



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Experiencias de Parto Traumático y su Relación con el
Vínculo Materno-Infantil en la Primera Infancia

Reporte de Investigación

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Beatriz Wendolin Mendoza Gómez

Directora: Dra. Anabel de la Rosa Gómez



Los Reyes Iztacala Tlalnepanitla, Estado de México, 01 de diciembre de 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción	4
<i>Planteamiento del Problema.....</i>	<i>4</i>
Marco teórico	6
<i>Trauma psicológico</i>	<i>6</i>
<i>TEPT.....</i>	<i>7</i>
<i>Parto traumático</i>	<i>8</i>
<i>Vínculo emocional madre-hijo</i>	<i>10</i>
<i>Complicaciones médicas relacionadas con el trauma psicológico en el parto</i>	<i>14</i>
<i>Percepción de falta de control en el parto</i>	<i>16</i>
<i>Apoyo social</i>	<i>17</i>
Pregunta de investigación	18
Hipótesis	18
Método.....	18
Objetivos.....	18
Consideraciones éticas	23
Resultados.....	23
<i>La experiencia del parto</i>	<i>25</i>
<i>Apoyo social.....</i>	<i>28</i>
<i>Vínculo de apego.....</i>	<i>30</i>
<i>Amamantamiento (Lactancia Materna)</i>	<i>35</i>
Discusión	36
Discusión y Conclusión.....	42
Limitantes	43
Recomendaciones	44
Referencias.....	46
Apéndices	52

Resumen

El presente estudio exploró la conexión entre las experiencias de parto traumático y la calidad del vínculo materno-infantil durante la primera infancia con el objetivo de comprender cómo las vivencias influyen en la relación emocional y de cuidado entre las madres y sus hijos en los primeros años de vida. Se empleó un enfoque mixto, combinando instrumentos cuantitativos: la escala PCL-5 y entrevistas semiestructuradas cualitativas. Un cuestionario estandarizado sobre experiencias de parto traumático se administró a una muestra de 34 madres latinoamericanas procedentes de Venezuela, Colombia, Brasil y México. Además, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas para obtener percepciones más profundas sobre el vínculo materno-infantil de cinco madres con diferentes antecedentes culturales y socioeconómicos. Esta investigación reveló que el trauma se origina principalmente en la interacción con el personal médico, contrastando con las expectativas maternas. Además, la calidad del apoyo social y la lactancia materna impactan significativamente en la salud mental materna, con posibles repercusiones en la crianza. A pesar de las transformaciones en la percepción de su papel social tras la llegada del hijo, la mayoría de las madres informó que el vínculo de apego con sus hijos se mantuvo sin alteraciones, centrado en el cuidado y atención a las necesidades infantiles. Las entrevistas proporcionaron entendimiento sobre la complejidad de este fenómeno y cómo factores contextuales y de apoyo pueden modular este impacto. Sin embargo, una de las principales limitantes de este estudio radica en la representatividad de la muestra, que podría no reflejar completamente la diversidad de experiencias. Además, la naturaleza retrospectiva de la recopilación de datos podría influir en la precisión de las memorias de las madres sobre el parto. Las conclusiones sugieren la necesidad evaluar el nivel de trauma psicológico en las madres que han experimentado un parto traumático además del diseño de intervenciones psicológicas enfocadas en la percepción del apoyo social con el objetivo de atender tempranamente efectos que pueden impactar la calidad de la relación con sus hijos durante la primera infancia. Así como la implementación de programas de entrenamiento para personal médico enfocados en sensibilidad y apreciación cultural para proveer cuidado apropiado a las madres durante el parto. Este conocimiento puede tener implicaciones significativas para la práctica clínica y las políticas de salud materno-infantil.

Introducción

Planteamiento del Problema

Este trabajo analiza como la experiencia del parto traumático puede afectar la relación entre madre e hijo en los primeros años. La maternidad muchas veces es entendida erróneamente como un proceso natural en el que el vínculo entre madre e hijo es inherente. Sin embargo, el vínculo de apego materno es una construcción que sufre influencia de múltiples fuentes, tanto sociales como biológicos (American Psychological Association, s.f.).

Cada una de las etapas que la conforman conllevan retos (la concepción, el embarazo, el parto y después la crianza de un nuevo ser) y afecta tanto a hombres como a mujeres ya que el trauma no solo se forma de la experiencia propia, sino que también afecta a las personas que presencian el evento traumático (APA, s.f.). El parto, es la conclusión de nueve meses de construcción de la relación de madre e hijo/hija, que se va gestando desde el descubrimiento del embarazo y concluye en un momento de alta tensión y adrenalina, y en especial, vulnerabilidad. Un ambiente potencialmente sensible a formación de experiencias traumáticas, ya que marca un antes y después no solo de la experiencia individual, sino que también impacta como la madre se relaciona con el mundo y con el nuevo ser que emergerá de ese proceso.

De acuerdo con una encuesta internacional realizada por la Asociación de Trauma en el Parto de Australasia (ABTA, 2022), el 73% de las encuestadas indicó que sus lesiones al momento del parto habían afectado su decisión sobre si tener otro bebé, además que sus lesiones habían afectado su relación con sus hijos. En otro estudio Alcorn et al. (2018), informó que, de 1066 mujeres encuestadas para medir la prevalencia de trauma en diferentes momentos, antes y después del parto, aproximadamente el 45% reportaron haber sufrido trauma a consecuencia de éste. Lo anterior deja de manifiesto la alta incidencia de partos traumáticos, aunque cabe aclarar que el tener un parto traumático no garantiza tener el diagnóstico de TEPT.

En el proceso del parto, el trauma puede derivar de diversas experiencias negativas; por ejemplo: intervenciones médicas invasivas, partos difíciles o dolorosos, complicaciones

inesperadas o emergencias obstétricas, violencia de género, entre otras (ABTA, 2022). Estas experiencias pueden influenciar las conductas de crianza y el vínculo afectivo entre madres e hijos, por ejemplo: pueden surgir traumas relacionados con el estrés crónico, el agotamiento emocional, la falta de apoyo o el sentimiento de incapacidad para satisfacer las necesidades del bebé.

Diversos estudios se han canalizado a observar las relaciones entre el parto traumático y otras variables tales como el TEPT Post parto, el estrés, los predictores del TEPT en la experiencia del parto, así como la efectividad de las intervenciones en mujeres con TEPT (Van Heumen et al., 2018; Alcorn et al., 2018; Wilson et al., 2017; Gerger et al., 2014). Sin embargo, existe pocas investigaciones que se centren en la relación entre parto traumático y el vínculo de apego que se desarrolla entre madre e hijo/hija.

En la actualidad estos procesos han cobrado mayor importancia para la opinión pública, por ejemplo, en Australia se creó en 2023 una comisión parlamentaria con el objetivo específico de indagar con la población en general los principales causas y factores generados por el parto traumático, las cuales incluyen la evaluación de prácticas en cuidado obstétrico, el uso de instrumentos quirúrgicos en partos asistidos, el impacto físico, emocional, psicológico y económico del trauma en el parto. Lo anterior para actualizar, mejorar o crear legislación que se adecue a las necesidades reales de las personas que sufren esta problemática (Parliament of New South Wales, 2023).

Esta investigación contribuirá para conocer si las experiencias traumáticas en el parto pueden afectar las interacciones entre madre e hijos. Los resultados podrán utilizarse para encontrar líneas de acción preventivas para aminorar el riesgo de la afectación en el proceso de crianza. Además de dar a conocer cuáles son los eventos que a consideración de las afectadas pueden contribuir a aminorar el riesgo de sufrir procesos de parto traumático.

Marco teórico

Trauma psicológico

En la psicología clínica, trauma es entendido como una respuesta emocional a un evento terrible como un accidente, un crimen o un desastre natural. Son típicas reacciones como la conmoción y la negación. Las reacciones a más largo plazo incluyen emociones impredecibles, escenas retrospectivas, relaciones tensas y síntomas físicos. Son situaciones extremadamente aterradoras o angustiantes tienen el potencial de causar daño psicológico. Este daño, se denomina trauma y puede influir en la habilidad de una persona para enfrentar desafíos o funcionar de manera habitual (APA, 2022).

Las reacciones ante experiencias traumáticas varían entre individuos. Muchos se recuperan con apoyo de amigos y familiares, sin enfrentar problemas a largo plazo (Australian Psychological Society [APS], 2023).

Algunas personas pueden tener problemas inmediatos o diferidos después de un evento traumático. Estos eventos perturbadores pueden ser incidentes que ponen en peligro la vida o amenazan el bienestar físico y mental. Ejemplos incluyen actos violentos, desastres naturales, traumas interpersonales, pérdidas trágicas y accidentes graves. El impacto de un evento de esta naturaleza varía según la persona, siendo necesario enfocarse en su vivencia y consecuencias (APS, 2023).

La mayoría de quienes atraviesan un evento traumático no requerirán tratamiento, pero para otros, la asistencia de un profesional de salud mental será esencial para procesar la experiencia de manera segura. Si los síntomas traumáticos resultan abrumadores o afectan las actividades diarias como trabajo, estudio, familia y relaciones, se debe buscar ayuda psicológica. Indicadores de la necesidad de tratamiento incluyen dificultad para manejar emociones intensas, sensaciones físicas perturbadoras, emociones angustiosas persistentes, tensión física, insomnio, falta de apoyo emocional, problemas en relaciones, y aumento del consumo de sustancias (American Psychiatric Association [APA], 2022).

Los tratamientos abarcan intervenciones psicológicas especializadas, como terapia cognitivo-conductual, terapia de exposición y desensibilización, y reprocesamiento de movimientos oculares (EMDR). Estos enfoques se centran en educación, manejo del estrés y afrontamiento de situaciones temidas y recuerdos dolorosos. En ocasiones, los antidepresivos pueden complementar los tratamientos psicológicos centrados en el trauma. No obstante, en algunos casos, vivir un evento traumático o estar expuesto de manera continua a situaciones traumáticas puede conducir al desarrollo de un trastorno de estrés postraumático (TEPT) (APA, s.f.).

TEPT

El trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT) es una afectación incluida en el DSM-V. De acuerdo con este manual, la característica esencial del TEPT es el desarrollo de síntomas específicos tras la exploración de uno o más eventos traumáticos. Clínicamente puede presentarse con síntomas emocionales y de comportamiento, anhedonia o estados de ánimo disfóricos y cogniciones negativas, en otros individuos sobresalen la excitación y la externalización de síntomas reactivos mientras que en otras personas predominan los síntomas disociativos o inclusive la combinación de varios de estos síntomas (APA, 2014).

Dentro del criterio A se especifican como trastornos experimentados directamente la exposición a la guerra como combatiente o civil, la amenaza o el asalto físico real, la agresión física, el robo, el secuestro, violencia doméstica. Los eventos traumáticos y las pérdidas son comunes en la vida de las personas (APA, 2014). Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (2013), en 21 países, más del 10% de los encuestados experimentaron violencia presencial o interpersonal, accidentes, exposición a la guerra o trauma de seres queridos. El estudio también reveló que alrededor del 3.6% de la población mundial sufrió trastorno de estrés postraumático en el año anterior.

De acuerdo con Centro Australiano para la Salud Mental Post-Trauma (ACPMH, 2021), las personas que experimentan TEPT pueden revivir el trauma como recuerdos dolorosos, recuerdos de escenas relámpago, sueños recurrentes o pesadillas. Además, evitan lugares y actividades que les recuerdan el evento traumático o un estado de alerta

exagerado, dificultad para dormir, dificultad para concentrarse o culpa por sobrevivir al evento cuando otros no lo hicieron.

Según Barbano et al. (2019), el TEPT engloba una serie de síntomas que pueden manifestarse algún tiempo después de haber enfrentado un evento potencialmente traumático, el cual puede involucrar la muerte real o la amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual. La exposición a dichos eventos puede ocurrir de diversas formas:

- Experimentar directamente el evento traumático.
- Presenciar el evento cuando le sucede a otra persona en persona.
- Enterarse de que el evento afectó a un familiar cercano o a un amigo cercano.
- Estar expuesto repetida o intensamente a las secuelas del trauma, como es el caso de los socorristas en situaciones de emergencia.

No obstante, con una intervención psicológica adecuada, las probabilidades de recuperación son significativas (McGreevy & Boland, 2020). Sin tratamiento, las personas enfrentan un mayor riesgo de desarrollar TEPT crónico y otros trastornos de salud mental, como depresión, ansiedad y problemas con el consumo de alcohol o drogas.

Parto traumático

El parto psicológicamente traumático, o parto traumático, sucede según ABTA (2022), cuando una mujer experimenta distrés psicológico como resultado de una lesión sufrida por ella o su bebé. Mientras que Greenfield et al. (2016), lo define como un evento que implica situaciones o cuidados que generan una intensa angustia o trastorno emocional, pudiendo o no causar daño físico, pero que conlleva una angustia psicológica persistente. Este fenómeno abarca el dolor y la tristeza en una magnitud que lleva a la madre hacia una condición traumática con un efecto psicológico prolongado.

