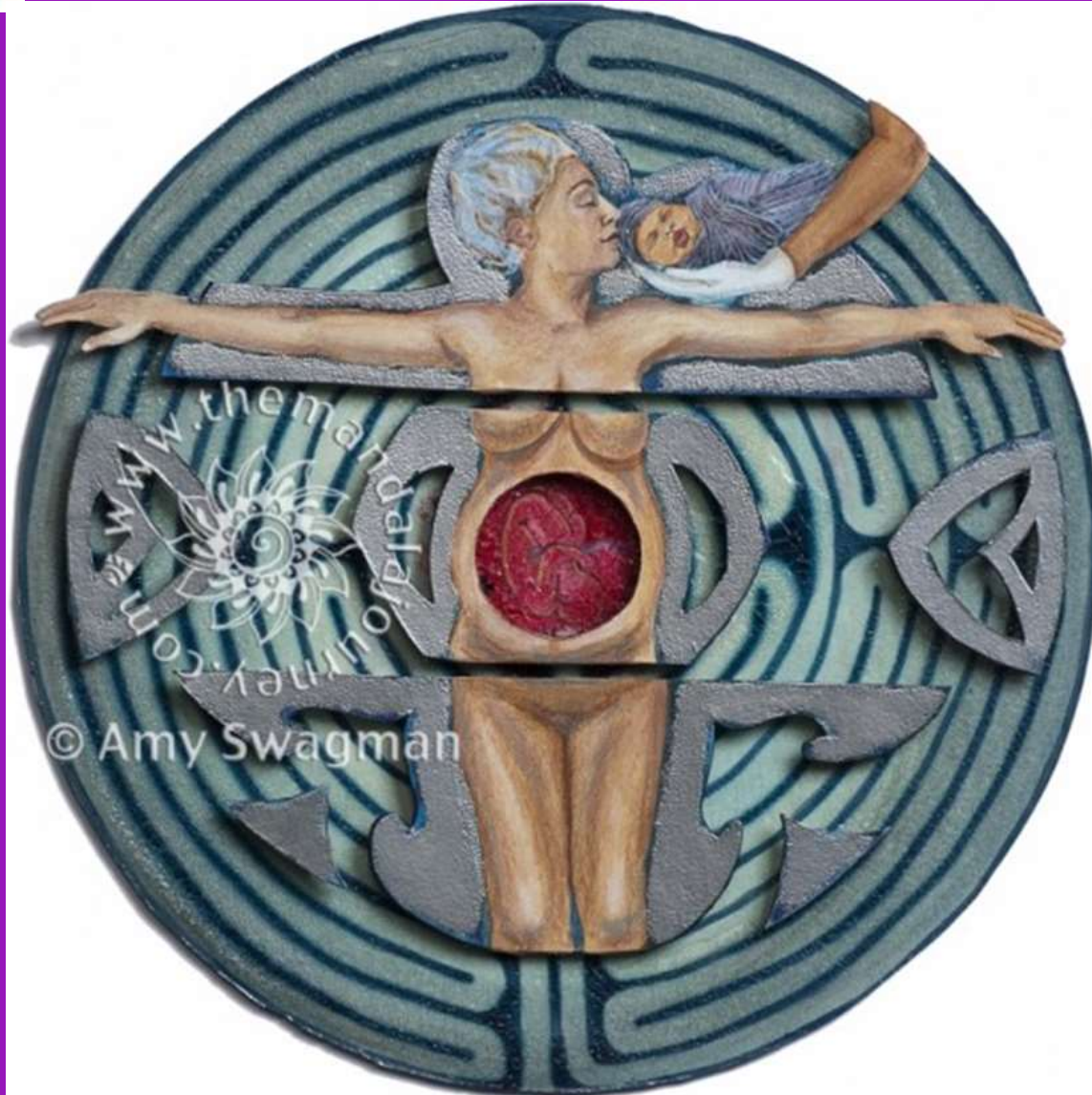
Trauma Físico





Trauma Físico del Bebé





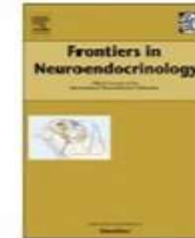
Trauma Psíquico



Contents lists available at ScienceDirect

Frontiers in Neuroendocrinology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/yfrne



Review

Neuroendocrinology of childbirth and mother–child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders



Ibone Olza-Fernández^a, Miguel Angel Marín Gabriel^b, Alfonso Gil-Sanchez^c, Luis M. Garcia-Segura^{d,*},
Maria Angeles Arevalo^d

^a Department of Psychiatry, Autonomous University of Madrid, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, Spain

^b Department of Pediatrics, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, Spain

^c Unidad Docente de Salud Mental de la Región de Murcia, Hospital General Universitario Santa María del Rosell de Cartagena, Murcia, Spain

^d Instituto Cajal, CSIC, Madrid, Spain

ARTICLE INFO

Article history:

Available online 3 April 2014

Keywords:

Autism

Cesarean section

Childbirth

ABSTRACT

This review focuses on the neuroendocrine mechanisms in the mother and the newborn that are involved in the generation and consolidation of mother–child attachment. The role that different hormones and neurotransmitters play on the regulation of these mechanisms during parturition, the immediate postpartum period and lactation is discussed. Interferences in the initiation of mother–child attachment may have potential long-term effects for the behavior and affection of the newborn. Therefore, the possible consequences of alterations in the physiological neuroendocrine mechanisms of attachment, caused by elective Cesarean section, intrapartum hormonal manipulations, preterm delivery, mother–infant



Alteraciones neurobiológicas perinatales

1. Parto prematuro y/o efecto del estrés durante la gestación
2. Omisión del trabajo de parto
3. Manipulación neurohormonal durante el parto
4. Separación neonatal en postparto inmediato
5. El escenario biológico de la lactancia artificial
6. Alteración afectiva materna
7. Efecto acumulativo



1. Parto prematuro + estrés

- Efecto del estrés materno en el neurodesarrollo fetal. Teoría de la programación fetal.
- Efecto estrés materno gestacional en conducta maternal.
- Exposición a corticoides in útero
- Atosiban
- Inmadurez cerebral





3. MANIPULACION HORMONAL INTRAPARTO

1. Inducción de parto o estimulación: oxitocina sintética
2. Efectos fármacos analgésicos y/o anestésicos
3. Estrés intraparto, sufrimiento fetal
4. Intervenciones obstétricas: parto instrumental



MODELOS ANIMALES

manipulación de crías de ratón con oxitocina y antagonistas 24h posparto



Comportamiento social:

- monógamos
- forman parejas en edad adulta
- cuidados biparentales
- familia extensa

Cambios duraderos en oxitocina (OT) y vasopresina (ADH). alteraciones tempranas con oxitocina o antagonistas pueden producir cambios de por vida en la respuesta a estímulos sociales y físicos

Dimorfismo sexual en el efecto:

Hembra:

- En las que reciben OT aumenta la producción de OT y se mantiene de por vida (no sucede así en machos).
- Las tratadas con OT se mostraban más agresivas hacia otras hembras.
- Ratas vírgenes despliegan conducta maternal si reciben OT, efecto que desaparece con antagonistas.

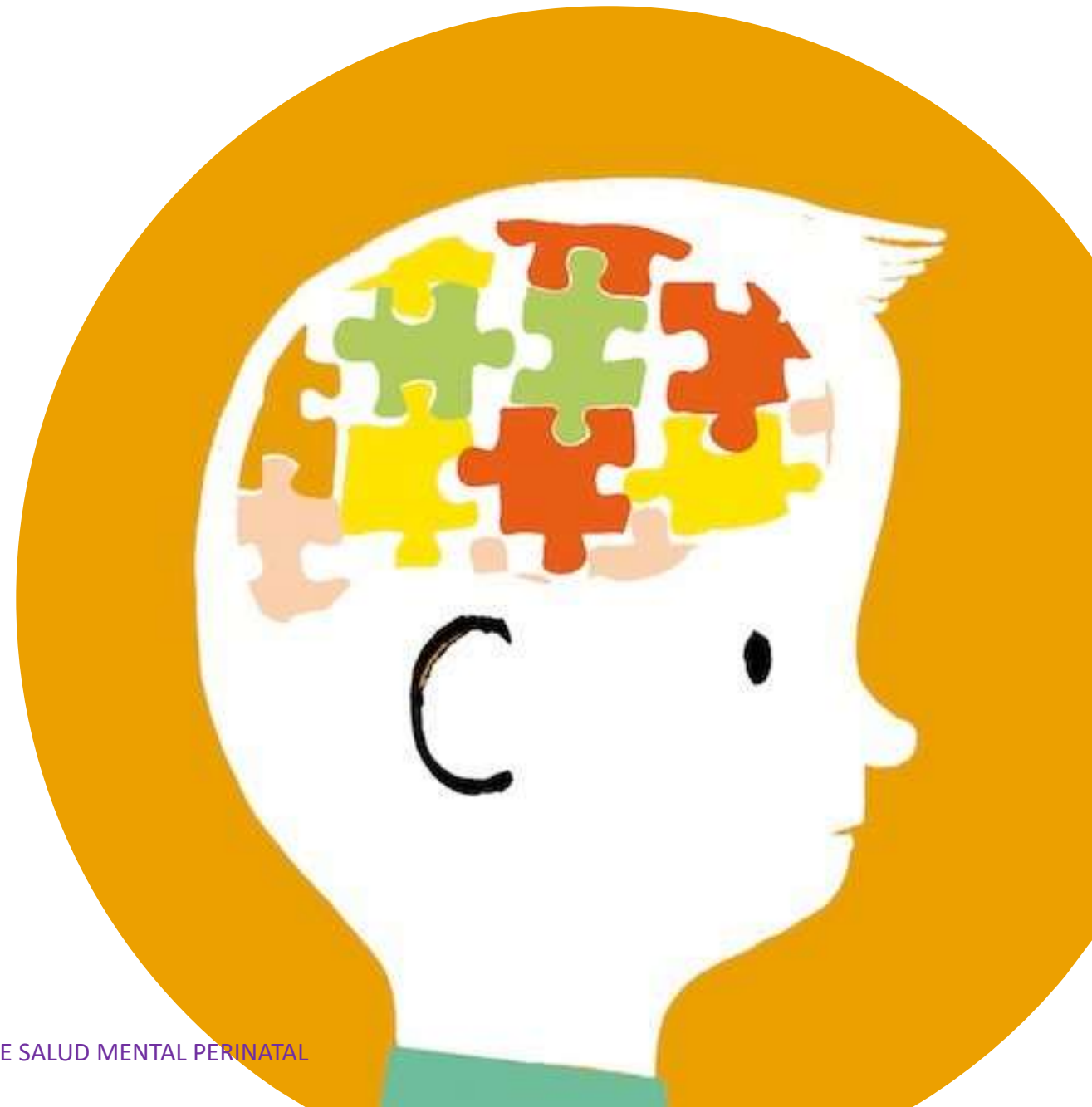
Machos:

- Los que reciben antagonistas a los 21 días producen menos vasopresina.
- Los tratados con OT en primeras horas muestran más conducta parental espontánea en la edad adulta.
- Los que reciben antagonistas no tienen conductas parentales y se muestran más agresivos con las crías.
- Los tratados con antagonistas presentan niveles basales más altos de corticosterona y menor respuesta tras una prueba de estrés (respuesta atípica).



Whal RU. Med Hypotheses.
2004;63(3):456-60.

Could oxytocin administration
during labor contribute to
autism and related behavioral
disorders?--A look at the
literature.





[JAMA Pediatr.](#) 2013 Oct;167(10):959-66. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.2904.

Association of autism with induced or augmented childbirth in North Carolina Birth Record (1990-1998) and Education Research (1997-2007) databases.

[Gregory SG](#)¹, [Anthopoulos R](#), [Osgood CE](#), [Grotegut CA](#), [Miranda ML](#).

⊕ Author information

Abstract

IMPORTANCE: One in 88 children in the United States is diagnosed as having autism spectrum disorder. Significant interest centers on understanding the environmental factors that may contribute to autism risk.

OBJECTIVE: To examine whether induced (stimulating uterine contractions prior to the onset of spontaneous labor) and/or augmented (increasing the strength, duration, or frequency of uterine contractions with spontaneous onset of labor) births are associated with increased odds of autism.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS: We performed an epidemiological analysis using multivariable logistic regression modeling involving the North Carolina Detailed Birth Record and Education Research databases. The study featured 625,042 live births linked with school records, including more than 5500 children with a documented exceptionality designation for autism.

EXPOSURES: Induced or augmented births.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES: Autism as assessed by exceptionality designations in child educational records.

RESULTS: Compared with children born to mothers who received neither labor induction nor augmentation, children born to mothers who were induced and augmented, induced only, or augmented only experienced increased odds of autism after controlling for potential confounders related to socioeconomic status, maternal health, pregnancy-related events and conditions, and birth year. The observed associations between labor induction/augmentation were particularly pronounced in male children.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE: Our work suggests that induction/augmentation during childbirth is associated with increased odds of autism diagnosis in childhood. While these results are interesting, further investigation is needed to differentiate among potential explanations of the association including underlying pregnancy conditions requiring the eventual need to induce/augment, the events of labor and delivery associated with induction/augmentation, and the specific treatments and dosing used to induce/augment labor (e.g., exogenous oxytocin and prostaglandins).

Comment in



[JAMA Pediatr.](#) 2013 Oct;167(10):959-66. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.2904.

Association of autism with induced or augmented childbirth in North Carolina Birth Record (1990-1998) and Education Research (1997-2007) databases.

[Gregory SG](#)¹, [Anthopoulos R](#), [Osgood CE](#), [Grotegut CA](#), [Miranda ML](#).

⊕ Author information

Abstract

IMPORTANCE: One in 88 children in the United States is diagnosed as having autism spectrum disorder. Significant interest centers on understanding the environmental factors that may contribute to autism risk.

OBJECTIVE: To examine whether induced (stimulating uterine contractions prior to the onset of spontaneous labor) and/or augmented (increasing the strength, duration, or frequency of uterine contractions with spontaneous onset of labor) births are associated with increased odds of autism.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS: We performed an epidemiological analysis using multivariable logistic regression modeling involving the North Carolina Detailed Birth Record and Education Research databases. The study featured 625,042 live births linked with school records, including more than 5500 children with a documented exceptionality designation for autism.

EXPOSURES: Induced or augmented births.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES: Autism as assessed by exceptionality designations in child educational records.

RESULTS: Compared with children born to mothers who received neither labor induction nor augmentation, children born to mothers who were induced and augmented, induced only, or augmented only experienced increased odds of autism after controlling for potential confounders related to socioeconomic status, maternal health, pregnancy-related events and conditions, and birth year. The observed associations between labor induction/augmentation were particularly pronounced in male children.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE: Our work suggests that induction/augmentation during childbirth is associated with increased odds of autism diagnosis in childhood. While these results are interesting, further investigation is needed to differentiate among potential explanations of the association including underlying pregnancy conditions requiring the eventual need to induce/augment, the events of labor and delivery associated with induction/augmentation, and the specific treatments and dosing used to induce/augment labor (e.g., exogenous oxytocin and prostaglandins).

Comment in



Behav Brain Res. 2016 Feb 1;298(Pt B):246-7. doi: 10.1016/j.bbr.2015.10.053. Epub 2015 Nov 3.

Pitocin and autism: An analysis of oxytocin receptor desensitization in the fetus.

Gottlieb MM¹.

+ Author information

Abstract

The risk of Pitocin as a cause of autism attributable to oxytocin receptor desensitization in the brain of the fetus is evaluated in terms of a mathematical model. A composite unit, D, for oxytocin receptor desensitization levels is established with the form $((\text{IU-h})/\text{ml})\text{E-3}$, where IU is the international unit for oxytocin. The desensitization values for oxytocin receptor desensitization at a concentration of 10 nmol of oxytocin per liter for 3, 4.2 and 6h corresponding to 0%, 50% and 100% desensitization are calculated to be 15 D, 21 D, and 30 D, respectively. The permeability of the blood-brain barrier in the fetus to oxytocin is discussed, and the upper limit of the concentration of Pitocin in the placenta, and its possible diffusion into the blood and brain of the fetus, is calculated for a routine dose of 6 milli U per minute of Pitocin over a 12h labor. This dose of Pitocin is shown to result in a desensitization value in units of D that is more than a factor of 10 below the 0% desensitization value of 15 D. This indicates that routine doses of Pitocin are not a significant cause of autism attributable to oxytocin receptor desensitization. This is consistent with the findings of a major epidemiological study of the association of Pitocin with autism in Denmark entitled, "Oxytocin-augmented labor and risk for males", Behavioral Brain Research, May 1, 2015; 284:207-212, which found no association between the use of Pitocin during labor and the incidence of autism for females, and a modest association for males.



OXITOCINA SINTÉTICA

Efecto sobre la lactancia



Newborn feeding behaviour depressed by intrapartum oxytocin: a pilot study

Ibone Olza Fernández (ibone.olza@salud.madrid.org)^{1,2}, Miguel Marin Gabriel³, Ana Malalana Martínez³, Aurora Fernández-Cañadas Morillo⁴, Francisco López Sánchez⁵, Valeria Costarelli¹

Keywords

Breastfeeding, Neonate, Oxytocin, Primitive, Reflexes

Correspondence

Ibone Olza Fernández, Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil, Servicio de Psiquiatría, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Calle Manuel de Falla 1, Majadahonda 28222, Madrid, Spain.
Tel: 34 91 1916523 |
Fax: 34 91 1916511 |
Email: ibone.olza@salud.madrid.org

Received

13 November 2011; revised 7 February 2012; accepted 5 March 2012.

DOI: 10.1111/j.1651-2227.2012.02668.x

ABSTRACT

Aim: To investigate the effect intrapartum oxytocin administration can have on Primitive Neonatal Reflexes. The secondary objective was to observe the influence of intrapartum oxytocin may have on breastfeeding.

Methods: Twenty healthy primiparae with a single gestation at term were included. To assess Primitive Neonatal Reflexes, video film was taken during an experimental situation designed to elicit Primitive Neonatal Reflexes. Three independent observers blinded to the oxytocin dose that had been administered coded the Primitive Neonatal Reflexes. Data regarding breastfeeding were collected by telephone at 3 months.