En una investigación cualitativa realizada por Taghizadeh et al. (2013) en Teherán, se entrevistó a 23 madres que cumplieron con los criterios del DSM-IV para haber experimentado un parto traumático. El estudio resaltó que el trauma psicológico puede

oscurecer la experiencia de cambio de rol de las madres, afectando su capacidad para tomar decisiones y teniendo un impacto en su salud. Por ejemplo, el parto traumático puede dificultar las relaciones de pareja y afectar la conexión madre-bebé a largo plazo, llevando a algunas madres a sentirse aisladas en el ámbito de la maternidad. Se observó una falta de comprensión por parte de las parejas, y en términos de toma de decisiones y salud, se encontró que algunas madres, debido al trauma, posponen o evitan futuros embarazos, incrementando la propensión a optar por la cesárea en embarazos subsiguientes.

Las madres entrevistadas expresaron su deseo de evitar volver a vivir el proceso de parto, lo cual se asemeja a los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, según el DSM V. La teoría del procesamiento emocional podría proporcionar una comprensión de estas reacciones de evitación, ya que sugiere que las asociaciones de miedo patológico se forman en la memoria, llevando a las personas a percibir amenazas que no son reales (De la Rosa, 2013).

En cuanto a la salud mental de las madres, los resultados del estudio mostraron que, en respuesta al trauma del parto, las participantes experimentaron trastornos del estado de ánimo, luto, depresión, ansiedad, TEPT e incluso psicosis en un caso. Los autores señalan que la mayoría de los estudios sobre parto traumático analizan las afectaciones desde el desarrollo de TEPT, lo cual es relativamente raro.

En otro estudio en Holanda con 1599 mujeres (Van Heumen et al., 2018), se buscó identificar factores predisponentes para el desarrollo del Trastorno de Estrés Post traumático en el postparto (PP-TEPT). Solo el 17.4% cumplió con los criterios diagnósticos para TEPT según el DSM-V, mientras que el 26% informó que sus síntomas coincidían con los criterios en un parto anterior. El estudio destacó factores predisponentes como el bajo soporte social,

habilidades limitadas de afrontamiento y experiencias de amenaza de muerte hacia ellas o su bebé.

Sin embargo, pocos estudios exploran la experiencia del trauma psicológico postparto más allá del TEPT, a pesar de que afecta a un mayor número de mujeres. Según el Instituto Europeo de Salud Perinatal (IESP, 2016), aproximadamente el 25% de los partos en el Reino Unido son percibidos como traumáticos por las propias mujeres, una cifra sorprendentemente alta. Esto implica que alrededor de 173,000 mujeres experimentan un trauma durante el parto cada año en el Reino Unido, en comparación con el 1% de los nacimientos que involucran muerte neonatal o amenaza de esta. Este contraste subraya la importancia de comprender la experiencia subjetiva de las mujeres durante el parto.

Un tercio de las mujeres experimenta un trauma subclínico, enfatizando la necesidad de considerar las respuestas al trauma como un espectro continuo. Aunque no todas desarrollarán un trastorno diagnóstico, muchas experimentan niveles significativos de estrés y síntomas que pueden persistir sin tratamiento durante años. Esto puede tener un impacto significativo en embarazos futuros y en experiencias posteriores de parto. Algunas mujeres, después de una experiencia de parto negativa, optan por tener solo un hijo debido a la dificultad emocional que enfrentan al considerar otro embarazo y parto (IESP, 2016). Es crucial continuar explorando la experiencia del trauma psicológico relacionado con el parto para comprender mejor sus implicaciones y desarrollar intervenciones efectivas.

Vínculo emocional madre-hijo

La teoría del apego, desarrollada por John Bowlby y posteriormente ampliada por Mary Ainsworth, es un enfoque que se centra en el vínculo emocional y afectivo entre el cuidador principal, generalmente la madre, y el niño. Esta teoría sostiene que la calidad de este vínculo durante la infancia tiene un impacto profundo en el desarrollo emocional y

social del niño a lo largo de su vida. El apego seguro se caracteriza por la confianza en que el cuidador responderá a las necesidades del niño de manera sensible y consistente, proporcionando un sentido de seguridad y base para explorar el mundo. Por otro lado, los problemas en el apego pueden dar lugar a dificultades emocionales y de relación en la vida adulta (Bowlby, 1988).

Ainsworth et al. (2015), hace referencia a la reciprocidad y sincronía como características de la sensibilidad maternal. Estas son desarrolladas con el tiempo y están sujetas a ajustes continuos, ya que están en construcción constante. En tanto que Winnicott introdujo el término “preocupación maternal primaria” para describir la fase de los primeros meses de vida del bebé y en donde la madre siente una necesidad constante de estar pendiente de éste. Esta etapa es crucial para el desarrollo del mundo interno del niño ya que con base en ella conformará su identidad y fincará las bases de sus relaciones con los otros (Winnicott, 1960-1963). La relación de crianza en esta investigación contempla el término paternidad positiva, el cual se refiere a acciones por ejemplo la calidez, sensibilidad, establecimiento de límites, andamiaje y reforzamiento adecuados a contingencias. Mientras que crianza negativa podría referirse a inconsistencia, exageración, control y dureza (Taraban et al., 2017).

El crecimiento en importancia en el campo de la psicología clínica y la aportación a la psicoterapia están en sintonía con la meta inicial de John Bowlby para la teoría del apego como un concepto fundamental para comprender el funcionamiento de la personalidad, las dificultades en las relaciones, el malestar y los trastornos psicológicos a lo largo de toda la vida (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1982, 1988, Citados en George et al, 2023).

La característica principal de la seguridad en el apego se manifiesta en las respuestas de las historias que muestran la habilidad y la disposición de los individuos para pensar en la angustia del apego o buscar a las figuras de apego en busca de ayuda y consuelo. Por ejemplo, cuando un niño se cae del resbaladero y va llorando con su madre. El niño va a buscar consuelo con su figura de apego principal y si la respuesta de esta persona, que generalmente es la madre, es recíproca entonces el vínculo de apego se

reforzará, creando un apego seguro. Sin embargo, diferentes historias pueden desprenderse de esta relación. Ahí radica la importancia del valor de conexión, integridad de sí mismo y balance en los relacionamientos (APA, s.f.; Bowlby, 1980).

De acuerdo con la Teoría de Apego existen aparte del apego seguro otras 3 categorías. Apego desestimado se caracteriza por la prevalencia de procesos defensivos de desactivación sin la habilidad de unirlos. Este patrón refleja evaluaciones negativas como sentirse castigado o sin valor. Apego preocupado se caracteriza por procesos defensivos de desconexión cognitiva. Apego no resuelto o desorganizado, es la incapacidad para controlar y reorganizar historias que muestren señales de sistemas separados. Las respuestas no resueltas ilustran cómo las personas se ven abrumadas por sus temores de apego mientras narran una historia y no pueden controlarlos.

Bowlby (1988), denomina comportamientos de apego a cualquier acción realizada por un bebé o niño pequeño que tiene como objetivo acercarse físicamente al cuidador, como llorar, sonreír, gatear hacia él o aferrarse a él. La tabla 1 muestra las fases de apego que usualmente desarrolla un niño pequeño en los primeros meses de vida. En la etapa de "Discriminación Limitada" el bebé tiene una capacidad limitada para distinguir entre personas. En la siguiente fase, el bebé desarrolla preferencias claras por ciertos cuidadores. La etapa de "Base Segura y Refugio Seguro" implica que el niño utiliza a la figura de apego como un lugar seguro para explorar y como refugio en momentos de miedo o angustia. Finalmente, a partir de los 18 meses, los niños y sus cuidadores aprenden a ajustar metas juntos y el niño comienza a considerar y anticipar las acciones del cuidador, equilibrando su autonomía con la dependencia en el cuidador.

Tabla 1 - Etapas en el desarrollo del apego Características (Boris et al., 1999).

Fase	Características
"Discriminación Limitada" (Nacimiento - 8 semanas)	En las primeras etapas, el bebé solo puede distinguir a las personas por su olor y sonidos.
"Discriminación con Preferencia Limitada" (2 - 7 meses).	A medida que el bebé crece, se vuelve más sociable y participativo, como mirar y balbucear, aunque sus señales se dirigen a los cuidadores familiares, aún no muestran preferencias claras.

"Apego Preferido" (7 - 12 meses)	Con el tiempo, el bebé se vuelve más selectivo y desarrolla preferencias definidas por un pequeño grupo de cuidadores, clasificándolos en jerarquía. En esta fase, empiezan a manifestarse la desconfianza ante los desconocidos y las protestas cuando se separa de los cuidadores.
"Base Segura y Refugio Seguro" (12 - 18 meses).	Los niños pequeños empiezan a utilizar a la figura de apego como un lugar seguro para explorar y un refugio cuando están asustados o angustiados.
"Formación de una Asociación Corregida por Objetivos" (A partir de los 18 meses).	Los niños y sus padres aprenden a ajustar sus objetivos juntos; el niño empieza a considerar de manera intencionada, anticipar y/o inferir las acciones probables del cuidador, equilibrando su autonomía con la dependencia en el cuidador.

La manera en que las personas interactúan en relaciones cercanas, influenciada por la autoestima y la confianza interpersonal, es conocida como estilo de apego. La seguridad del apego en adultos se relaciona con la calidad de sus vínculos en la niñez. Los adultos generalmente muestran cuatro estilos de apego: evasivo, temeroso, preocupado y seguro. Los diferentes estilos de apego en la infancia se vinculan con resultados psicológicos distintos en la niñez y más adelante en la vida (APA, s.f.).

La teoría del apego argumenta que muchos problemas de salud mental surgen de relaciones de cuidado insuficientes en los primeros años de vida, que no logran satisfacer las necesidades emocionales, de consuelo y protección del niño de manera adecuada. Según las ideas de Bowlby, el sistema de apego se activa en momentos de peligro, llevando a la persona a buscar cercanía con una figura de apego para obtener apoyo emocional y protección. En la adultez, el apego desempeña un papel crucial en el bienestar emocional y la competencia en el desarrollo, trascendiendo la mera protección física (Zhu, 2016). Esta relación de apego se puede ver influenciada negativamente si la madre presenta trastornos mentales.

En un estudio publicado por Muzik et al. (2017), las madres con depresión grave tenían más dificultades en la crianza, tanto según sus propios informes como en

observaciones. Mientras que aquellas con trastorno de estrés postraumático grave, resultado de traumas interpersonales en la infancia, mostraron comportamientos similares en la interacción con sus hijos que las madres sanas o aquellas expuestas a traumas pero que se recuperaron. La historia de maltrato en la infancia sin presencia de problemas psicológicos después del parto no indicaba un riesgo en la crianza.

Wilson et al. (2017) estudiaron una muestra de 52 madres que habían estado expuestas previamente a situaciones traumáticas. El estudio arrojó que la exposición a la violencia comunitaria y la gravedad de los síntomas del TEPT eran factores significativos que contribuían al estrés en la crianza de estas madres. Al profundizar en sus hallazgos, identificaron que el grupo de síntomas del TEPT relacionados con el "adormecimiento emocional" fue el único que mostró una asociación significativa con los niveles de estrés en la crianza de estas mujeres. Estos resultados subrayan la importancia de abordar de manera efectiva la exposición de las madres a la violencia en su comunidad, así como las dificultades que puedan tener en la regulación de sus emociones. La violencia puede tener un impacto significativo en la crianza.

Complicaciones médicas relacionadas con el trauma psicológico en el parto

El proceso del parto es uno de los momentos más significativos y emocionales en la vida de una mujer. Sin embargo, en algunos casos, este evento crucial puede ir acompañado de complicaciones médicas relacionadas con el trauma psicológico. Por ejemplo, hemorragias, infecciones, desgarros perineales, complicaciones de la cesárea, trombosis, retención de placenta, entre otras. El trauma en el contexto del parto puede tener efectos profundos en la salud mental y física de la madre, así como en el bienestar del recién nacido. Lo anterior destaca la importancia de comprender y abordar adecuadamente estas cuestiones en la atención médica materna y neonatal tanto en cesáreas como en partos vaginales (ABTA, 2022).

Se han investigado los efectos de diferentes tipos de parto (cesárea, vaginal asistido y no asistido) encontrando relaciones significativas con la sintomatología de TEPT. Por

ejemplo, en un estudio realizado en Suecia se examinó el estrés traumático después del parto en 1550 mujeres recién paridas en relación con diferentes variables obstétricas. Se evaluaron los síntomas de un trastorno de estrés postraumático (TEPT) de acuerdo con el DSM-IV y síntomas de estrés traumático utilizando la Escala de Eventos Traumáticos (TES). Se encontró que tanto los síntomas de estrés traumático como la presencia de un perfil de síntomas de TEPT estaban relacionados significativamente con haber experimentado una cesárea de emergencia o un parto vaginal asistido. Se observó también que la mayoría de las mujeres con un perfil de síntomas de TEPT habían tenido parto vaginal normal, lo que sugiere que un parto de esta naturaleza también puede ser experimentado como traumático. No obstante, no se encontró una correlación sustancial entre los síntomas de estrés traumático y la duración de la segunda etapa del trabajo de parto ni el uso de analgesia/anestesia (Soderquist et al., 2002).

La cesárea es un procedimiento vital cuando el parto vaginal representa un riesgo para la madre o el bebé. Los partos de cesárea se han incrementado a pesar de que los profesionales médicos de todo el mundo desde 1986 han considerado que la tasa ideal de cesáreas oscile entre un 10% a 15%. A este respecto, un estudio ecológico realizado por la Organización Mundial de la Salud, desveló que una parte significativa de la relación directa entre la tasa de cesáreas y la mortalidad puede ser atribuida a factores socioeconómicos. Sin embargo, se observó que incluso cuando la tasa de cesáreas se mantuvo en un 10%, hubo una disminución en la mortalidad materna y neonatal a medida que aumentaron las tasas de cesárea. Sin embargo, a medida que las tasas de cesárea continuaron aumentando más allá del 10% hasta alcanzar el 30%, no se identificó ningún impacto adicional en la mortalidad (WHO, 2013).

En 2020 en Australia, aproximadamente el 63% de las madres tuvieron partos vaginales, mientras que el 37% tuvo cesáreas (Australian Institute of Health and Welfare [AIHW], 2023). En México, Según un informe presentado por Uribe et al. (2018), México tenía una de las tasas de cesáreas más altas del mundo. En el período de 2016 a 2018, esta tasa aumentó del 43.9% al 45.5%, lo que representó un aumento relativo del 3.7%. Así

tenemos que los partos vaginales no instrumentales disminuyeron desde 2010, mientras que las cesáreas aumentaron. Este aumento también puede deberse a la maternidad postergada ya que cada vez más mujeres deciden ser madres después de los 38 años, lo que médicamente puede generar más complicaciones (Salinas et al., 2021).

Percepción de falta de control en el parto

Rápidamente lo que se comienza como un parto de bajo riesgo después puede escalar a un parto de emergencia, lo que resalta el sentimiento de la falta de control durante todo el proceso del parto. En un estudio conducido en Noruega, se analizaron 103 comentarios escritos libremente por mujeres acerca de su experiencia negativa, se identificaron tres temas fundamentales: 'Dificultades para la madre, el bebé o ambos', 'La sensación de no ser reconocidas ni escuchadas' y 'Una vivencia de dolor y falta de autonomía' (Henriksen et al., 2017). Mientras que, en otro estudio realizado en Inglaterra, la mayoría de las 412 mujeres entrevistadas fueron capaces de identificar las principales características de una experiencia positiva, entre ellas información, toma de decisiones, control y alivio del dolor (Laverder et al., 1999).

Vale la pena señalar que estas experiencias y la sensación de falta de control reportada por las madres en varios estudios a menudo están asociadas con cambios abruptos en el proceso de parto, comúnmente conocidos como complicaciones o emergencias. En tales situaciones el personal médico debe actuar con rapidez, lo que puede interrumpir la comunicación entre el equipo médico y la paciente. Un ejemplo de esto es el uso de episiotomías para reducir las desgarraduras vaginales. Aproximadamente el 25% de las madres australianas se sometieron a una episiotomía, y algunas mujeres pueden haber tenido tanto una episiotomía como algún grado de laceración. A nivel internacional, la tasa de laceraciones de tercer y cuarto grado (consideradas graves) en Australia fue la más alta entre los países de la OCDE tanto para partos vaginales no instrumentados como instrumentados. Estas discrepancias pueden atribuirse a variaciones en las prácticas clínicas y en la notificación en diferentes países (AIHW, 2023).

Una queja frecuente es que los médicos no siempre obtienen el consentimiento adecuado de las madres para realizar este procedimiento, el cual a veces puede tener consecuencias físicas duraderas, como dolor prolongado, incontinencia o afectar la calidad de las relaciones sexuales (AIHW, 2023).

Apoyo social

El apoyo social desempeña un papel esencial en la mitigación del malestar asociado al parto y la reducción de los síntomas de la depresión posparto, como el baby blues. Numerosas investigaciones han subrayado la importancia de establecer una red de apoyo con el fin de contrarrestar los efectos negativos del proceso de parto (Harandi et al., 2017; Henriksen et al., 2017). Por ejemplo, un metaanálisis realizado en Irán reveló una correlación significativa entre el apoyo social y la salud mental de las madres durante el parto. Esto ha llevado a recomendaciones gubernamentales para enfatizar la relevancia de las relaciones familiares y proporcionar recursos que ayuden a las personas a construir sus propias redes de apoyo (Bedaso et al., 2021).

A pesar de la percepción generalizada de que el apoyo social es esencial, algunas investigaciones han demostrado que muchas madres consideran que el apoyo recibido durante el parto es insuficiente o inadecuado. Esto se debe a menudo a la falta de comprensión de la depresión posparto por parte de familiares y parejas, lo que resulta en frustración para las madres. Incluso cuando la familia y los amigos están disponibles, algunas mujeres buscan apoyo individual y no estructurado de sus pares, quienes pueden proporcionar una sensación de familiaridad y comprensión de lo que están viviendo (Tani & Castagna, 2016). Cuando se considera el prolongado período de estrés que experimentan algunas madres después del parto, es necesario examinar los tipos de apoyo que pueden ser particularmente relevantes para este grupo de mujeres que desempeñan roles duales de madres y trabajadoras remuneradas. El apoyo social es especialmente relevante en este contexto.

Las diferencias en la calidad del apoyo social se hacen aún más evidentes cuando se trata de madres con antecedentes migrantes o pertenecientes a minorías étnicas. En

estos casos, las barreras lingüísticas, el aislamiento, la opresión social y racial, el miedo y la desconfianza agravan la falta de redes de apoyo y la conexión con las referencias culturales de sus países de origen. (De Sousa Machado et al., 2020; Olcoñ et al., 2023).

Es importante destacar que las diferencias en el apoyo social y su calidad también pueden influir en la salud materna, incluida la probabilidad de complicaciones en el embarazo o la aplicación de intervenciones excesivas durante el parto. Investigaciones realizadas en Australia han revelado que los servicios de atención materna a veces son insuficientes y que el estándar de atención no es óptimo (Olcoñ et al., 2023), lo que enfatiza la necesidad de mejorar la atención a las madres con antecedentes migrantes. De ahí la importancia de conocer los factores que podrían ayudar a superar el trauma a las madres con estos antecedentes de diversidad cultural (Raghavan & Sandanapitchai, 2020).

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación existente entre el parto traumático y el vínculo de apego con su hijos e hijas en los primeros años?

Hipótesis

H(0) Las madres que experimentaron un parto traumático informarán más problemas en el vínculo afectivo con sus hijos.

H(1) Las madres que experimentaron un parto traumático no informaran problemas en el vínculo afectivo con sus hijos.

H(0) Madres que experimentaron un parto traumático informarán comportamientos de crianza menos aptos.

H(1) Madres que experimentaron un parto traumático informaran comportamientos de crianza más aptos

Método

Objetivos

General

Analizar el impacto de haber experimentado un parto traumático y la relación inicial de la madre con su hijo o hija en los primeros años.

Específicos

- A. Definir parto traumático
- B. Describir Trauma debido a complicaciones medicas del parto
- C. Describir Trauma debido al trato por el equipo medico
- D. Describir el trauma debido a la incerteza del proceso del parto debido a la falta de control percibida por la madre.
- E. Identificar la importancia del Apoyo social percibido por la madre
- F. Describir los modelos de vínculo entre madre y recién nacido

Diseño

El presente estudio adoptó una metodología mixta, un diseño transversal de alcance descriptivo, en este caso, la Escala PCL-5, y aplicaciones de entrevistas semiestructuradas individuales.

En particular, la Escala PCL-5 se utilizó como medio para identificar la sintomatología de estrés postraumático en una muestra compuesta por 34 madres latinoamericanas provenientes de México, Brasil, Colombia y Venezuela con hijos cuyas edades oscilaban entre los 6 meses y los 5 años. Es importante destacar que esta escala ha demostrado sólidos índices de fiabilidad y validez en investigaciones previas con poblaciones latinoamericanas, tal como se evidenció en el estudio de Zenteno et al. (2018).

La entrevista semiestructurada fue una adaptación de la Encuesta Stafford. Ésta se empleó para lograr una comprensión más profunda y amplia del fenómeno del parto. Fue aplicada a cinco de las participantes seleccionadas, incluyo 40 reactivos y tuvo una duración de entre 60 y 90 minutos.

Participantes

La muestra de participantes incluyo 34 mujeres latinoamericanas con al menos una experiencia de parto en los últimos 5 anos.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

Ser mujer latinoamericana hispanohablante o brasileña.

Vivir en su país de origen o en el exterior.

Haber tenido por lo menos un parto (vaginal o cesárea e instrumental o no instrumental) entre 2018 y 2023.

Criterios de Exclusión

No aceptar el consentimiento informado.

No aceptar participar en la etapa de entrevista

Instrumentos

PCL-5

La lista de verificación de TEPT para el DSM-5 (PCL-5) es una medida para la evaluación de TEPT. Los ítems del PCL-5 corresponden con los criterios del DSM-5 para el trastorno de estrés postraumático. El PCL-5 se puede utilizar para cuantificar y monitorear los síntomas a lo largo del tiempo, para detectar individuos con trastorno de estrés postraumático. Para este estudio se utilizaron las versiones adaptadas de la escala PCL-5 para las poblaciones mexicana (Zenteno et al., 2018) y brasileña (De Faria, 2021).

Entrevista semiestructurada individual

Se aplicó una adaptación de la entrevista Stafford ya que esta explora los acontecimientos sociales, psicológicos y psiquiátricos en el embarazo y puerperio. Ha estado en desarrollo desde 1992 y ahora se encuentra en su sexta edición. La entrevista tarda aproximadamente 2 horas en administrarse y tiene 130 sondas obligatorias y 185 valoraciones. Es adecuado para la práctica clínica, la docencia y la investigación (Brockington et al., 2019). Sin embargo, en esta ocasión solo se consideraron 5 de los aspectos del parto importantes para esta investigación que fueron experiencia del parto, atención médica, apoyo social post parto, involucramiento de la madre en el cuidado de sus hijos y sentimiento de apego. El cuestionario fue conformado por 40 preguntas y su aplicación tuvo una duración de entre 60 y 90 minutos.

Procedimiento

Las madres fueron convocadas a participar en un estudio de dos fases que combinaba métodos cuantitativos y cualitativos. La primera fase tenía como objetivo identificar si alguna de las madres presentaba sintomatología positiva de TEPT, al mismo tiempo que brindaba la oportunidad de participar en la segunda fase, que implicaba una entrevista exhaustiva acerca de sus vivencias.

1) En la primera fase, se les invitó por medio de redes sociales (*Whatsapp*, *Facebook e Instagram*) para que completaran la escala PCL-5 en línea vía *Google forms*. El formulario solicitaba la firma del consentimiento informado; datos generales, donde se les solicitó entre otros datos el correo electrónico con el fin de contactarlas en la segunda fase de la investigación y por último la escala PCL-5 de 20 preguntas. Dicha escala está diseñada para evaluar sintomatología para el trastorno de estrés postraumático (TEPT). El punto de corte fue determinado mediante dos factores como se describe a continuación

1.1) Los puntajes de gravedad de los síntomas del grupo DSM-5 se determinaron al sumar los puntajes de los elementos dentro de cada grupo. Estos grupos se dividieron de la siguiente manera: Grupo B (elementos 1-5), Grupo C (elementos 6-7), Grupo D (elementos 8-14) y Grupo E (ítems 15-20).

1.2) En la evaluación provisional del TEPT bajo el segundo factor, se considera que un ítem está respaldado como un síntoma cuando se califica como 2 = "Moderadamente" o superior. Luego, siguiendo los criterios de diagnóstico del DSM-5, se requiere al menos: 1 ítem del Grupo B (preguntas 1-5), 1 ítem del Grupo C (preguntas 6-7), 2 ítems del Grupo D (preguntas 8-14) y 2 ítems del Grupo E (preguntas 15-20) para hacer un diagnóstico de TEPT.

De lo anterior un total de ocho madres obtuvieron un puntaje mayor a 33 y calificaron con sintomatología moderada o superior de acuerdo con el segundo factor (Apéndice D). Los resultados iniciales de la investigación indicaron que un puntaje de corte en la Escala PCL-5 de entre 31 y 33 podría sugerir la presencia probable de TEPT en las muestras. Sin embargo, se debe considerar que el puntaje de corte puede variar según la población

evaluada y el propósito de la evaluación, por lo que se recomienda considerar ambos factores al seleccionar un puntaje de corte adecuado.