Results: Medium oxytocin dose was 1931.9 ± 1754.4 mUI. A Kappa index >0.75 was obtained for four Primitive Neonatal Reflexes: swallow, jaw jerk, suck and gazing. A negative association was found between oxytocin dose and sucking ($p = 0.03$). At 3 months of life, women exclusively breastfeeding (63.1%) had received a significantly lower average dose of oxytocin than those not exclusively breastfeeding (36.8%) ($p = 0.04$).

Conclusion: In this pilot study, intrapartum exogenous oxytocin seems to disturb sucking and breastfeeding duration. Further studies are required to confirm these results and to ascertain whether there could be other effects of intrapartum oxytocin on newborn behaviour.



Dolantina + haloperidol ¡preparto!

En el “**Manual del Residente de Obstetricia y Ginecología (SEGO)**” Coordinador: L. Cabero Roura (Presidente de la SEGO), en el Capítulo 54: **Asistencia al parto normal en sus diferentes períodos. Dirección médica del parto**, en la página 697 consta:

“Fase activa

*El analgésico de elección es la **meperidina [Dolantina]** a dosis de:*

- 25-50 mg. IV lenta durante la contracción.*
- 50-100 mg. IM.*

*Se asociará siempre a un antiemético (Prometacina 25 mgr., **Haloperidol 2.5 mgr.**).*

*Habitualmente, al inicio de la fase activa con presentación apoyada **facilitará la dilatación** (se puede repetir la dosis a los 30 minutos). Debe evitarse cuando se*



4. SEPARACION NEONATAL

- Efecto omisión impronta
- Estrés separación para el recién nacido: mayor cuanto más prolongada es la separación

Sarine S. Janetsian-Fritz et al. Maternal deprivation induces alterations in cognitive and cortical function in adulthood, *Translational Psychiatry* (2018). DOI: [10.1038/s41398-018-0119-5](https://doi.org/10.1038/s41398-018-0119-5)



4. SEPARACION NEONATAL

- Efecto omisión impronta
- Estrés separación para el recién nacido: mayor cuanto más prolongada es la separación

Sarine S. Janetsian-Fritz et al. Maternal deprivation induces alterations in cognitive and cortical function in adulthood, *Translational Psychiatry* (2018). DOI: [10.1038/s41398-018-0119-5](https://doi.org/10.1038/s41398-018-0119-5)



Female competition and aggression



Maternal Aggression in Mammals

Bruce B. Svare

1. Introduction

The mammalian female exhibits a number of complex behaviors during pregnancy, parturition, and lactation that summate to ensure the survival of her young. The behaviors that have been selected for study have traditionally been those exhibited by the adult toward the young. The literature concerning the psychobiology of nursing, retrieving, and other pup-directed maternal activities is characterized by an impressive accumulation of research findings and theoretical principles (see Rosenblatt and Seigel, this volume). However, a less frequently studied dimension of maternal care is the dramatic change in female social behavior that occurs with pregnancy and subsequently with parturition and lactation. Instead of displaying passivity toward conspecifics, the pregnant and lactating mammal exhibits intense aggressive behavior, referred to as maternal aggression. This behavior most likely serves to protect the young but also may be involved in the regulation of social organization and population dynamics. We will speculate on both of these functions later on in the chapter.

Until recently there has been little systematic research concerning the environmental and physiological determinants of maternal aggression. This lack of information is especially ironic in view of the numerous informal and often anecdotal accounts attesting to the aggressiveness of a wide variety of pregnant and

Other actions



Agresividad materna mamíferas en posparto inmediato



Experimento con madres lactantes

Psychol Sci. Author manuscript; available in PMC 2012 Oct 1.

PMCID: PMC3345318

Published in final edited form as:

NIHMSID: NIHMS369365

[Psychol Sci. 2011 Oct; 22\(10\): 1288–1295.](#)

Published online 2011 Aug 26. doi: [10.1177/0956797611420729](https://doi.org/10.1177/0956797611420729)

Maternal Defense: Breast Feeding Increases Aggression by Reducing Stress

[Jennifer Hahn-Holbrook](#),¹ [Julianne Holt-Lunstad](#),² [Colin Holbrook](#),³ [Sarah M. Coyne](#),⁴ and [E. Thomas Lawson](#)⁵

[Author information](#) ► [Copyright and License information](#) ►

The publisher's final edited version of this article is available at [Psychol Sci](#)

See other articles in PMC that [cite](#) the published article.

Abstract

Go to:

Mothers in numerous species exhibit heightened aggression in defense of their young. This shift typically coincides with the duration of lactation in nonhuman mammals, which suggests that human mothers may display similarly accentuated aggressiveness while breast feeding. Here we report the first behavioral evidence for heightened aggression in lactating humans. Breast-feeding mothers inflicted louder and longer punitive sound bursts on unduly aggressive confederates than did formula-feeding mothers or women who had never been pregnant. Maternal aggression in other mammals is thought to be facilitated by the buffering effect of lactation on stress responses. Consistent with the animal literature, our results showed that while lactating women were aggressing, they exhibited lower systolic blood pressure than did formula-feeding or never-pregnant women while they were aggressing. Mediation analyses indicated that reduced arousal during lactation may disinhibit female aggression. Together, our results highlight the contributions of breast feeding to both protecting infants and buffering maternal stress.

Keywords: aggressive behavior, fear, evolutionary psychology, stress reactions

INSTITUTO EUROPEO DE SALUD MENTAL PERINATAL



Early Contact versus Separation: Effects on Mother–Infant Interaction One Year Later

Birth. 2009 Jun;36(2):97-109.

- **Estos hallazgos sostienen la existencia de un período tras el parto, el llamado “periodo sensitivo temprano” durante el cual el contacto estrecho entre la madre y el bebé puede inducir efectos positivos a largo plazo en la interacción madre bebé.** Además se comprobó que el “envolvimiento” del bebé disminuía la responsividad de la madre a su bebé, su capacidad de afecto positivo y la mutualidad y reciprocidad en la diada.
- **Conclusiones: el contacto piel con piel, de 25 a 120 minutos tras el parto, la succión temprana o ambas cosas influyen positivamente la interacción madre bebé al año de vida comparados con las rutinas de separar a madres y bebés.**





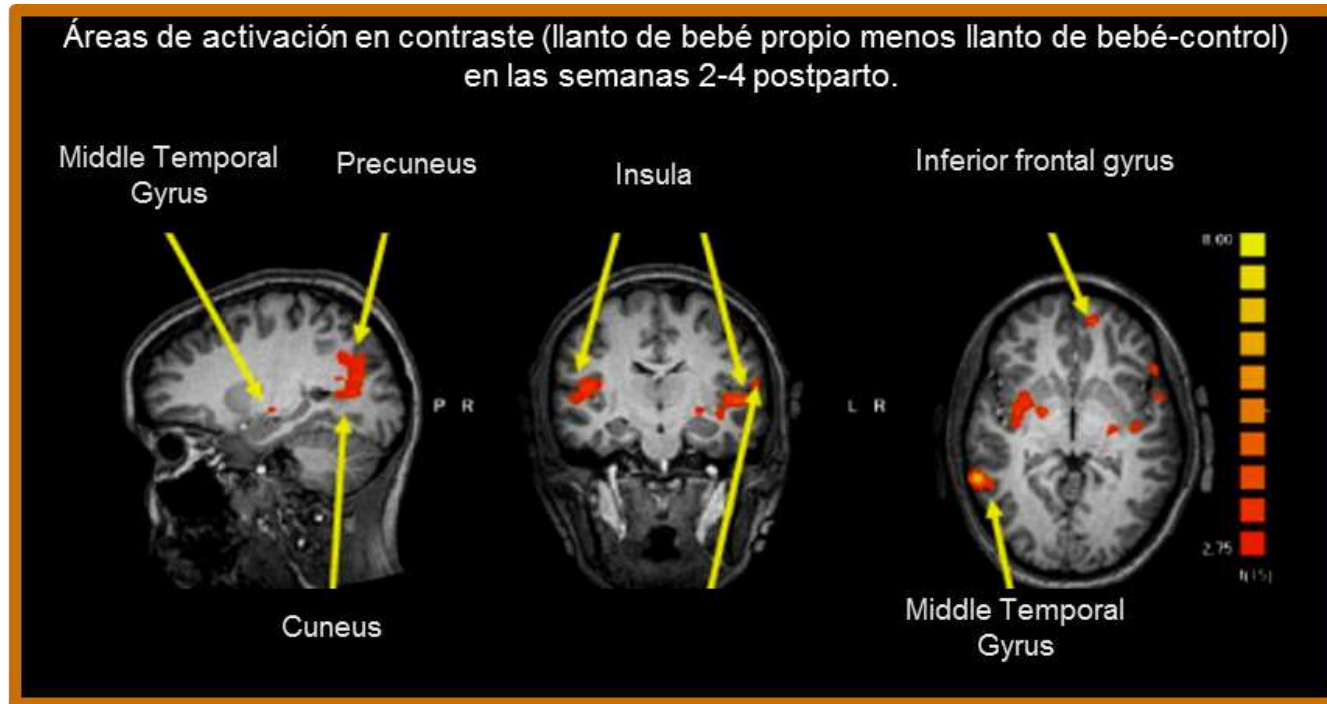


5. LACTANCIA ARTIFICIAL

- Escenario Cerebral Materno
- Riesgos de la lactancia artificial para el r.n
- Destete temprano



5. Escenario biológico lactancia artificial



Kim et al. J Child Psychol Psychiatry. 2011 August ; 52(8): 907–915



Lactancia artificial = ¿duelo?