2) La segunda fase consistió en una entrevista semiestructurada de entre sesenta a noventa minutos de duración. Se procedió a contactar vía correo electrónico a las 8 madres que dieron positivo a sintomatología moderada o grave de TEPT. Solamente cinco de las ocho madres aceptaron ser entrevistadas y participaron voluntariamente.

3) Las entrevistas fueron online por medio de la plataforma *zoom*. Se hicieron un total de cinco entrevistas tomando como base la entrevista Stafford, la cual fue adaptada y solo se tomaron 40 preguntas que incluían los cinco aspectos relevantes para esta investigación: experiencia del parto, atención médica, apoyo social post parto, involucramiento de la madre en el cuidado de sus hijos y sentimiento de apego.

3.1) Dichas entrevistas se realizaron tanto en idioma portugués como en español por la autora de esta investigación. Se entrevistó en español a las participantes de México y en idioma portugués a las participantes brasileñas.

4) Posteriormente, los datos recolectados en las entrevistas fueron transcritos utilizando un software versión online de inteligencia artificial: *Cockatoo*. Dicho software transcribió los audios a archivos en formato Word. Además, como medida adicional las transcripciones en formato Word fueron revisadas con el audio de manera simultánea para eliminar incongruencias relativas a la traducción de los audios tanto en portugués como en español.

5) Finalmente, el análisis de los datos se realizó de forma manual utilizando el programa *Excel*, tomando como criterio base los temas abordados en los objetivos de la investigación.

Escenario

Online (plataforma *zoom*)

Técnica de recopilación de información

El presente estudio cuantitativo se realizó mediante la escala estandarizada PCL-5, versiones para poblaciones Latinoamérica hispanohablante (Apéndice A) y brasileña (Apéndice B).

La recopilación de información Cualitativa se realizó mediante entrevistas semiestructuradas. La entrevista incluyó 40 preguntas tomadas en la versión de la entrevista STAFFORD. Dichas entrevistas se realizaron tanto en idioma portugués como en español por la autora de esta investigación.

Categorías de análisis

La entrevista abordó cinco de los aspectos del parto importantes para esta investigación que fueron: experiencia de parto, atención médica, apoyo social post parto, involucramiento de la madre en el cuidado de sus hijos o hijas y vínculo de apego madre-hijo o hija.

Consideraciones éticas

Debido a la naturaleza del estudio, se tomaron varias consideraciones éticas con el fin de evitar al mayor grado posible exponer a las participantes a re-vivenciar los traumas o causar un daño psicológico. Las 34 participantes que respondieron la encuesta vía *Google forms* aceptaron el acuerdo informado de confidencialidad (Apéndice C). También se informó a las participantes el objetivo de la investigación en tres momentos cruciales, al lanzar la convocatoria para participar en redes sociales donde se solicitaba que respondieran la escala PCL-5, 2. Al solicitarles su participación en la entrevista vía correo electrónico y por último al iniciar la entrevista vía *zoom*. Además, se les facilitó varios números de atendimento psicológico gratuito disponibles en su comunidad o país de residencia.

Resultados

Un total de ocho mujeres cumplieron los criterios para ser entrevistadas (n = 34). Inicialmente todas ellas fueron invitadas a participar vía correo electrónico y solo cinco

accedieron a la entrevista. Las características de las participantes se presentan en la Tabla 1.

Todas las entrevistas se llevaron a cabo en línea. Las entrevistas duraron entre 60 y 90 minutos y se grabaron por medio de la plataforma *zoom*. Se utilizó el software de inteligencia artificial versión online para la transcripción de las entrevistas. Todas las mujeres habían experimentado un parto en los últimos 5 años; una de las participantes estaba embarazada al momento de la entrevista y tres madres estaban asistiendo a terapia regularmente.

Las cinco mujeres entrevistadas habían experimentado el nacimiento de su hijo como angustiante. Tres mujeres tuvieron un parto que también describieron como físicamente traumático, involucrando aspirador, episiotomía o un parto por cesárea de emergencia. Dos mujeres fueron separadas de sus bebés inmediatamente después del nacimiento y no tuvieron contacto piel con piel. Dos mujeres reportaron haber tenido un diagnóstico clínico de depresión anterior al parto. Una de ellas informó estar en tratamiento psicológico desde hace varios años debido al trauma por abuso sexual en la infancia, según lo diagnosticado por su profesional de salud mental. La lactancia materna y la re-inserción en la vida laboral fueron temas clave para todas las mujeres en este estudio.

Tabla 1. Datos Demográficos de los Participantes de la Segunda Etapa

Participante	Edad	País de Origen	Tipo de Parto	Información Adicional	Traumáticas/ Trastorno mental sufridos anterior al parto	Lactancia Materna / Formula
Participante 1	36	México/	Cesárea de Emergencia	24 hrs Inducción con oxitocina, sufrimiento fetal	SI, Abuso sexual	LME
Participante 2	42	México	Vaginal no instrumental	10 horas de labor de parto	SI, Ansiedad, Depresión	LME
Participante 3	32	México	Cesárea de Emergencia	20 hrs de labor de parto	SI, No especificado	LME
Participante 4	35	Brasil	Vaginal Instrumental	Episiotomía y Aspiradora	NO	AMBOS

Participante 5	34	Brasil	Vaginal no instrumental	18 hrs Labor de parto/ 4 hrs oxitocina	SI, Depresión	LME
-----------------------	----	--------	-------------------------	--	---------------	-----

LME: Lactancia Materna Exclusiva

La entrevista resaltó 4 temas principales: experiencia del proceso del parto; trato del personal médico, apoyo social y relación con los hijos y retos con la maternidad. Entre los subtemas se despliegan, expectativas del parto, lactancia materna, complicaciones médicas, falta de control. Estos temas, junto con subcategorías y citas ilustrativas se muestran en la Tabla 2.

La experiencia del parto

Este tema involucra dos componentes clave: las expectativas de la madre y la dinámica de la relación médico-paciente durante el proceso de parto. En lo que respecta a las expectativas, abarca la sensación de falta de control, en la que se observa que no se cumplieron las preferencias y planes previamente establecidos por la madre para el parto. Esto incluye circunstancias como la elección de utilizar anestesia o no, la realización de episiotomía u otras intervenciones médicas, de acuerdo con las preferencias de la madre.

Además, se destaca la percepción de que algunas madres se sintieron tratadas de manera impersonal o carente de empatía por parte del personal médico durante un momento de especial vulnerabilidad. Esto se convirtió en un punto crítico que generó sentimientos de frustración, fragilidad, miedo e incluso llevó a algunas de ellas a experimentar episodios de llanto.

“Sí, el doctor decidió... yo quería parto natural, entonces me indujo 24 horas con medicamento y después de eso dijo que ya no podía ponerme más medicamento y fuimos por cesárea. ...Pues sí fue frustrante porque uno por vanidad no quería la cicatriz, y otro quería la recuperación rápida que tiene un parto natural y quería vivir esa experiencia de mamá de natural y se me pues se me negó, no se permitió. A veces digo fue muy flojo el doctor y ya no siguió... No sé digo cosas así, pero sí frustrante de que no pude tener ninguno en natural...” (participante 1).

“O sea, lo poco que podía hablar o ser clara en qué sí quería y en qué no quería, no fue respetado. Entonces, no tuve, siento que no tuve el control de... pues nada. Entonces, Pues más que culpa yo siento que sí son responsables. Que es responsable tanto el hospital, porque tiene trabajando a personas así, como el equipo médico, por no empatizar, por sentir que fue como, ok, un procedimiento más. Entiendo, tengo una hermana que es médico, sé que necesitan hasta cierto punto mecanizar ese trabajo, pero no dejamos de ser personas, no soy solo un procedimiento” (participante 2).

“Yo tomé la anestesia y después tuve que tomar, ahora no me acuerdo el nombre, pero aquellos remedios para acelerar la contracción, oxitocina al final, porque como ella empezó a entrar en sufrimiento fetal y ellos colocaron oxitocina para ver si resultaba porque a la media noche ellos dijeron así: Si no evoluciona, tendremos que ir a una cesárea y yo comencé a llorar porque ya había estado todo el día en trabajo de parto y fue difícil...” (participante 5).

“Ellos no respetaron algunas cosas de mi plan de parto que yo había pedido y al final ellos querían forzarme a usar el fórceps y hacer la episiotomía y yo estoy totalmente contra la episiotomía. Yo les dije que prefiero rasgar como si fuera un corte natural, pero no un corte con un bisturi y las dos obstetras que estaban ahí presentes en el momento querían forzarme a cualquier costo. A hacer la episiotomía y usar el fórceps. Y entonces tuve que discutir con ellas, sentada en la cama, haciendo las compresiones. Y mi marido también tuvo que discutir con ellas hasta el punto de empezar a llorar, fue muy complicado” (participante 4).

La relación médico-paciente para dos de las madres fue una experiencia descrita como angustiante, donde ellas no solo reportaron que no se cumplieron sus peticiones, sino que a la vez se sintieron vulneradas en su derecho a recibir un trato digno. Recibiendo trato hostil por parte de los médicos y enfermeras de guardia y sintiéndose presionadas a aceptar procedimientos sin tener oportunidad de rechazarlos o por lo menos ser escuchadas por el

personal médico. Otras también reportaron la pasividad con la que actuó su médico obstetra elegido al no intervenir en el proceso del parto.

“Ya me dejaron como en una cama. Estaba en urgencias y ya me estaban preparando para entrar al quirófano. Y el médico de guardia dijo, no, ¿sabes qué? O sea, vas para cesárea y ¿cómo se te ocurre? De 42 semanas... No, no era mi médico. Fue en el transcurso en el que llegaba mi doctor. Le dije, no quiero la raquea. O sea, yo lo que quiero es moverme. Yo, este, pues tener un parto lo más respetado que se pueda. No, no quería como que me detuvieran y me pusieran un montón de medicamento y luego se transformara en cesárea. No es que sabes que, o sea, esto va para cesárea eres primeriza (hicieron como un ultrasonido rápido) y no es que tu bebé está muy cabezón, está bien grandote, te vas a desgarrar, que no sé qué, y ¡pum! todo eso se me empezó a llenar y ya, o sea, si ya no podía respirar, si ya me había calmado, ya otra vez. Y a partir de ahí, desde que me recibió el de urgencia, hasta... no pues ya, ya que terminó el parto, ya no me pude controlar. Ya lloraba, ya gritaba...” (participante 2).

La participante 2 inicialmente tenía expectativas claras para su parto, pero al llegar al hospital, se vio restringida a la cama por los médicos, lo que resultó en un parto estresante con llanto y gritos, a pesar de ser un parto de bajo riesgo. El trato del personal médico tuvo un impacto negativo en su experiencia de parto. Por otro lado, la participante 4 enfrentaba también una barrera lingüística e ilustra las discrepancias entre las expectativas y la realidad en el contexto del parto hospitalario.

“Me dijo, no, mira, vamos a contar y acuérdate. Y ella me empezó a guiar de cuándo y ya el médico la asentía. Porque él tuvo una actitud súper pasiva. Súper, súper pasiva. Sí. No, o sea, lo recorrimos un montón de hospitales y tuvimos muchas consultas, es decir, y él fue el que me dio confianza, o sea, por eso terminamos en ese hospital” (participante 2).

“Con deboche, con autoritarismo hubo momentos en que una de ellas me dijo no sé por qué tienes tanto miedo a una episiotomía, no sé cuál es el drama que estás

haciendo, cuál es la cosa que estás imaginando... y ahí yo ya estaba bien fragilizada y yo no conseguía ni responder porque también mi inglés no es de los más perfectos. Sí, como es otro idioma y ahí mi marido fue a conversar con ellas y ellas solo dijeron así solo un poquito, sólo un poquito” (participante 4).

Las expectativas de estas mujeres encierran no solo deseos personales sino también presiones sociales de lo que se espera de ellas. Ser buena madre, tener un parto natural, sufrir en silencio el dolor, aceptar sin objetar las decisiones del personal médico. Temas que se repetirán invariablemente a lo largo de los diferentes momentos de la crianza de sus hijos.

Apoyo social

En el contexto de esta investigación, el apoyo social emergió como un aspecto de significativa relevancia. Las madres participantes relataron su experiencia en lo que respecta al apoyo social recibido de sus parejas y familia durante el proceso de parto. Algunas se quejaron de bajo soporte emocional recibido de sus esposos ya que no entraron al quirófano o sala de parto desde el primer momento. En el período postparto solo tres de ellas mencionaron una experiencia positiva.

“Mi esposo y mis tres hermanos, pero mi esposo siempre trabajaba y el pobre pues siempre estaba como presionado de acabar sus juntas. Desde la pandemia lo único bueno que vimos pues que lo tenía aquí en casa (participante 1).

Con el último (hijo) me sentía muy apoyada. Fue como que el embarazo más tranquilo que tuve. Ya no tuve tanto estrés de, ay, ¿qué voy a hacer? ...su papá más responsable, y me sentía segura” (participante 3).