PubMed.gov PubMed

US National Library of Medicine
National Institutes of Health

Format: Abstract ▾

Send to ▾

Med Hypotheses. 2010 Jan;74(1):174-6. doi: 10.1016/j.mehy.2009.07.016. Epub 2009 Aug 8.

Bottle feeding simulates child loss: postpartum depression and evolutionary medicine.

Gallup GG Jr¹, Nathan Pipitone R, Carrone KJ, Leadholm KL.

⊕ Author information

Abstract

At the level of a mother's basic biology, the decision to bottle feed unwittingly mimics conditions associated with the death of an infant. Child loss is a well documented trigger for depression particularly in mothers, and growing evidence shows that bottle feeding is a risk factor for postpartum depression. The implications of this hypothesis for infant feeding practices, hospital procedures that lead to intermittent separation between mothers and infants during the immediate postpartum period, parallels between an increased desire to hold infants by mothers who bottle feed and responses to infant death among nonhuman primates, and the relationship between weaning and depression are discussed in the context of an emerging discipline known as evolutionary medicine.

PMID: 19666213 DOI: [10.1016/j.mehy.2009.07.016](https://doi.org/10.1016/j.mehy.2009.07.016)

[Indexed for MEDLINE]



SUMACIÓN EFECTOS

Parto prematuro + cesárea urgente +
separación neonatal + lactancia
artificial....



La experiencia del foro apoyocesareas

El foro "APOYO CESAREAS" se creó en julio del 2001 para:

- Ofrecer apoyo emocional a madres que habían tenido una o más cesáreas
- Ayudar a preparar un PVDC
- Apoyar la lactancia después de la cesárea



Cicatriz

“¿Cómo tanto dolor en una herida que apenas siento, no toco ni me atrevo a mirar? Si parecía que ni existía...”

“Mi cicatriz es hermosa. Una puerta hacia mi recóndita conciencia, que anidaba en el útero. También es una grieta, y por ella entreveo a todos los fantasmas y al peor monstruo. Gracias a ella tengo espada y luz”





Profundidad de la herida: dimensión espiritual del parto

“Al cortar mi piel, cortaron mi espíritu, y algo en mi cabeza y en mi corazón empezó a latir: “Algo no está bien. Esto no está bien. Soy mujer, se parir. ¿Qué está pasando?” Sigo sin respuesta.”







De que te quejas...



...si tienes un bebe sano





DEFINICION PARTO TRAUMATICO

- **Subjetividad** del trauma
- Balance expectativas / realidad
- Aspectos culturales y transculturales
- Variabilidad de la percepción subjetiva del parto en el tiempo
- No hay una definición consistente de lo que es un parto traumático, ni una forma sistematizada de valorar el trauma (Elmir, 2010)



Definición

- Trauma en el parto: “Daño o amenaza de daño o de muerte de la madre o el bebé en el parto” (Beck 2008)
- Las mujeres pueden sentir su experiencia como traumática como resultado de las intervenciones, el tipo de parto, o el trato recibido (Allen 1998).
- Incluso mujeres con un parto aparentemente normal sin intervenciones pueden sentirlo como traumático (Thompson 2008)



TEPT tras el parto

- El parto puede ser un evento tan estresante como para desencadenar un trastorno de estrés postraumático (SEPT)
- Se estima que entre un 1,5 y un 6% de las mujeres presentan un TEPT en el postparto.
- Los factores de riesgo incluyen el ser primípara, el parto prematuro, el alto intervencionismo obstétrico, la cesárea, la separación del recién nacido y la percepción de que el trato recibido no ha sido adecuado o incluso ha habido un maltrato.
- El TEPT tras el parto conlleva un enorme sufrimiento psíquico y afecta a la relación de la madre con su bebé, su pareja, su familia y los profesionales de la salud. Tiene unos síntomas propios diferentes de la depresión postparto, aunque algunas madres pueden presentar los dos trastornos.
- Los síntomas pueden durar meses o años.

Bailham, 2003.



Cheryl T. Beck

“Birth trauma is perceived
in the eye of the beholder”

“El trauma del parto lo percibe
el que lo contempla”



← → ↻ www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15266160

NCBI Resources How To

PubMed.gov PubMed Limits Advanced

US National Library of Medicine
National Institutes of Health

[Display Settings:](#) Abstract

[Send to:](#)

[Nurs Res.](#) 2004 Jul-Aug;53(4):216-24.

Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath.

[Beck CT.](#)

University of Connecticut School of Nursing, 231 Glenbrook Road, Storrs, CT 06269-2026, USA. Cheryl.beck@uconn.edu

Abstract

BACKGROUND: Childbirth qualifies as an extreme traumatic stressor that can result in post-traumatic stress disorder. The reported prevalence of post-traumatic stress disorder after childbirth ranges from 1.5% to 6%.

OBJECTIVE: The aim of this phenomenologic study was to describe the essence of mothers' experiences of post-traumatic stress disorder after childbirth.

METHODS: The qualitative research design used for this study was descriptive phenomenology. The main recruitment approach was via the Internet through the help of Trauma and Birth Stress, a charitable trust in New Zealand. Purposive sampling was used and resulted in 38 mothers participating from the countries of New Zealand, the United States, Australia, and the United Kingdom. The participants were asked to describe their experiences with post-traumatic stress disorder after childbirth. Their stories were analyzed using Colaizzi's method of data analysis.

RESULTS: Mothers with post-traumatic stress disorder attributable to childbirth struggle to survive each day while battling terrifying nightmares and flashbacks of the birth, anger, anxiety, depression, and painful isolation from the world of motherhood.

CONCLUSIONS: This glimpse into the lives of mothers with post-traumatic stress disorder attributable to childbirth provides an impetus to increase research efforts in this neglected area.

Comment in

[Evid Based Nurs.](#) 2005 Apr;8(2):59.

PMID: 15266160 [PubMed - indexed for MEDLINE]

TEPT
POSPARTO:
las secuelas



Según Beck, las madres que padecen TEPT en el postparto:

- 1. Continuamente recuerdan y reviven el parto mediante flashbacks y pesadillas, durante semanas o meses.

...el horror de estar en la sala de reanimación con un dolor espantoso, creyendo que me moría, que mi hija había muerto, y sin saber nada de nadie durante horas.

...el trato inhumano, estar desnuda temblando en el quirófano mientras todos se vestían y luego sentir el bisturí cortándome (por eso me sedaron finalmente, aún recuerdo esa horrible sensación)



“Cada sábado me despertaba a las 2 am y me ponía en trance de esa situación, empezaba a sudar agua fría, recordaba cada frase, las caras, las palabras...Sólo me pasaba los sábados. Recordaba hasta el anestesista que me decía eres un milagro, por haber sobrevivido”.

“También durante el día, me venía el recuerdo del ginecólogo apretándome con los puños y yo agarrada a sus brazos suplicando. Cuando me venia me ponía muy nerviosa, esto me pasaba a menudo. Mi cabeza necesitaba rememorar el detalle de las cosas, reconstruía cada detalle, veía un crucificado y me recordaba crucificada. Era una obsesión”



- 2. Se sienten desconectadas o extrañadas ante sus bebés y ausentes de la realidad, como si no estuvieran allí o no fueran las mismas.

“Yo como sabes tuve una cesárea conocida de antemano, aceptada y esperada. Para mí lo peor, e inesperado, fue no sentir nada hacia mi hija, no reconocerla como hija, no sentir instinto, de tanto dolor como tenía en mi cuerpo, tanto tubo del goteo, tanta cosa... Pudo más mi instinto de supervivencia como enferma que mi instinto de madre. Y aún hoy lo recuerdo con dolor y arrepentimiento, y han pasado 11 años.”



3.El trauma vivido hace que necesiten entender y hablar continuamente de lo que les sucedió y que busquen información obstétrica de manera obsesiva (“obsesión y monotema”)

Para mi lo peor de la cesárea de mi primer hijo es lo que ha condicionado el modo de tomarme el embarazo de mi segundo hijo: desde el momento en que supe que estaba embarazada, he gastado todos mis recursos emocionales en tratar de evitar la segunda, en vez de enfocar mis fuerzas en el bebe que empezaba a crecer dentro de mi. Supongo que si consigo un parto respetado, lo daré todo por bueno, pero si no... uf, no se.

Y todo por una cesárea innecesaria.



4. Se sienten enfadadas con los profesionales, con sus familiares y consigo mismas. Presentan síntomas de ansiedad y depresión.

Respecto a mi, me sentía como una mujer frustrada, rota y engañada. No entendía como habiendo podido concebir y gestar a mis hijos no había sido capaz de parirlos. Me sentía que le había fallado a mi pareja, no me sentía una mujer completa. Le había fallado a mi madre, no había sido como ella. Me sentía mal con toda mi familia, como un poco inútil e incapaz.



5. Su experiencia de la maternidad se ve muy afectada. A menudo se sienten distanciadas de sus hijos. Tienen muchas dificultades para relacionarse con otras madres, no pueden evitar comparar su parto con el de las otras. El síndrome puede producir un rechazo a la sexualidad, a tener más hijos, o hacer que la madre pida una cesárea programada en el siguiente embarazo.

“Evitaba ver embarazadas, me ponía súper triste. Evitaba los lugares donde las podía encontrar. Mis amigas empezaron a tener hijos, yo evitaba ir a las reuniones donde sabía que iba a estar mi amiga embarazada. Me hacía daño ver embarazadas, si veía revistas de bebés pasaba rápido las páginas de barrigas. Todavía no puedo leer artículos sobre embarazadas

...yo soñaba con darle a mi hijo su primer beso, su bienvenida, y sin embargo fui la última en la familia en besarlo (después de primos, tíos y abuelos).

Beck, 2004.





Causas y desencadenantes del parto traumático.

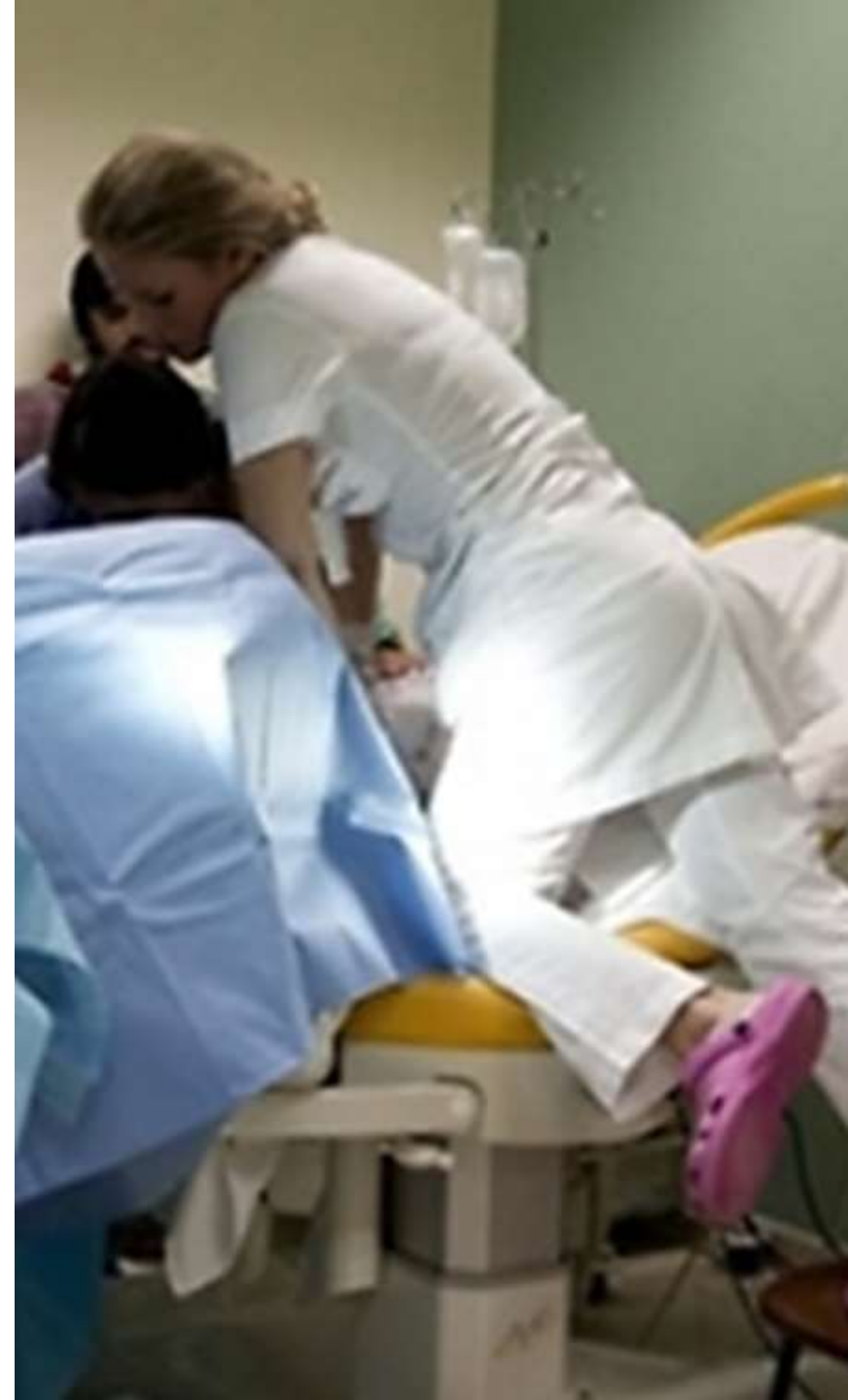


- Un parto aparentemente normal se puede complicar rápidamente.
- La percepción individual del peligro es clave para el desarrollo posterior de TEPT
- No hay relación dosis dependiente entre la gravedad del evento y el grado de TEPT posterior
- El percibir falta de apoyo en los cuidados es un factor de riesgo para TEPT
- Estudio de Beck reafirma la importancia de los cuidados. Ausencia total de cuidados y de comunicación incrementa sentimientos de indefensión, miedo y horror. BECK 2006.



Temas recurrentes

- Perdida de control, sentirse invisible
- Trato inhumano
- Pesadillas y recuerdos recurrentes
- Montaña rusa emocional
- Alteración en la relación con los demás
- Determinación, fuerza por mi bebé





La matrona dijo algo así como que las contracciones eran poco efectivas... camión, enema, monitores, rasurado, vía en la muñeca y oxitocina... Recuerdo que estaba dictando a alguien los datos de mi ingreso y oí comentar que tenía un reborde en el cuello del útero... recuerdo perfectamente **el miedo que da que hablen de algo que te pasa a tí sin saber qué es ni qué consecuencias puede tener**, que lo hagan delante de tí como si tu no estuvieras sin plantearse siquiera la posibilidad de explicártelo.



J Adv Nurs. 2010 Oct;66(10):2142-53. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x. Epub 2010 Jul 16.

Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography.

Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D.

School of Nursing and Midwifery, University of Western Sydney, Australia. r.elmir@uws.edu.au

Abstract

AIM: This study presents the findings a meta-ethnographic study reporting women's perceptions and experiences of traumatic birth.

BACKGROUND: Childbirth is viewed by many as a life transition that can bring a sense of accomplishment. However, for some women, birth is experienced as a traumatic event with a minority experiencing post-traumatic stress. A traumatic birth experience can have a significant impact on the physical and emotional well-being of a woman, her infant and family.

DATA SOURCE: The CINAHL, MEDLINE, Scopus and PubMed databases were searched for the period January 1994 to October 2009 using the keywords birth trauma, traumatic birth, qualitative research, birth narrative and birth stories.

REVIEW METHODS: A meta-ethnographic approach was used. Quality appraisal was carried out. An index paper served as a guide in identifying particular findings and comparing them with other findings. This 'reciprocal translation' process started with a search for common themes, phrases and metaphors.

RESULTS: Ten qualitative studies were included in the final sample. Six major themes were identified: 'feeling invisible and out of control', 'to be treated humanely', 'feeling trapped: the reoccurring nightmare of my childbirth experience', 'a rollercoaster of emotions', 'disrupted relationships' and 'strength of purpose: a way to succeed as a mother'.

CONCLUSIONS: It is evident that a small percentage of women experience a traumatic birth. Although some women who experience a traumatic birth do not necessarily have physical or psychological adverse outcomes, others identify a significant personal impact. Healthcare professionals must recognize women's need to be involved in decision-making and to be fully informed about all aspects of their labour and birth to increase their sense of control.

© 2010 Blackwell Publishing Ltd.



[Display Settings:](#) Abstract

[Send to:](#)

[Nurs Res.](#) 2006 Nov-Dec;55(6):381-90.

The anniversary of birth trauma: failure to rescue.

[Beck CT.](#)

School of Nursing, University of Connecticut, Storrs, CT 06269-2026, USA. Cheryl.beck@uconn.edu

Abstract

BACKGROUND:

¿CUMPLEAÑOS FELIZ?

% to 5.6%. Serious ramifications

of birth trauma are beginning to be recognized, such as impaired mother-infant interaction.

OBJECTIVE: The aim of this study was to determine the essence of mothers' experiences regarding the anniversary of their birth trauma.

METHODS: Colaizzi's method of phenomenology was used to guide the study. Participants were recruited via the Internet through a charitable trust located in New Zealand called Trauma and Birth Stress. Thirty-seven women sent attachment stories describing their experiences of the anniversary of their traumatic childbirths.

RESULTS: Four themes revealed the essence of women's experiences of the anniversary of their birth trauma: (a) The prologue: An agonizing time; (b) The actual day: A celebration of a birthday or the torment of an anniversary; (c) The epilogue: A fragile state; and (d) Subsequent anniversaries: For better or worse.

DISCUSSION: Based on the findings of this study on the anniversary of traumatic childbirths, the time seems right to broaden the use of the term failure to rescue to these childbearing women. Not only clinicians but also family and friends failed to rescue mothers during the period surrounding the anniversary of their birth trauma.