En el caso de la participante 1, su experiencia revela cómo el trauma de su infancia resurgió cuando se convirtió en madre. La necesidad de confiar en hombres para el cuidado de su hija desencadenó episodios de ansiedad, lo que la llevó a rechazar cualquier forma de ayuda, al menos durante los primeros meses de maternidad.

“Entonces terminaba una junta, me ayudaba con algo, a darle de comer, yo medio dormía, mis hermanos me atendían, pero yo entré en una crisis como de... todos son

hombres, nadie la toca, nadie la baña, nadie la cambia, nadie... Sí, pero después que entré en estado zombi por cansancio, sí decía, está bien, se las entrego, se las deajo, y ellos cuatro me ayudaron, mis tres hermanos y mi esposo. (participante 1)

Yo firmé mi alta, me dijeron que todo estaba bien, que el bebé estaba bien y yo lo que quería era venirme a mi casa. Y no quería hablar con nadie, ni ver a nadie, no le avise a nadie que ya había nacido mi bebé. O sea, yo quería estar... Mi esposo, mi bebé y yo. No quería visitas ni ruidos, ni que me preguntaran... Nada, ni tener que atender a nadie. Quería como sentirme segura y sentirme como en mi nidito pues” (participante 2).

Asimismo, la presencia de una sólida red de apoyo familiar desempeñó un papel fundamental en el manejo de la fatiga intrínseca a la experiencia de dar a luz y cuidar a un recién nacido. Además, es relevante destacar que la calidad del apoyo recibido por parte de la red de apoyo familiar fue un factor crucial en esta investigación. Una de las participantes expresó sentimientos de decepción al tener que compartir la atención con su suegra. Mientras que otra menciona no tener suficiente apoyo del esposo en la crianza de su hijo. En contraste, otra madre compartió su pesar por no haber aceptado un respaldo adicional por parte de sus familiares.

“Él es el divertido. Ah, ok. Él es el divertido, él es el apoyo económico, él es como la parte lúdica, la parte práctica. Él es, ok, vamos a, no sé, vamos a salir al parque, entonces yo también te voy a dar de comer, pero te voy a dar de comer no sé lo práctico una maruchan. O sea, yo no puedo decir que él no cambió pañales porque si los cambió, pero no limpió bien yo no puedo decir que no lo baña, porque sí lo baña, pero en sus baños son de yo creo que dos minutos, más tarda en tibar el agua que lo que él ya salió...” (participante 2).

“Tenía una red de apoyo grande, pero yo siempre estaba exhausta, porque me amamantaba, trabajaba, y no quería a nadie a la noche para estar conmigo porque pensaba que ya había mucha gente durante el día, así que quería preservar un poco mi espacio... hoy, hasta que le dije a mi padre, a Gustavo, a mi suegro, que me

arrepiento, porque siempre me decían que si necesitaba ayuda podía dejarlas durante la noche con ellos y yo decía que no quería... por más que... nosotras... nosotras podamos hacerlo, cuesta bastante, ¿no? Es difícil, no tenemos tiempo para nada” (participante 5).

“Perdí a mi suegro cuando yo tenía 8 meses de gestación... Mi suegra casi desistió de venir para acá, para ayudarnos, porque ella estaba todavía en luto entonces, a pesar de que yo y Nicolas necesitábamos mucha atención en ese momento tuvimos que dividir la atención con mi suegra porque ella estaba pasando todo el proceso de luto y mi marido estaba en luto...” (participante 4).

Además, todas las entrevistadas compartieron la experiencia de haber reducido su círculo de amistades y, en algunos casos, haber cortado relaciones familiares debido a las demandas y responsabilidades de la maternidad. La mayoría mencionaron haberse alejado de amigos, pero lo asumieron como una parte inherente a su nuevo rol de madres, con nuevas prioridades.

“Sí, me quedé sin amigos y sin nada” (participante 3).

“Pues ahí sí me vi afectada de manera negativa, tanto en el trabajo como con las amistades o el círculo social. Más bien con amigas pues, porque se alejaron un montón... yo pensé que de todas maneras iban a haber espacios y no, la verdad es que no” (participante 2).

“Estaba muy contento de su bebé. El problema ahí fue yo con más bien sus papás, con los problemas que llegamos a tener” (participante 3).

“Cuando era solo Luiza, era más tranquila, porque no creo que sobrecargara tanto a otras personas si necesitaba ayuda. Pero ahora, para salir, para hacer algo, para cenar afuera, con dos bebés pequeñas, es más difícil. Entonces, esta parte de la socialización la dejé un poco más de lado” (participante 5).

Vínculo de apego

Las entrevistas revelaron tres subcategorías significativas: el rol de madre, la conexión madre e hijo, y el Amamantamiento o Lactancia Materna. La conexión madre e hijo

varió entre las participantes, algunas la experimentaron desde el embarazo, mientras que otras la sintieron más intensamente en los primeros momentos después del parto. Las madres con más de un hijo reportaron una conexión desde el primer momento solamente cuando nació su primer hijo. Por ejemplo, una madre que tuvo su segunda hija con solo 1.5 años de diferencia de la primogénita ella menciona sentirse abrumada y con dificultades para establecer una comunicación sólida con su segunda hija. Otra reportó que comenzó a sentir un vínculo horas después de haber nacido su última hija.

“Sí, sí, fue inmediato. Tengo esa sensación de protección con las personas.

Entonces, con él fue la misma cosa. En el momento en que lo vi, sabía que tenía que protegerlo, que tenía que cuidarlo” (participante 4).

“Un poco tranquila y feliz y como en paz como ya pasó Y algo raro que me pasaba era que no podía dormir, pero de felicidad, no quería dejar de ver nada. Todo el tiempo estaba viéndole yo, estoy bien cansada, yo no me podía dormir, pero fue horrible porque acumulé tanto cansancio que fue muy estresante. No sé por qué no podía dormir. Realmente era como que un miedo oculto a que dejara de respirar o no sé, algo así. Pero sí fue como una semana que me pasé así” (participante 1).

“Con Luiza, (primera hija) ¡Pensé que estaba tan cansada! ¡Pero fue un alivio! A pesar de tener una conexión muy grande con ella y todo así, pero en ese momento mi principal sentimiento fue de alivio. (Con Livia) creo que fue 6 meses después que empezamos a conectarnos...” (participante 5).

Dos madres mencionaron haber experimentado "baby blues" o depresión leve, y solo una de ellas requirió medicación.

“Baby blues, sí. El primer mes fue muy complicado, había muchos momentos en los que lloraba de la nada, en el baño, estaba amamantando y empezaba a llorar. Y tuvimos un problema en que Nicolás no ganaba peso. Eso también me deprimió mucho. Porque empezaron a querer introducir la fórmula, y yo tenía leche. Nadie quería ayudarme en el amamantamiento. Solo querían que yo le diera biberón”.

(participante 4).

“Cuando Livia nació, comencé a sentir estas cosas de culpa, de... creo que entré en un baby blues allí. Entonces, hablé con mi obstetra, y ella me dio... no me acuerdo el medicamento que tomé en esa época, pero fue un antidepresivo leve. Y comencé a hacer terapia. Porque estaba sintiéndome un poco en esta cuestión de culpa, de haberle quitado a Luisa que era la primera nieta, y fue muy rápido... En realidad, me embaracé de Livia y ella tenía 10 meses. Ellas tienen 1 año y 5 meses de diferencia. Entonces, creo que me sentí un poco culpable por haberle quitado eso a ella, por no saber lidiar con las dos” (participante 5).

En relación con el rol de madres, las entrevistadas compartieron sus inquietudes y desafíos. Experimentaron sentimientos de culpa y ansiedad principalmente por la salud de sus hijos, a pesar de sentirse felices de asumir el papel de cuidadoras principales. La necesidad de regresar al trabajo generó sentimientos de culpa debido a la separación de sus hijos. Algunas madres también destacaron traumas previos al parto que influyeron en sentimientos de sobreprotección hacia sus hijos.

“Híjole, súper preocupada, pero feliz. Y decía, sí puedo. Sí sentí esa confianza. Sí, sí, sí, me daba mucha confianza de que yo puedo y soy la única que puede. Y sí, eso me hacía crecer mucho como persona, como mamá, como mujer, sí” (participante 1).

En lo que respecta a las preocupaciones inherentes al rol de madre, se identificó que el factor económico ocupó una posición central como la principal fuente de inquietud entre las participantes. Esta preocupación se vio seguida de cerca por las preocupaciones relacionadas con la salud de sus hijos. Un ejemplo ilustrativo de esto es el caso de una madre que, a pesar de no tener antecedentes de trauma psicológico previo al parto, informó haber experimentado una conexión instantánea con su hijo en el momento de su nacimiento. Esta conexión se intensificó aún más cuando el pequeño experimentó problemas de salud, derivados de dificultades con el amamantamiento.

“Yo creo que eso era así, para Nicolás no fue bueno, porque su madre era una madre que no dejaba que él hiciera nada, ¿verdad? Todo se quedaba en

‘no, mi hijo no sé qué’. Entonces, yo me hice muy protectora, demasiado. Entonces, eso pesó más para esa parte, pero en ningún momento afectó a nuestra relación. El amor, nada. Incluso aumentó más, porque me sentía más culpada y yo le daba más amor. Y también esa cosa de protegerlo” (participante 4).

“Pues era muy... para mí fue muy triste, fue muy triste dejarlo, fue muy triste darme cuenta de que no podía estar cuando se enfermaba, sobre todo cuando se enfermaba que es gripa y mi cerebro dice no es tan grave, pero es que yo no le estoy dando el medicamento o yo no lo estoy llevando con su pediatra o el niño me necesita y no estoy ahí, aunque sea para estarlo viendo que está acostado dormido, entonces esa parte si todavía me llena de mucha impotencia (participante 2).

“Creo que es posible (combinar maternidad y trabajo), pero es un costo muy grande...por más apoyo que tenemos en casa... porque mi prioridad son las niñas y yo vi que estaba negligenciando mucho a las niñas o agotándome a punto de... si continúo en este ritmo voy a tener un ACV, porque no podía parar ni para comer” (participante 5).

“Pues el no tener la solvencia económica para mantenerlos, para que coman, para que estudien” (participante 3).

Tabla 2. Categorías de Análisis

Categoría Principal	Subtemas	Significado interpretado	Citas Ilustrativas
Experiencia del parto	Expectativas de la madre.	Percepción de falta de control.	“Pues un poco triste porque yo no quería tener una cesárea, una cicatriz... Pensaba en eso, pero, por otra parte, o sea, acepté de prisa porque no quería tampoco que se fuera a morir mi bebé” (participante 3). “O sea, lo poco que podía hablar o ser clara en qué sí quería y en qué no quería, no fue respetado. Entonces, no tuve, siento que no tuve el control de... pues nada” (participante 2).
	Relación Médico-Paciente.	Trato del personal médico, Falta de empatía, Agresividad	“Con deboche, con autoritarismo hubo momentos en que una de ellas me dijo: -No sé por qué tienes tanto miedo a una episiotomía, no sé cuál es el drama que estás haciendo, cuál es la cosa que estás imaginando” (participante 4).

Apoyo social	Apoyo Postparto	Presencia de la pareja	“Amigos me invitaban a bares y demás y yo siempre decía, no, no, no, no puedo, no puedo, no puedo... Y pues no, y muchos se alejaron y siguen alejados gracias a Dios” (participante 1).
		Apoyo de Amistades Y Relaciones familiares	“Porque también sabía, gracias a Dios, que tenía todo el apoyo de mis padres, que mi familia es muy presente. Y entonces, para mí, eso fue muy reconfortante, eso me dio tranquilidad” (participante 5).
	Maternidad y Trabajo	Preocupaciones Económicas, Salud de sus hijos.	“Pues era muy... para mí fue muy triste, fue muy triste dejarlo, fue muy triste darme cuenta de que no podía estar cuando se enfermaba... todavía me llena de mucha impotencia” (participante 2). “Ese es mi principal miedo, no tener para solventar todo eso. Que me vayan a enfermar de algo y no tener el dinero, o qué voy a hacer y ese tipo de cosas” (participante 3).
Vínculo de Apego	Conexión Madre-Hijo	Revivir traumas, autoimagen.	“...Y me dice es niña ahí sí me brotó todo lo de los ataques y fui corriendo con Lulu porque yo me salí gritando, llorando del consultorio diciendo: No, es niña y yo no quiero una niña, no quiero, no quiero” (participante 1).
		Toma de decisiones Sobreprotección vs abandono	“Creo que sentí más culpa con la Livia porque comencé a ver que tenía que hacer siempre una elección. Porque tenía dos bebés en casa, entonces las dos lloraban. Yo iba a tomar a Livia, porque Livia era menor, y me sentía culpable porque dejaba a Luisa llorando” (participante 5).
	Rol de madre	Cuidadora principal, disparidad de roles con la pareja.	“70% yo, un 30% él. Hasta la fecha pues soy la de los límites, la del seguimiento, la del esto, la de algo está pasando, tenemos que cambiarlo” (participante 2).
	Lactancia Materna	Confianza en ser buena madre vs No ser suficientemente buena para mi hijo	“La verdad, siento que no. Siento que todo el tiempo estoy haciendo algo mal. Como que hay algo que mejorar” (participante 2). “Yo la tomé súper, súper, súper a gusto. Me sentí tan útil en esa época, tan práctica, tan entregada. Lo único que sí

Sentirse útil alimentando a su hijo	me cansó un montón fue las tomas nocturnas, porque el bebé y los brotes de crecimiento...” (participante 2).
Preocupación por estado de salud Conexión madre-hijo	“Estaba siendo terca en algo que tal vez no se iba a dar bien, que era el amamantamiento. Pero al mismo tiempo, una cosa me decía que debería insistir, que era lo mejor para mi hijo” (participante 4).

Amamantamiento (Lactancia Materna)

El tema de la Lactancia Materna (LM) se aborda como una subcategoría relevante en la creación del vínculo madre-hijo. En las entrevistas se observó que todas optaron por amamantar a sus hijos. Tres de ellas destacaron la facilidad y satisfacción que experimentaron al amamantar sin dificultades. Por otro lado, dos madres inicialmente enfrentaron obstáculos y requirieron asesoría médica o de doulas (parteras) para lograr la lactancia exitosamente. En un caso, el bebé tenía problemas de bajo peso y se complementó con fórmula, aunque la madre enfatizó su determinación en proporcionar leche materna debido a su creencia en sus beneficios para su hijo. En otro caso, destaca también el sentimiento de culpa debido a cumplir con las exigencias de tener que amamantar a dos hijos pequeños al mismo tiempo.

“Fue muy duro el hecho de amamantarla y una vez que lo logré fue maravilloso.

Logré amamantarla al 100%... Yo creo que como dos meses y medio me tardé en lograrlo. Contraté doulas y doulas y doulas. Yo todavía tengo los contactos de las doulas. Sí, nadie te dice cómo es hasta que lo tienes” (participante 1).

“De que no subía de peso. Yo me sentía... Yo me culpaba, toda hora y todo momento, porque a veces pensaba que estaba siendo muy terca, ¿no? Estaba siendo terca en algo que tal vez no se iba a dar bien, que era el amamantamiento. Pero al mismo tiempo, una cosa me decía que debería insistir, que era lo mejor para mi hijo, ¿sabes? Entonces, con él no, la sensación que tenía era de quererlo proteger más y más” (participante 4).

“Yo la tomé súper, súper, súper a gusto. Me sentí tan útil en esa época, tan práctica, tan entregada. Lo único que sí me cansó un montón fue las tomas nocturnas, porque el bebé y los brotes de crecimiento...” (participante 2).

“Creo que el amamantamiento fue tranquila para mí, por desconocimiento, porque Luisa se levantaba en la noche. Y yo pensaba que eso era normal. Y todos decían, hay bebés que son así. Pero mi segunda enfermera, que tenía de Livia, dijo, no, debe haber algo mal con el amamantamiento” (participante 5).

“Fue fácil porque siempre tuve mucha leche, no tenía problemas, nada más pues el dolor que es cuando se te llenan porque en realidad si tenía mucha, me iba a tener que estar sacando... se me llegaron a sentir como piedras y al sacármela era muy doloroso” (participante 3).

Discusión

Esta investigación exploró las experiencias traumáticas de parto y el vínculo de apego generado entre madre e hijo. Los resultados revelaron que el trauma en el parto se debió principalmente al trato del personal médico (caracterizado por falta de sensibilidad y en ocasiones agresividad hacia las pacientes), en contraposición con las expectativas de la madre respecto a éste. Además, se encontró que la calidad del apoyo social por parte de la pareja y familiares es un factor que influye en la salud mental de la madre no solo en el parto sino también en los primeros meses, afectando la calidad de la crianza.

Por otro lado, se observó que el parto traumático no fue un factor que influenciara en gran medida el vínculo de apego de la madre con su hijo o hija, ya que éste último no se vio afectado en la mayoría de las madres, las cuales reportaron relaciones de cuidado y protección hacia sus hijos, lo que coincide con los hallazgos encontrados por Molloy et al. (2021) y Taraban et al. (2017). Sin embargo, es importante considerar que el tamaño de la muestra puede ser una limitante hacia estos resultados ya que las observaciones obtenidas de las cinco entrevistas no pueden ser extrapoladas a poblaciones mayores.

Adicionalmente, se observó que el nacimiento de un hijo puede afectar a la mujer en su rol social, puede modificar la imagen que ésta tiene de sí misma, y resaltar inseguridades y traumas sufridos desde la infancia.

Una experiencia negativa en el parto puede derivar en un parto traumático. Como primer objetivo específico se consideró definir el parto traumático. Con base en ello y debido a que el parto es un evento complejo y multifactorial se consideró apropiada tomar la definición de Greenfield et al. (2016), la cual lo menciona como un evento que implica situaciones o cuidados que generan una intensa angustia o trastorno emocional, pudiendo o no causar daño físico, pero que conlleva una angustia psicológica persistente.

Los resultados de este estudio se observaron que el 100% de las madres entrevistadas tuvieron al menos un parto traumático tomando en cuenta lo definido por la literatura. Solo 40% de ellas reportaron violencia obstétrica generada por el tipo de cuidados recibidos por el personal médico el cual incluyó un trato con falta de empatía y el sentimiento de falta de control de la madre en la toma de decisiones. El 60% reportó haber sentido distrés emocional debido a la duración de la labor de parto y la posibilidad de no ser exitoso para ser derivadas a cesárea de emergencia. Dos de ellas tuvieron cesárea de emergencia. Solo una madre reportó haber sufrido angustia por complicaciones medicas del bebe después del parto.

Lo anterior coincide con el estudio de Van Heumen et al. (2018), donde se mencionan los factores que predisponen a presentar TEPT en el postparto entre los cuales se incluyen el bajo soporte social, pocas o nulas habilidades de afrontamiento, tener una experiencia de amenaza de muerte hacia ellas o riesgo de muerte o de daño hacia él bebe. Así mismo, también se toma en consideración lo reportado por el Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (2016), el cual reporta que un tercio de las mujeres experimenta trauma subclínico, lo que resalta la importancia de considerar las respuestas al trauma como un espectro continuo ya que, aunque no todas desarrollarán un trastorno diagnóstico, muchas experimentan niveles significativos de estrés y síntomas que pueden persistir sin tratamiento durante años. A este respecto los antecedentes presentados evidencian que el distrés

emocional generado en el parto ya sea por el tipo de cuidado recibido por el personal médico, el soporte social o los antecedentes de trauma de la madre pueden ensombrecer la experiencia del parto y derivar en trauma psicológico.

Los objetivos específicos dos y tres se pretendía describir el trauma psicológico debido tanto a complicaciones medicas como al trato recibido por el equipo médico. A este respecto la prevalencia del trauma en el proceso del parto puede derivar de diversas experiencias negativas; por ejemplo: intervenciones médicas invasivas, partos difíciles o dolorosos, complicaciones inesperadas o emergencias obstétricas, entre otras (ABTA, 2022). Los resultados arrojaron que las cinco mujeres vivieron situaciones de distrés debido a complicaciones médicas después de una intensa labor de parto y la posibilidad de ser derivadas a cesárea de emergencia y/o recibir episiotomía o aspiradora aún después de horas de trabajo de parto. Dos madres terminaron derivadas a cesárea de emergencia por riesgo de daños irreversibles al feto. Otra madre experimentó complicaciones medicas con su bebé ya que fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos.

Lo anterior coincide con lo reportado por Soderquist et al. (2002), se encontró que tanto los síntomas de estrés traumático como la presencia de un perfil de síntomas de TEPT estaban relacionados significativamente con haber experimentado una cesárea de emergencia o un parto vaginal asistido. Una de ellas radica en Australia y recibió episiotomía pese a no estar de acuerdo. A este respecto cabe mencionar que Australia tiene una tasa alta de episiotomías aproximadamente 25 de cada 100 madres son sometidas a este procedimiento. La tasa de laceraciones de tercer y cuarto grado (consideradas graves) en Australia fue la más alta entre los países de la OCDE tanto para partos vaginales no instrumentados como instrumentados.

Ambos objetivos están estrechamente ligados a la percepción de falta de control de la madre referente a sus expectativas o plan de parto (Objetivo 4). Las madres experimentaron frustración y tristeza dado que sus expectativas de tener un parto natural con poca o nula intervención médica no sería posible. Dos madres reportaron haber sufrido maltrato psicológico y falta de empatía por parte del personal médico de guardia lo que

aumento su ansiedad y el sentimiento de falta de control. Esto coincide con un estudio conducido en Noruega donde se analizaron 103 comentarios escritos libremente por mujeres acerca de su experiencia negativa en el parto. Se identificaron tres temas fundamentales: 'Dificultades para la madre, el bebé o ambos', 'La sensación de no ser reconocidas ni escuchadas' y 'Una vivencia de dolor y falta de autonomía' (Henriksen et al., 2017). Así mismo otro estudio realizado en Inglaterra a 412 mujeres se identificaron como características de una experiencia positiva, información, toma de decisiones, control y alivio del dolor (Lavender et al., 1999). De esta manera, se reconoce que el apoyo social y la percepción de control son factores cruciales en la experiencia del parto.

En lo referente a identificar la importancia del apoyo social percibido por la madre (Objetivo 5). Los resultados recopilados en esta investigación revelaron, que el 100% de las madres entrevistadas reportaron haber contado con apoyo social (esposo o familia directa) durante el parto. Sin embargo, el 80% mencionó que esperaban mayor soporte y se quejaron de la calidad de la atención recibida por sus familiares. La principal queja de las madres fue que no se sintieron defendidas o representadas es sus peticiones por parte de sus familiares hacia el personal médico, lo que las llevo a sentirse solas durante todo el proceso.

Dichos resultados coinciden con un estudio longitudinal realizado en Italia a 179 mujeres nulíparas embarazadas durante 3 momentos diferentes: durante el tercer trimestre de su embarazo, en el primer día después del nacimiento y un mes después del parto. En sus conclusiones destacan el apoyo social percibido funge como un factor de protección significativo contra la depresión posparto y que puede reducir los aspectos clínicos negativos asociados con la experiencia del parto (Tani & Castagna, 2016). Así mismo, otras investigaciones han demostrado que gran cantidad de madres consideran que el apoyo recibido durante el parto es insuficiente o inadecuado lo que resulta en frustración para las madres (De Sousa Machado et al., 2020).

Requiere especial atención la calidad del soporte social recibido por madres migrantes y madres trabajadoras. Diversos estudios apuntan a las desventajas a las que se

enfrentan las madres de diversidad cultural, entre ellas la falta de red de apoyo suficiente, falta de acceso a sus costumbres e identidad cultural y el lenguaje, siendo este último una barrera que puede incrementar su estado de vulnerabilidad en la búsqueda de atención médica. Las mujeres migrantes necesitan proveedores de atención médica culturalmente competentes que ofrezcan una atención materna equitativa, de alta calidad y con enfoque en el trauma, respaldada por equipos interdisciplinarios y colaboración entre agencias, así como continuidad en la atención.

Estos grupos se encuentran entre las minorías vulnerables que necesitan una mayor red de apoyo, tanto estructural como funcional ya que en ocasiones están realizando dos roles en conjunto: el de cuidadora principal y trabajadora remunerada. De acuerdo con De Sousa Machado et al. (2020), estas se enfrentan a mayores barreras en la búsqueda de soporte en el lugar de trabajo donde se espera que cumplan con el mismo rol que cumplían antes de tener hijos sin considerar proveerles de mayor flexibilidad en los horarios de trabajo. Lo anterior demuestra la importancia de la calidad apoyo social recibida por las mujeres para reducir el riesgo de una experiencia negativa en el parto y postparto, así como posteriores afectaciones a su salud mental.

Respecto a los resultados relacionados con el vínculo de apego entre madre e hijo o hija (objetivo 6). Se enfatizó la forma en que se ha dado la relación o conexión entre ellos analizando si la madre ha sido la cuidadora principal, su involucramiento en la crianza y calidez y preocupación por satisfacer las necesidades emocionales y fisiológicas de sus hijos. Bowlby (1988), establece que muchos problemas de salud mental surgen de relaciones de cuidado insuficientes en los primeros años de vida, cuando no se logran satisfacer las necesidades emocionales, de consuelo y protección del niño de manera adecuada. En lo que respecta a la relación entre TEPT postparto y el vínculo emocional entre madre e hijo la literatura no es concluyente. En un metaanálisis realizado por Cook et al. (2018), encontró que solo cuatro estudios identificaron una asociación significativa entre ambos conceptos. Dichos estudios reportaron una menor calidad en la relación caracterizada por una mayor hostilidad dirigida hacia los bebés, menos deseo de cercanía y

menos placer al interactuar con ellos. En contraste, tres estudios concluyeron que no había relación significativa entre TEPT postparto y el lazo afectivo madre-hijo o hija.