PMID: 17133145 [PubMed - indexed for MEDLINE]

[+ MeSH Terms](#)

[+ LinkOut - more resources](#)



El aniversario del parto traumático:

- In the words of one mother, “Every birthday is no longer the celebration of the child but is really an anniversary for the rape. Rapeday. My son was conceived from love and born out of rape.”
- 1. Víspera: agonía. Calendarios, relojes, etc desencandenan rumiaciones obsesivas sobre las horas previas al parto. Ambivalencia, ocultación, disimular



http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15153129 | Google | RefWorks, Programa de... | PTSD, risk factors, and e...

¿Por qué cambia la percepción del parto con el tiempo?

Display Settings: Abstract Send to:

Birth. 2004 Jun;31(2):102-7.

Why do some women change their opinion about childbirth over time?

Waldenström U.
Department of Nursing, Karolinska Institutet, Bastugatan 42, 118-25 Stockholm, Sweden.

Abstract

BACKGROUND: The current investigation is a follow-up of a study on women's memory of childbirth, which showed that 60 percent made the same assessment of their overall birth experience at 1 year after delivery as they did at 2 months postpartum, and 24 percent had become more negative and 16 percent more positive over time.

METHODS: Data on 151 women who had a negative experience at 2 months and 151 who said it was positive at 1 year after delivery were analyzed. Those who had changed their assessment of their birth experience were compared with those who had not.

RESULTS: Changing the assessment from positive to less positive, mostly to "mixed feelings," was associated with difficult childbirth, such as painful labor and cesarean section; dissatisfaction with intrapartum care; and psychosocial problems, such as single status, depressive symptoms, and worry about the birth in early pregnancy. Changing the assessment from negative to less negative was associated with less worry about the birth in early pregnancy and a more positive experience of support by the birth-attending midwife.

CONCLUSIONS: This study supported the view that measures of satisfaction with childbirth soon after delivery may be colored by relief that labor is over and the happy birth of a baby. More negative aspects may take longer to integrate. Supportive care may have long-term effects and may protect some women from a long-lasting negative experience.

PMID: 15153129 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Cambio de percepción con el tiempo, efecto positivo de los cuidados empáticos. Puede prevenir o mejorar los efectos traumáticos del parto



Consecuencias:
lactancia, vínculo,
pareja, sexualidad
y fertilidad.





La episiotomía me llega desde las profundidades de la vagina hasta un desgarre en el ano. No pude volver a sentarme hasta tres semanas después. Me costó mucho tiempo volver a controlar el esfínter anal. Pasé un posparto largo y doloroso. No quiero ni mencionar los problemas sexuales que tengo. El parto fue muy traumático; todas las noches, desde que di a luz hasta varios meses después, las imágenes del momento de la expulsión (extracción) se me han repetido una y otra vez, los gritos de la doctora pidiendo un pediatra resuenan en mi cabeza... Cuando me acuerdo del tema se me pone un nudo en la garganta y, mientras he estado escribiendo esto, los ojos se me han nublado y he tenido que parar a respirar unas cuantas veces.





Además, como recuerdo obsesivamente la agresión durante las relaciones, aunque intento ocultarlo no puedo evitar llorar durante las mismas. Por todo ello apenas mantenemos relaciones, se han limitado a la penetración e intento que sean en la oscuridad. Esto está afectando nuestro relación preocupantemente



Psychol Health Med. 2006 Nov;11(4):389-98.

The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and the relationships: a qualitative study.

Ayers S, Eagle A, Waring H.

Department of Psychology, University of Sussex, Sussex, BN1 9QH, and Adult Psychology Department, St Charles Hospital, London, UK.
S.Ayers@sussex.ac.uk

Abstract

There is converging evidence that 1%-2% of women develop post-traumatic stress disorder (PTSD) as a result of childbirth.

The current study examined the impact of PTSD on women's partner and child relationships. Clinically referred women (n=20) were interviewed about their relationships with their partner and children. Partner research is needed to compare this to normal difficulties experienced by women after having children.

En relación de pareja: la disfunción sexual, los desacuerdos y la culpa POR EL PARTO.

El vínculo madre-bebé también fue seriamente afectado. Casi todas las mujeres reportaron sentimientos iniciales de rechazo hacia el bebé, pero esto cambió con el tiempo. A largo plazo, las mujeres parecían tener algún elemento adicional de evitación o ansiedad con sus hijos

with their
partner
and
their
childbirth
experiences
and
the
implications
of
this
for
men and

PMID: 17129916 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Un estudio señala que la mayoría de hombres tienen trauma después de ver a sus parejas parir de forma intervenida. White 2007



← → ↻ www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11950179?dopt=abstract

NCBI Resources ▾ How To ▾

PubMed.gov

US National Library of Medicine
National Institutes of Health

[Limits](#) [Advanced](#)

[Display Settings:](#) Abstract

[Send to:](#)

[BJOG](#). 2002 Mar;109(3):254-60.

Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction?

[Gottvall K](#), [Waldenström U](#).

Department of Nursing, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden.

Abstract

OBJECTIVE: To investigate whether women's experiences of their first birth affects future reproduction.

DESIGN: Prospective cohort study.

SETTING: South Hospital, Stockholm, Sweden.

POPULATION: Six hundred and seventeen women who gave birth to their first child 1989-1992.

METHODS: A global measure of women's experiences of their first birth, assessed two months postpartum, was available from a birth centre trial, together with information on a range of background variables. This information was linked to the Swedish Medical Birth Register, which included information on the number of subsequent births during the following 8-10 years.

MAIN OUTCOME MEASURES: Number of births (0 or > or =1) following the first birth.

RESULTS: Women with a negative experience of their first birth had fewer subsequent children and a longer interval to the second baby (RR 1.7, 95% CI 1.3-2.3). Being 35 years and older (RR 2.6, 95% CI 1.6-3.7), or single (RR 2.6, 95% CI 1.7-3.9) was also associated with subsequent infertility.

CONCLUSION: A negative birth experience was associated with subsequent infertility, and women's experiences should therefore be considered seriously in the provision of maternity care.



Display Settings: Abstract

Send to:

Nurs Res. 2008 Jul-Aug;57(4):228-36.

Impact of birth trauma on breast-feeding: a tale of two pathways.

Beck CT, Watson S.

School of Nursing,

Abstract

BACKGROUND

delayed or failed

pain related to

¿Cómo es la lactancia tras un parto traumático? Beck 2008

OBJECTIVE: To explore the impact of birth trauma on mothers' breast-feeding experiences.

METHODS: Phenomenology was the qualitative research design used to investigate mothers' breast-feeding experiences after birth trauma. Fifty-two women were recruited over the Internet through the assistance of Trauma and Birth Stress, a charitable trust located in New Zealand. Each mother sent her breast-feeding story to the researchers via the Internet. Colaizzi's (1978) method was used to analyze the data.

RESULTS: Eight themes emerged about whether mothers' breast-feeding attempts were promoted or impeded. These themes included (a) proving oneself as a mother: sheer determination to succeed, (b) making up for an awful arrival: atonement to the baby, (c) helping to heal mentally: time-out from the pain in one's head, (d) just one more thing to be violated: mothers' breasts, (e) enduring the physical pain: seeming at times an insurmountable ordeal, (f) dangerous mix: birth trauma and insufficient milk supply, (g) intruding flashbacks: stealing anticipated joy, and (h) disturbing detachment: an empty affair.

CONCLUSIONS: The impact of birth trauma on mothers' breast-feeding experiences can lead women down two strikingly different paths. One path can propel women into persevering in breast-feeding, whereas the other path can lead to distressing impediments that curtailed women's breast-feeding attempts.

PMID: 18641491 [PubMed - indexed for MEDLINE]



- Entrevista 52 madres internet. Metodología cualitativa
- Temas:
 1. Demostrarse a si mismas que pueden lograrlo: determinación, logro
 2. Por el bebé, para compensarle por el parto
 3. Para algunas es un momento de relajación, incremento autoestima



4. Decidir no amamantar para recuperar el control tras haberse sentido violadas
evitar intromisión profesionales
5. Dolor físico
6. Combinación: trauma e hipogalactia
7. Flashbacks recurrentes durante las tomas
8. Desconexión y desapego
- Dos patrones trauma y lactancia: apoyo o obstáculo



Display Settings: Abstract

Send to:

Breastfeed Med. 2011 Dec 7. [Epub ahead of print]

Breastfeeding Following Emergency Peripartum Hysterectomy.

Olza-Fernández I, García-Murillo L, Palanca-Maresca I.

1 Department of Psychiatry, Autonomous University of Madrid, Madrid, Spain.

Abstract

Abstract Emergency peripartum hysterectomy (EPH) is usually performed in cases of intractable obstetric hemorrhage unresponsive to conservative treatment. EPH is associated with a high incidence of maternal morbidity and mortality. Most of these women do not have the opportunity to even start breastfeeding. We report a case where breastfeeding was attempted after EPH. The mother spent 6 days in the intensive care unit and suffered several medical and surgical complications. On Day 7 she was reunited with her baby. One month later, a diagnosis of post-traumatic stress disorder was made. Breastfeeding became very important, with the patient frequently expressing that this was the most healing aspect in her recovery from the traumatic EPH. At 3 months, five daily feeds were supplemented with formula. Breastfeeding, principally nocturnal, continued 6 months after childbirth, with the baby being weaned at 7 months. Women who undergo EPH need psychological support. The option of breastfeeding should be considered even days or weeks after the surgical intervention as it can be a healing experience for some women who are grieving the loss of their fertility. Professional specialized breastfeeding support should be offered in these cases, and the possibility of reuniting mother and infant even when the mother is in the intensive care unit should be considered.