Los resultados de las entrevistas en esta investigación no fueron concluyentes, ya que revelaron que cuatro de las madres generaron un sentimiento de protección y se mostraban al pendiente de las necesidades de al menos uno de sus hijos a pesar de haber tenido un parto traumático. Solo 2 de las madres, con más de un hijo, reportaron haber sentido una conexión solamente al nacer su primogénito. Mientras que con sus siguientes hijos sintieron una conexión tardía que se manifestaba cuando ignoraban el llanto de sus hijos o incapacidad de satisfacer sus necesidades dejándolos al cuidado de otras personas.

Así tenemos que pese a haber experimentado un parto traumático, la mayoría de las entrevistadas reportó condiciones que se relacionan con una crianza positiva como sensibilidad, calidez, límites y apoyo. Por lo tanto se cumple con la hipótesis alternativa a razón de que las madres que experimentaron un parto traumático informaron comportamientos de crianza aptos.

Por otra parte, una de las madres que reportó un vínculo de apego tardío, mencionó haber experimentado un parto traumático solo en el primer parto. Mientras que en el segundo parto experimentó baby blues o depresión postparto leve y demoró 6 meses en comenzar a establecer el vínculo madre-hija. Estos resultados concuerdan con las investigaciones de Muzik et al. (2017) y Taraban et al. (2017), donde las madres con depresión grave tenían más dificultades en la crianza que aquellas con trastorno de estrés postraumático grave. Las madres con TEPT grave mostraron comportamientos similares en la interacción con sus hijos que las madres sanas o expuestas a traumas pero que se recuperaron.

Respecto a la segunda hipótesis, la relación entre madre e hijo también cumple con la hipótesis alternativa a razón de que las madres que experimentaron un parto traumático no informaran problemas en el vínculo afectivo con sus hijos. Se mostraban atentas a sus necesidades y respondían de manera adecuada en situaciones de enfermedad o estrés.

Discusión y Conclusión

En el marco de esta investigación mixta, se abordaron las vivencias traumáticas en el proceso de parto y la configuración del vínculo de apego entre madre e hijo. Los resultados desvelaron que el origen del trauma experimentado durante el parto se encuentra principalmente en la interacción con el personal médico, en contraposición a las expectativas que las madres tenían en relación con este evento. Adicionalmente, la investigación resaltó la importancia de factores como la calidad del apoyo social y la posibilidad de ejercer la lactancia materna pueden ejercer una influencia significativa en la salud mental de las madres durante los primeros meses lo cual puede repercutir negativamente en la crianza.

La llegada de un hijo impacta en la percepción de la mujer en cuanto a su papel social, pudiendo transformar su imagen personal y poner en relieve inseguridades y traumas previamente experimentados desde la infancia. A pesar de ello, se observó que la mayoría de las madres informaron que el vínculo de apego con sus hijos no se percibió alterado, ya que manifestaron relaciones basadas en el cuidado y la atención de las necesidades de sus hijos.

La experiencia del parto se encuentra intrínsecamente ligada al contexto cultural de las madres y a las diferencias sociales entre las mujeres. Para la mayoría de las participantes en las entrevistas, el parto ideal se percibía como natural y con mínima intervención médica. En este escenario, convergen roles culturales que imponen expectativas a la mujer, como la noción de dar a luz sin anestesia, asociada a la fortaleza que se espera de una buena madre capaz de soportar el dolor.

En Australia, algunas instituciones de salud respetan las preferencias de la madre en el parto y brindan opciones, como los hospitales que ofrecen enfoques humanizados y niveles graduales de anestesia y combinación de atención de enfermeras o doulas y médicos. Sin embargo, estas condiciones no son garantizadas, ya que, si la situación se complica y se requiere una cesarea de emergencia, los médicos toman la iniciativa, perdiéndose así cualquier control que la madre podría ejercer. En México y Brasil, según las

experiencias compartidas por las madres entrevistadas, las preferencias de la madre no siempre son respetadas, subrayando la importancia de que encuentren personal médico en quien confiar para sentirse escuchadas. Un factor crucial en la experiencia del parto es la calidad del trato del personal médico el cual se ve afectado por su formación y sensibilidad hacia las pacientes.

En lo que respecta al vínculo materno, las entrevistas revelaron que tanto el sentido de protección como la preocupación incrementaron en todas las madres. La maternidad implica una preocupación inherente por brindar protección y prevenir cualquier peligro para los hijos derivando en el sentimiento de culpa. En este sentido, las madres colocan sus propias necesidades en un segundo plano, dejando de lado temporalmente roles como mujeres o esposas. Para todas las madres entrevistadas, el factor económico ejerció una influencia significativa, junto con el factor de salud, en su experiencia del parto y en la construcción del vínculo con sus hijos.

Finalmente, la capacidad de una mujer para amamantar a su hijo se convierte en un tema delicado que, junto con la experiencia del parto, pueden influir de manera significativa en la vivencia de la maternidad durante la primera infancia. Culturalmente, se espera que la mujer supere satisfactoriamente estos dos hitos, ya que están intrínsecamente vinculados a su sentido de utilidad y capacidad como mujeres. Lo que puede dar la pauta para abrir nuevas líneas de investigación que nos lleven a dilucidar como estas creencias pueden afectar la experiencia del parto y el vínculo de las madres con sus hijos.

Limitantes

La primera limitante fue el tamaño de muestra. Solo 5 madres aceptaron ser entrevistadas lo que permitió dar una observación profunda de la problemática y subjetividad vivida por cada una de estas mujeres entrevistadas, sin embargo, no permite extrapolar los resultados a poblaciones más extensas.

Es importante resaltar que, no obstante, las cinco madres entrevistadas dieron positivo a sintomatología moderada o grave de TEPT, no queda clara la causalidad si este resultado solo se debe a una experiencia negativa en el parto o parto traumático o si está influida

por los traumas o trastornos mentales sufridos anteriores a éste. Por ejemplo, el 60% de ellas respondió haber experimentado traumas anteriores al parto entre ellos, abuso sexual. Además 40% mencionaron haber sufrido trastornos mentales como depresión y ansiedad. Solo una reportó haber sido medicada para tratar la depresión antes y después del parto. Estos sucesos anteriores al parto pueden haber influido en la calificación recibida por el instrumento.

Otra limitante es la versión de las entrevistas en línea. Varias de las entrevistadas no estaban solas, o estaban con sus bebés y estos estaban llorando y había demasiadas interrupciones por lo que no se pudo profundizar en algunos temas o algunas respuestas pueden haber sido coaccionados.

Recomendaciones

Se sugiere principalmente el incluir una muestra mayor que identifique diferentes perfiles de madres, considerando factores como edad, etnia, nivel socioeconómico y antecedentes médicos. Esto permitiría obtener una imagen más completa de la prevalencia y los factores de riesgo asociados al TEPT en madres y la relación de este con el vínculo de apego.

Además, se sugiere que futuras investigaciones que aborden el tema de TEPT en madres tras el parto, podrían realizar un seguimiento a lo largo del tiempo para evaluar cómo las experiencias traumáticas previas al parto y los trastornos mentales pueden influir en el desarrollo del TEPT posparto. Esto ayudaría a establecer relaciones de causalidad más sólidas.

También se sugiere el realizar entrevistas en un entorno más controlado y privado para minimizar las interrupciones y posibles coacciones en las respuestas de las participantes. Esto garantizará la obtención de información más precisa y en profundidad. Además de complementar la recolección de datos con registros médicos y evaluaciones clínicas sería importante el investigar la relación de causalidad entre el TEPT posparto y las experiencias previas al parto por medio de análisis estadísticos avanzados.

Por último, se podrían considerar el estudiar los factores que influyen en la resiliencia y la calidad del apoyo social que puedan ayudar a prevenir o mitigar el TEPT posparto. Esto podría brindar una comprensión más holística de las experiencias de las madres y las estrategias efectivas para abordar el TEPT posparto.

Al seguir estas recomendaciones, las futuras investigaciones podrán abordar de manera más efectiva las limitaciones mencionadas y contribuir a una comprensión más completa de las causas y consecuencias del TEPT posparto en las madres.

Referencias

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- Alcorn, K., O'Donovan, A., Patrick, J., Creedy, D., & Devilly, G. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, *40*(11), 1849-1859.
<https://doi.org/10.1017/S0033291709992224>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*, Editorial APA,
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychological Association (s.f.). Attachment style. In *APA Dictionary of Psychology*. Recuperado el 10 de agosto de 2023, de
<https://dictionary.apa.org/attachment-style>
- Australasian Birth Trauma Association. (2022). *What is Psychological Birth-Related Trauma*.
<https://birthtrauma.org.au/psychological-birth-trauma/>
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. (22 December 2021). *Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. <https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/>
- Australian Institute of Health and Welfare (2023). *Health of mothers and babies*.
<https://www.aihw.gov.au/reports/mothers-babies/health-of-mothers-and-babies>
- Australian institute of Health and Welfare (2023). *Australia's mothers and babies*.
<https://www.aihw.gov.au/reports/mothers-babies/australias-mothers-babies/contents/labour-and-birth/perineal-status>
- Australian Psychological Society. (2023). *Trauma*. <https://psychology.org.au/for-the-public/psychology-topics/trauma>
- Barbano, A. C., Van der Mei, W. F., Bryant, R. A., Delahanty, D. L., deRoon-Cassini, T. A., Matsuoka, Y. J., Olf, M., Qi, W., Ratanatharathorn, A., Schnyder, U., Seedat, S.,

- Kessler, R.C., Koenen, K.C., & Shalev, A. Y. (2019). Clinical implications of the proposed ICD-11 PTSD diagnostic criteria. *Psychological Medicine*, 49(3), 483-490.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718001101>
- Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*, 18(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>
- Boris, N. W., Aoki, Y., & Zeanah, C. H. (1999). The development of infant-parent attachment: Considerations for assessment. *Infants & Young Children*, 11(4), 1-10.
https://journals.lww.com/iycjournal/Abstract/1999/04000/The_Development_of_Infant_Parent_Attachment_.5.aspx
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Basic Books
- Brockington, I., Chandra, P., Bramante, A., Dubow, H., Fakher, W., Garcia Esteve, L., Hofberg, K., Moussa, S., Palacios Hernández, B., Parfitt, Y., Shieh, P.L. (2017). The Stafford Interview: A comprehensive interview for mother-infant psychiatry. *Arch Womens Ment Health*, 20(1), 107-112. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0683-8>
- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 18-31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>.
- De Faria, C. (2021). *Índices da variabilidade da frequência cardíaca como possíveis biomarcadores para a gravidade do transtorno de estresse pós-traumático após perda perinatal*. [Disertación de Mestrado, Universidad Anhembi Morumbi].
https://portal.anhembi.br/wp-content/uploads/2022/05/DISSERTACAO_ClaudiaCardoso_UAM-FINAL.pdf
- De la Rosa, A. (2013). *Evaluación de un programa de tratamiento para el trastorno por estrés postraumático en víctimas de violencia criminal mediante exposición por realidad virtual*. [Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México].
<http://132.248.9.195/ptd2013/noviembre/0705681/Index.html>

- De Sousa Machado, T., Chur-Hansen, A., Due, C. (2020). First-time mothers' perceptions of social support: Recommendations for best practice. *Health Psychology Open*, 7(1).
<https://doi.org/10.1177/2055102919898611>
- Gerger H, Munder T, Barth J. (2014). Specific and nonspecific psychological interventions for PTSD symptoms: a meta-analysis with problem complexity as a moderator. *J Clin Psychol*, 70(7), 601-15. <https://doi.org/10.1002/jclp.22059>
- George, C., Wargo, J.A., Lehmann, M. (2023). Foundations. *Working with Attachment Trauma: Clinical Application of the Adult Attachment Projective Picture System* (pp. 1-33). Routledge: New York
- Greenfield, M., Jomeen, J., Glover, L. (2016). What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *British Journal of Midwifery*, 24 (4), 2052-4307. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.4.254>
- Harandi, T.F., Taghinasab, M.M., Nayeri, T.D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electron Physician*, 9(9), 5212-5222.
<https://doi.org/10.1177/2055102919898611>
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., Lukasse, M., & Bidens Study Group. (2017). Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33-39.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>
- Instituto Europeo de Salud Perinatal. (2016). *Parto traumático y trastorno de estrés postraumático posparto: no siempre es depresión posparto*.
<https://saludmentalperinatal.es/2016/09/30/parto-traumatico-trastorno-de-estres-postraumatico-posparto-no-siempre-es-depresion-posparto/>
- Lavender, T., Walkinshaw, S. A., & Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15(1), 40-46.
[https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(99\)90036-0](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(99)90036-0)
- McGreevy, S., & Boland, P. (2020). Sensory-based interventions with adult and adolescent trauma survivors: An integrative review of the occupational therapy literature. *Irish*

Journal of Occupational Therapy, 48(1), 31-54. <https://doi.org/10.1108/IJOT-10-2019-0014>

Molloy, E., Biggerstaff, D.L., Sidebotham, P. (2021). A phenomenological exploration of parenting after birth trauma: Mothers perceptions of the first year. *Women and Birth*, 34(3), 278-287. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.004>

Muzik, M., Morelen, D., Hruschak, J., Rosenblum, K. L., Bocknek, E., & Beeghly, M. (2017). Psychopathology and parenting: An examination of perceived and observed parenting in mothers with depression and PTSD. *Journal of affective disorders*, 207, 242-250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.035>

Olcoñ, K., Rambaldini Gooding, D. & Degeling, C. (2023). Implementation gaps in culturally responsive care for refugee and migrant maternal health in New South Wales, Australia. *BMC Health Serv Res*, 23(42). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09066-7>

Parliament of New South Wales. (21 June 2023). *Select Committee of Birth Trauma* <https://www.parliament.nsw.gov.au/lcdocs/committees/318/Resolution%20establishing%20committee%20-%202021%20June%202023.pdf>.