PMID: 22148927 [PubMed - as supplied by publisher]

[+](#) LinkOut - more resources





← → ↻ www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17673341?dopt=abstract

NCBI Resources ▾ How To ▾

PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed ▾

[Limits](#) [Advanced](#)

[Display Settings:](#) Abstract

[Send to:](#)

[Midwifery](#). 2009 Apr;25(2):e21-30. Epub 2007 Jul 27.

A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences.

[Gamble J, Creedy DK.](#)

Research Centre for Clinical Practice Innovation, Griffith University, Logan Campus Meadowbrook, Queensland 4131, Australia.
i.gamble@griffith.edu.au

Abstract

OBJECTIVE: to describe the development and application of a brief counselling intervention for women who have experienced a traumatic birth.

INTERVENTION: the birthing trauma counselling model reflecting women's need to establish a therapeutic connection with a midwife, talk about their birth experience and have their feelings validated. Gaps in understanding of events need explanation and explicit connections made between the event and subsequent emotions and behaviours. Developing a rational understanding of birthing events and how labour may have been managed differently assists women to revise their assumptions about maternity care and gain a sense of control. Fostering social support, reinforcing positive approaches to coping and exploring solutions to restoring self-confidence and reducing anxiety may help re-establish psychological equilibrium.

DISCUSSION AND CONCLUSION: the counselling intervention is consistent with trauma theory and draws on cognitive behavioural therapy principles. Midwives are well placed to provide counselling support to women experiencing birth-related distress. Further testing of the intervention in the clinical setting with a large sample is required.

PMID: 17673341 [PubMed - indexed for MEDLINE]



VALORACION Y PLAN DE TRATAMIENTO PARTO TRAUMATICO

- RELATO DE PARTO: TRANSCRIPCION LITERAL.
- IDENTIFICACIÓN DE TRAUMAS Y PERDIDAS:
 - FISICO: LIMITACION FUNCIONAL
 - PSIQUICO: SINTOMAS Y IMPACTO
 - SEXUALIDAD
 - VINCULAR - BEBE
 - IDENTIDAD_ PERSONAL, MATERNAL, PROFESIONAL, ESPIRITUAL
- PLAN DE TRABAJO EN CADA ESFERA





Construir la historia
Respetar el ritmo individual
Disponibilidad posterior





DUELO FRACASO LACTANCIA

- “NO ME SUBIO LA LECHE”
- “TENGO POCA LECHE”
- “SE ME CORTÓ LA LECHE”
- “NO TENGO PEZON”
- “MI LECHE NO LE ALIMENTABA”
- “TUVIERON QUE RETIRARME LA”



Photo By Jennifer Delgado, New Jersey



Sanar

“Con admiración y sorpresa descubro ahora que a cesárea también fue una vivencia de corte a nivel simbólico: un umbral hacia nuevas experiencias y aprendizajes”





← → ↻ www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Post-traumatic%20growth%20in%20women%20after%20ch

NCBI Resources How To

PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed

[RSS](#) [Save search](#) [Advanced](#)

[Display Settings:](#) Abstract

[Send to:](#)

[Psychol Health](#). 2009 Apr;24(4):457-71.

Post-traumatic growth in women after childbirth.

[Sawyer A](#), [Ayers S](#).

Department of Psychology, University of Sussex, Brighton, UK.

Abstract

Childbirth is a complex event that leads to a variety of psychological outcomes. This cross-sectional study examined post-traumatic growth in women following childbirth (N = 219) using an online questionnaire, and explored associations between growth, support and control during birth, coping after birth and symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD). At least moderate degrees of growth were reported by 50.2% of women and average levels of growth were similar to those reported following accidents and assaults. Growth was positively related to approach coping and the avoidant strategy of seeking alternative rewards, but was unrelated to support and control during birth, other avoidant coping strategies after birth, and PTSD symptoms. It is concluded that growth does occur following childbirth. Further research is needed to clarify factors associated with growth in women following childbirth and to determine if growth is associated with psychological benefits in this population.

PMID: 20205005 [PubMed - indexed for MEDLINE]

—



“Crecimiento postraumático”

- Cambio positivo en las creencias o funcionamiento como resultado de circunstancias vitales adversas. Tras una oportunidad, o reto, reexaminar creencias nucleares. Catalisis positiva
- Crecimiento en tres areas:
 - Interpersonal
 - Psicológico
 - Orientación profesional /vital



- Nuevas posibilidades
- Relación con los demás
- Fuerza personal
- Cambios espirituales
- Cambio prioridades en la vida
- Valorar mas la vida





Nuria:

Mateo nació en la semana 41+2. Una cesárea de urgencia con anestesia general, por sufrimiento fetal, debido a una infección. Tras una inducción, sin epidural, de 8 horas con oxitocina a chorro porque tenía fiebre y "había que sacarlo sí o sí". Inmovilizada, monitorizada, incapaz de soportar el dolor.

Cuando desperté, abrí los ojos en una habitación completamente desconocida para mí. No recordaba qué es lo que hacía allí, ni qué había sucedido. Poco a poco recordé que estaba embarazada y retazos de lo que había sucedido el día anterior. En la habitación solo había una cuna vacía y mi pareja dormía junto a mí. Todo estaba borroso y las palabras urgencia, cesárea y sufrimiento fetal resonaban en mi cabeza. Me sentí hueca, como amputada. Decidí seguir durmiendo. Estaba en estado de shock.

A mi hijo lo conocí a través de esta foto y tardé 18 horas en verlo, dentro de una incubadora.

A pesar de todo, no fue un trauma



Nuria: mejor y peor

Con Aurora todo fue diferente, más aséptico, más “civilizado”. Acepté una cesárea programada por cesárea anterior, en la semana 40+6.

Recuerdo fragmentos de las conversaciones, el olor a carne quemada y la sensación de náusea, al notar unas manos dentro de mi vientre. De ese momento no guardo ninguna calidez, solo pánico a que algo saliera mal.

Poco a poco entré en una depresión que intenté ocultar a casi todo el mundo. Puse el piloto automático, me volqué en el trabajo y en ser una mujer perfecta (casa impecable, niños de domingo, buena anfitriona...). Negué mis sentimientos. Dejé de sonreír porque constantemente recordaba las sensaciones del quirófano. Olía la carne quemada, veía al médico enseñándome los genitales de mi hija, en vez de su cara...

Entonces encontré Apoyocesareas y sentí que había llegado a casa



Nuria y su viaje

2 cesáreas y un agujero en el corazón, esa era mi mochila. El embarazo de Clara fue una montaña rusa emocional. En la semana 35 comenzaron con el acoso. Pretendían programarme cesárea en la semana 37 por protocolo. Me pareció una locura. Entonces comenzaron las palabras rotura uterina, muerte fetal, daños neurológicos, muerte materna. Pero yo tenía información y les rebatía. Estaba de 38 semanas y tras enfrentarme al equipo médico de mi hospital decidí parir en el hospital de Cruces (320km de distancia).

Clara nació cuando a ella le dio la gana 41+2.

Fue un parto en el que cada contracción fue una fiesta, disfrutado, sin miedo, luminoso y que me supo a poco. No se separó de mí ni un solo segundo. Tenía tal carga de energía que me sentía como un generador eléctrico. No hay palabras para explicar el subidón que te produce un buen parto. Necesité 3 embarazos, 2 cesáreas, tres años de depresión y la ayuda de muchas mujeres de todo el mundo.

Me siento capaz de mover el mundo con mis manos.



¿El activismo del parto es una secuela del parto traumático?

“Acepto mi cesárea sin traumas, pero me comprometo a informar a otras madres para que las rutinas medicalizadas de una clínica no les roben a ellas, a sus hijos ni a los padres de esos hijos uno de los momentos más bellos e intensos de sus vidas”



**el PARTO es
NUESTRO**



DERECHOS
HUMANOS
EN PARTO

**RESPECTFUL
MATERNITY CARE:
THE UNIVERSAL
RIGHTS** OF
CHILDBEARING
WOMEN

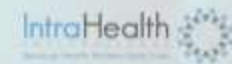




All women
deserve
**respectful
maternity
care**

Respectful care is
everyone's responsibility.
#RespectfulCare

If a woman does not feel safe and respected at a maternity center, she is less likely to attend her antenatal care appointments or present in labor. **This increases the risk of death and disability for both her and her baby.**





Al buscar y recibir cuidados maternos antes, durante y después del parto:

1 TODA MUJER TIENE DERECHO A
ESTAR LIBRE DE VIOLENCIA Y MALTRATOS
NADIE PUEDE ABUSAR FÍSICAMENTE DE TI

2 TODA MUJER TIENE DERECHO A
OBTENER INFORMACIÓN, AL CONSENTIMIENTO O RECHAZO INFORMADO, Y AL RESPETO A SUS DECISIONES Y PREFERENCIAS, INCLUIDA SU DECISIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL PERIODO DE CUIDADO MATERNO
NADIE TE PUEDE OBLIGAR, NI HACER COSAS CONTIGO, SIN TU CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

3 TODA MUJER TIENE DERECHO A
LA PRIVACIDAD Y LA CONFIDENCIALIDAD
NADIE PUEDE EXPONERTE A TI, NI DIVULGAR TU INFORMACIÓN PERSONAL

4 TODA MUJER TIENE DERECHO A
SER TRATADA CON DIGNIDAD Y RESPETO
NADIE PUEDE HUMILLARTE, NI ABUSAR VERBALMENTE DE TI

También son derechos, en función del consentimiento informado, las responsabilidades de derechos humanos, incluyendo la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, el Convenio sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, el Reporte de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre promover la mortalidad materna, morbilidad y derechos humanos, y la Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, Beijing. También se hace referencia a instrumentos nacionales cuando hacen mención específica sobre las mujeres en edad reproductiva.

La maternidad segura, se trata de la prevención de la muerte y la discapacidad. Se el respeto por la humanidad, sentimientos, decisiones y preferencias de toda mujer.

CUIDADO MATERNO RESPETUOSO: LOS DERECHOS UNIVERSALES DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA



5 TODA MUJER TIENE DERECHO A
LA IGUALDAD, A LA NO DISCRIMINACIÓN, Y A CUIDADOS EQUITATIVOS
NADIE TE PUEDE DISCRIMINAR A CAUSA DE ALGO QUE NO LE COSTE DE TI

6 TODA MUJER TIENE DERECHO A
RECIBIR CUIDADOS MÉDICOS OPORTUNOS Y EN EL NIVEL DE SALUD MÁS ALTO POSIBLE
NADIE PUEDE IMPEDIR QUE RECIBAS EL CUIDADO MATERNO QUE NECESITES

7 TODA MUJER TIENE DERECHO A
LIBERTAD, AUTONOMÍA, A DECIDIR POR SÍ MISMA, Y ESTAR LIBRE DE TODA COACCIÓN
NADIE PUEDE DETENERTE A TI, NI A TU RED, SIN UNA AUTORIZACIÓN LEGAL

La falta de respeto y el abuso durante el periodo de cuidados maternos son una violación de los derechos humanos universales de las mujeres.



Para más información visita:
www.whitecintalliance.org/respectfulcare



<https://undocs.org/es/A/74/137>

Naciones Unidas

A/74/137



Asamblea General

Distr. general
11 de julio de 2019
Español
Original: inglés

Septuagésimo cuarto período de sesiones
Tema 26 a) de la lista preliminar*
Adelanto de la mujer: adelanto de la mujer

**Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato
y la violencia contra la mujer en los servicios de salud
reproductiva, con especial hincapié en la atención del
parto y la violencia obstétrica**

Nota del Secretario General



Seminario Psicopatología del Parto y Nacimiento

aspectos psicológicos del parto traumático

Imparten: Ibone Olza
Cristina Cortés

Información e inscripciones:
saludmentalperinatal.es



Madrid, 14 de mayo de 2020
Online



PRINCIPALES REFERENCIAS

- Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 552-567.
- Ayers, S., & Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 28(2), 111-118.
- Ayers, S., Wright, D. B., & Thornton, A. (2018). Development of a measure of postpartum PTSD: The city birth trauma scale. *Frontiers in Psychiatry*, 9
- Beck, C. T. (1983). Parturients' temporal experiences during the phases of labor. *Western Journal of Nursing Research*, 5(4), 283-300.
- Beck, C. T. (2004). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28-35.
- Beck, C. T. (2006). Pentadic cartography: Mapping birth trauma narratives. *Qualitative Health Research*, 16(4), 453-466.
- Beck, C. T. (2011). A metaethnography of traumatic childbirth and its aftermath: Amplifying causal looping. *Qualitative Health Research*, 21(3), 301-311.
- Beck, C. T., & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: A tale of two pathways. *Nursing Research*, 57(4), 228-236.
- Beck, C. T., & Watson, S. (2016). Posttraumatic growth after birth trauma: "I was broken, now I am unbreakable". *MCN. the American Journal of Maternal Child Nursing*, 41(5), 264-271.
- Beck, C. T., & Watson, S. (2019). Mothers' experiences interacting with infants after traumatic childbirth. *MCN. the American Journal of Maternal Child Nursing*, 44(6), 338-344.



PRINCIPALES REFERENCIAS

- Buckley, Sarah Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care (2015)
- Carter, C. S. (2003). Developmental consequences of oxytocin. *Physiology & Behavior*, 79(3), 383-397.
- Carter, C. S., Boone, E. M., Pournajafi-Nazarloo, H., & Bales, K. L. (2009). Consequences of early experiences and exposure to oxytocin and vasopressin are sexually dimorphic. *Developmental Neuroscience*, 31(4), 332-341.
- Gallup, G. G., Jr, Nathan Pipitone, R., Carrone, K. J., & Leadholm, K. L. (2010). Bottle feeding simulates child loss: Postpartum depression and evolutionary medicine. *Medical Hypotheses*, 74(1), 174-176.
- Gottlieb, S. E., & Barrett, D. E. (1986). Effects of unanticipated cesarean section on mothers, infants, and their interaction in the first month of life. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics : JDBP*, 7(3), 180-185.
- Gregory, S. G., Anthopoulos, R., Osgood, C. E., Grotegut, C. A., & Miranda, M. L. (2013). Association of autism with induced or augmented childbirth in north carolina birth record (1990-1998) and education research (1997-2007) databases. *JAMA Pediatrics*, doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2904;
- Joseph, S., & Bailham, D. (2004). Traumatic childbirth: What we know and what we can do. *RCM Midwives : The Official Journal of the Royal College of Midwives*, 7(6), 258-261.
- Kersting, A., Dorsch, M., Wesselmann, U., Ludorff, K., Witthaut, J., Ohrmann, P., . . . Arolt, V. (2004). Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(5), 473-476.
- Olza Fernandez, I., Marin Gabriel, M. A., & Gil Sanchez, A. (2012). Neurobiología del parto. *Maternidad y salud: Ciencia, conciencia y experiencia* (). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Retrieved from NIPO en línea: 680-12-110-X
- Olza Fernandez, I., Marin Gabriel, M. A., Garcia Murillo, L., Malalana Martinez, A. M., Costarelli, V., & Millan Santos, I. (2013). Mode of delivery may influence neonatal responsiveness to maternal separation. *Early Human Development*, 89(5), 339-342.
- Olza-Fernández, I. (2010). El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. *Cuadernos De Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace*, 23(96), 35-41.
- Olza-Fernandez, I., Garcia-Murillo, L., & Palanca-Maresca, I. (2012). Breastfeeding following emergency peripartum hysterectomy. *Breastfeeding Medicine : The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 7, 307-309.
- Olza-Fernandez, I., Marin Gabriel, M. A., Gil-Sanchez, A., Garcia-Segura, L. M., & Arevalo, M. A. (2014). Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(4), 459-472.



PRINCIPALES REFERENCIAS

- Sarine S. Janetsian-Fritz et al. Maternal deprivation induces alterations in cognitive and cortical function in adulthood, *Translational Psychiatry* (2018). (Gallup, Nathan Pipitone, Carrone, & Leadholm, 2010)
- Sawyer A, Ayers S. Post-traumatic growth in women after childbirth. *Psychol Health*. 2009;24(4):457-471.
- Smith J, Plaat F, Fisk NM. The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG*. 2008;115(8):1037-1042.
- Swain, J. E., Tasgin, E., Mayes, L. C., Feldman, R., Constable, R. T., & Leckman, J. F. (2008). Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(10), 1042-1052.
- Waldenstrom, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth (Berkeley, Calif.)*, 31(2), 102-107.
- Waldenstrom, U., & Schytt, E. (2009). A longitudinal study of women's memory of labour pain--from 2 months to 5 years after the birth. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(4), 577-583.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(6), 638-646.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 31(1), 17-27.



DISCLAIMER

- Estas presentaciones son para uso exclusivo de las alumnas y alumnos del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. No pueden ser compartidas ni reenviadas ni mucho menos subidas a la red.
- Si deseas utilizar alguna parte con fines de docentes puedes hacerlo siempre y cuando cites la fuente (iboneolza@IESMP) y nos lo comuniques y/o envíes una copia del trabajo si es posible.
- Este trabajo forma parte de un libro en construcción por lo que te ruego seas especialmente cuidadosa con el mismo. Es el resultado de infinitas horas de estudio y trabajo. Si lo comparto es con el fin de facilitar la formación y el aprendizaje que en última instancia favorezca una mejor atención a las madres y los bebés.
- Gracias por tu interés y esfuerzo



DISCLAIMER

- Estas presentaciones son para uso exclusivo de las alumnas y alumnos del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. No pueden ser compartidas ni reenviadas ni mucho menos subidas a la red.
- Si deseas utilizar alguna parte con fines de docentes puedes hacerlo siempre y cuando cites la fuente (iboneolza@IESMP) y nos lo comuniques y/o envíes una copia del trabajo si es posible.
- Este trabajo forma parte de un libro en construcción por lo que te ruego seas especialmente cuidadosa con el mismo. Es el resultado de infinitas horas de estudio y trabajo. Si lo comparto es con el fin de facilitar la formación y el aprendizaje que en última instancia favorezca una mejor atención a las madres y los bebés.
- Gracias por tu interés y esfuerzo