Raghavan, S., & Sandanapitchai, P. (2020). The relationship between cultural variables and resilience to psychological trauma: A systematic review of the literature. *Traumatology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/trm0000239>

Salinas Pérez, M., Santoyo Haro, S., y Barragán Bernal, I. L. (2021). Frecuencia y factores de riesgo de la culminación de partos por cesárea en un hospital privado de la Ciudad de México. *Acta médica Grupo Ángeles*, 19(4), 510-513. <https://doi.org/10.35366/102537>

Soderquist, J., Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Traumatic Stress after Childbirth: The Role of Obstetric Variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(1), 31-39. <https://doi.org/10.3109/01674820209093413>

- Taghizadeh, Z., Irajpour, A., Arbabi, M. (2013). Mothers' response to psychological birth trauma: a qualitative study. *Iran Red Crescent Med*, 15(10), 10572.
<https://doi.org/10.5812/ircmj.10572>
- Tani, F., & Castagna, V. (2016). Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(6), 689–692. <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1182980>
- Taraban, L., Shaw, D. S., Leve, L. D., Wilson, M. N., Dishion, T. J., Natsuaki, M. N., & Reiss, D. (2017). Maternal depression and parenting in early childhood: Contextual influence of marital quality and social support in two samples. *Developmental Psychology*, 53(3), 436–449. <https://doi.org/10.1037/dev0000261>
- Van Heumen, M.A., Hollander, M.H., Van Pampus, M.G., Van Dillen, J., Stramrood, C. A. (2018). Psychosocial Predictors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in Women with a Traumatic Childbirth Experience. *Frontiers in Psychiatry*. 9.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00348>
- Wilson, C., Padron, E. y Samuelson, C. (2017). Trauma Type and Posttraumatic Stress Disorder as Predictors of Parenting Stress in Trauma-Exposed Mothers. *Violence Vict*, 32(1), 141-158. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00077>.
- Winnicott, D. W. (1960-1963). *The theory of the parent-infant relationship. Essential papers on object relations*. Oxford Academic.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190271381.003.0022>
- World Health Organisation. (2013). *WHO releases guidance on mental health care after trauma*. <https://shorturl.at/cjA56>
- Zenteno Salazar, P. M., & Fresno Rodríguez, A. (2018). *Evidencia preliminar de fiabilidad y validez para la adaptación al español de los instrumentos PTSD Checklist 5 (PCL 5) y Clinician Administered PTSD Scale 5 (CAPS 5) para identificar sintomatología del trastorno de estrés postraumático* [Disertación de Doctorado, Universidad de Talca de Chile]. <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/1797198>

Zhu, W., Wang, C. D., & Chong, C. C. (2016). Adult attachment perceived social support, cultural orientation, and depressive symptoms: A moderated mediation model.

Journal of Counseling Psychology, 63(6), 645–655.

<https://doi.org/10.1037/cou0000161>

Apéndices

Apéndice A. Escala PLC-5 Versión en español

PCL-5

Instrucciones: A continuación hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y luego circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema **durante el pasado mes.**

Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (<i>como si estuviera reviviéndola</i>)?	0	1	2	3	4
4. sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (<i>por ejemplo, latidos cardíacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración</i>)?	0	1	2	3	4
6. evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (<i>por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones</i>)?	0	1	2	3	4
8. dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo (<i>por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso</i>)?	0	1	2	3	4
10. culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	0	1	2	3	4
11. tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. sentirse distante o enajenado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. dificultad para sentir emociones positivas (<i>por ejemplo, ser incapaz de sentir alegría o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted</i>)?	0	1	2	3	4
15. irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño?	0	1	2	3	4
17. estar "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia?	0	1	2	3	4
18. sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	0	1	2	3	4
19. tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. tener dificultad para dormirse o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

Apêndice B. Escala PLC-5 Versión en Português (Brasil)

NOME: _____ DT. NASC.: ____/____/____

Parte 3

Abaixo há uma lista de problemas que as pessoas às vezes apresentam em resposta a uma experiência muito estressante. Pensando em seu pior evento, por favor, leia cuidadosamente cada problema e então circule um dos números à direita para indicar o quanto você tem sido incomodado por este problema no último mês.

NO ÚLTIMO MÊS, quanto você foi incomodado por:	De modo nenhum	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Lembranças indesejáveis, perturbadoras e repetitivas da experiência estressante?	0	1	2	3	4
2. Sonhos perturbadores e repetitivos com a experiência estressante?	0	1	2	3	4
3. De repente, sentindo ou agindo como se a experiência estressante estivesse, de fato, acontecendo de novo (como se você estivesse revivendo-a, de verdade, lá no passado)?	0	1	2	3	4
4. Sentir-se muito chateado quando algo lembra você da experiência estressante?	0	1	2	3	4
5. Ter reações físicas intensas quando algo lembra você da experiência estressante (por exemplo, coração apertado, dificuldades para respirar, suor excessivo)?	0	1	2	3	4
6. Evitar lembranças, pensamentos, ou sentimentos relacionados à experiência estressante?	0	1	2	3	4
7. Evitar lembranças externas da experiência estressante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações)?	0	1	2	3	4
8. Não conseguir se lembrar de partes importantes da experiência estressante?	0	1	2	3	4
9. Ter crenças negativas intensas sobre você, outras pessoas ou o mundo (por exemplo, ter pensamentos tais como: "Eu sou ruim", "existe algo seriamente errado comigo", "ninguém é confiável", "o mundo todo é perigoso")?	0	1	2	3	4
10. Culpar a si mesmo ou aos outros pela experiência estressante ou pelo que aconteceu depois dela?	0	1	2	3	4
11. Ter sentimentos negativos intensos como medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha?	0	1	2	3	4
12. Perder o interesse em atividades que você costumava apreciar?	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas?	0	1	2	3	4
14. Dificuldades para vivenciar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou sentimentos amorosos por pessoas próximas a você)?	0	1	2	3	4
15. Comportamento irritado, explosões de raiva ou agir agressivamente?	0	1	2	3	4
16. Correr muitos riscos ou fazer coisas que podem lhe causar algum mal?	0	1	2	3	4
17. Ficar "super" alerta, vigilante ou de sobreaviso?	0	1	2	3	4
18. Sentir-se apreensivo ou assustado facilmente?	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldades para se concentrar?	0	1	2	3	4
20. Problemas para adormecer ou continuar dormindo?	0	1	2	3	4

DATA: ____/____/____

Apéndice C. Consentimiento Informado

Consentimiento informado

Acepto de manera voluntaria participar en el proceso de evaluación psicológica que será realizado por la Alumna Beatriz Wendolín Mendoza estudiante de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. Dicho estudio tiene como finalidad el Analizar el impacto de haber experimentado un parto traumático y la relación inicial de la madre con su hijo o hija en los primeros años. La práctica académica se realizará bajo la supervisión de la Dra. Anabel de la Rosa Gomez.

Me han informado que las condiciones del proceso de evaluación son las siguientes:

El proceso de evaluación consiste en dos etapas:

1. Responder Escala PCL-5 ~~vía Google forms~~.
2. Participar en una entrevista semiestructurada ~~vía zoom~~ de 1 hr. aprox. (Solo se contactará ~~vía email~~ a algunos participantes seleccionados).

El proceso de evaluación no perjudicará la integridad del evaluado(a). El estudiante responsable del proceso de evaluación se compromete a no revelar la identidad del evaluado en ningún momento del proceso, ni después de finalizado el mismo. Los resultados de la evaluación serán discutidos en las clases correspondientes con fines de aprendizaje, manteniendo siempre el anonimato del evaluado(a). Al dar su consentimiento, el participante se compromete a culminar el proceso de evaluación, dada su importancia para la formación profesional del estudiante a cargo. Sin embargo, podrá solicitar no continuar con el proceso, previa comunicación con el estudiante, para que éste no se perjudique. El estudiante responsable del proceso de evaluación podrá realizar una devolución oral de resultados, una vez terminado el proceso de evaluación, siempre y cuando cuente con la autorización y asesoría del profesor del curso.

El participante debe considerar tanto los riesgos como los beneficios de participar en esta ~~investigación~~. Entre los riesgos se encuentran, la ~~revivencia~~ de experiencias dolorosas o la dificultad para manejar emociones mientras que algunos beneficios incluyen el contribuir al conocimiento científico, aumentar la ~~conciencia sobre~~ el tema del parto traumático y ofrecer validación y comprensión a los participantes. Además, a todos los participantes se les dará a conocer un directorio de espacios de atención psicológica:

México

<https://e-motion.iztacala.unam.mx/>

Línea de Ayuda LOCATEL (Atención psicológica gratuita por teléfono): Tel. 5556581111

~~Viveta~~ Salud Mental (Atención psicológica gratuita vía telefónica): Tel. 911 – Emergencias, 9818119870 Ext 2210

Asociación Mexicana de ~~Suicidología~~: Tel. 4777709195

Australia:

<https://www.postpartum.net/get-help/provider-directory/>

- [Lifeline](#) on 131 114
- [Kids Helpline](#) on 1800 551 800
- [Beyond Blue](#) on 1300 224 636
- [NSW Mental Health Line](#) on 1800 011 511
- [Suicide Call Back Service](#) on 1300 659 467
- [MensLine Australia](#) on 1300 789 978
- [Headspace](#) on 1800 650 890
- [ReachOut](#) <https://au.reachout.com/#parents-carers>
- ~~Emergency services~~ triple-0 si necesitas atención inmediata.

Doy mi consentimiento para que cada sesión quede grabada por la plataforma ~~zoom~~, sabiendo que únicamente será resguardado para fines de la investigación y será eliminado al término del estudio.

~~Octubre~~ del 2023.

Apéndice D. Datos Generales y puntuaciones de participantes que respondieron Escala

PCL-5

Cons	País/Origen	Acepto las Condiciones del Consentimiento Informado	Número de hijos	Estado civil	Puntuación Total	Criterio 1	Criterio 2	Entrevista
1	México	Si	2	Casada	4			
2	México	Si	1	Casada	0			
3	México	Si	3	Casada	23			
4	México	Si	3	Unión Libre	35	SI	SI	SI
5	Colombia	Si	2	Casada	8			
6	Colombia	Si	1	Casada	13			
7	Colombia	Si	1	Casada	21			
8	Colombia	Si	1	Casada	5			
9	Venezuela	Si	2	Soltera	3			
10	Colombia	Si	1	Otro	1			
11	Colombia	Si	1	Unión Libre	10			
12	Colombia	Si	1	Casada	9			
13	Colombia	Si	1	Casada	31	SI	NO	NO
14	México	Si	2	Otro	12			
15	México	Si	2	Soltera	10			
16	México	Si	3	Unión Libre	38	SI	SI	SI
17	Colombia	Si	2	Casada	51	SI	SI	NC
18	Colombia	Si	1	Casada	20			
19	México	Si	2	Casada	0			
20	México	Si	1	Casada	49	SI	SI	SI
21	México	Si	1	Casada	3			
22	Colombia	Si	4 o más	Unión Libre	44	SI	SI	NC
23	México	Si	2	Casada	30			
24	Colombia	Si	1	Casada	50	SI	SI	NC
25	Colombia	Si	1	Casada	15			
26	Brasil	Sim	1	Casada	8			
27	Brasil	Sim	1	Casada	6			
28	Brasil	Sim	2	Casada	0			
29	Brasil	Sim	1	Casada	0			
30	Brasil	Sim	1	Casada	35	SI	NO	NO
31	Brasil	Sim	1	Casada	29			
32	Brasil	Sim	1	Casada	2			
33	Brasil	Sim	1	Casada	38	SI	SI	SI
34	Brasil	Sim	2	União livre	35	SI	SI	SI

NC: No contestó la invitación a realizar la entrevista.