

Estados emocionales en el postparto

Ana González Uriarte
Psiquiatra. Psicóloga. Huesca.

RESUMEN:

Se propone, desde la perspectiva de la Teoría del Apego, una explicación alternativa acerca de los cambios emocionales de postparto que se conocen como Maternity Blues y que tradicionalmente se consideran un trastorno depresivo leve consecuencia de déficits hormonales.

Numerosos datos apoyan la hipótesis de que dichos cambios emocionales tienen un sustrato neurohormonal y un significado psicobiológico adaptativo de favorecer la vinculación emocional madre-hijo.

Palabras clave: Maternity Blues. Teoría del apego. Depresión postparto.

ABSTRACT:

From Attachment Theory we propose an alternative explanation about the emotional changes of postpartum known as Maternity Blues, which traditionally are considered as a mild depressive disorder secondary to hormonal deficiency. Many data support the alternative hypothesis seeing such emotional changes of neuroendocrine origin representing indeed an adaptive psychobiological response favouring the mother-infant bond.

Key Words: Maternity Blues. Attachment Theory. Postpartum depression.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un hijo es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una mujer. Las emociones que se pueden experimentar en el periodo postparto abarcan toda la gama posible de las mismas.

Estas emociones van a estar condicionadas en buena medida por diversos factores, tanto biológicos como psicológicos y sociales, tales como: personalidad previa, historia afectiva, presencia o ausencia de apoyos familiares y sociales, complicaciones médicas en el embarazo, tipo de parto, complicaciones obstétricas, factores socioeconómicos, etc.

Aun así, está descrito que hasta un 80% de las mujeres (según estudios) en el postparto experimentan una serie de cambios emocionales tales como **labilidad afectiva, paso de la euforia al llanto, irritabilidad, disforia, hipersensibilidad a la crítica, cierta angustia, tristeza...** que tienen su máxima expresión alrededor del 3-5º día y pueden durar hasta 10 ó 15 días.

Habitualmente, tanto en círculos sanitarios como en medios de comunicación y popularmente se atribuyen dichas emociones a las bajadas hormonales tras el parto, y se considera que es un trastorno y que por sí solo y/o con algo de apoyo se resuelve en pocos días. A este cuadro se le suele denominar "Trastorno depresivo leve, depresión puerperal leve, depresión leve postparto, tristeza puerperal o Maternity blues" por distinguirla del "verdadero trastorno depresivo" que aparece más tarde en el tiempo, afecta a un menor

número de mujeres (13%), provoca un gran sufrimiento y suele requerir tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico especializado.

El hablar de depresión o trastorno depresivo aunque sea leve evoca que dichos cambios son algo patológico, que tiene que ver con la enfermedad, con algo deficitario (falta de hormonas) y por tanto algo negativo y a superar.

Por el contrario y a la luz de la teoría del apego planteamos:

- que así como durante el parto, la mujer, precisa de unas condiciones de intimidad y seguridad que permitan el equilibrio hormonal que facilitará el parto fisiológico; también en el postparto, la díada madre-hijo precisa de unas condiciones de seguridad, de soporte afectivo, de calma y tranquilidad, de apoyo familiar y social, que permita a la madre "dejarse llevar por las emociones" para así "ponerse en la piel de su hijo" permitiendo la vinculación.
- que estos cambios emocionales son mal denominados como "depresión" ya que no es la tristeza el afecto predominante sino una extremada hipersensibilidad y reactividad emocional.
- que es esa hiperreactividad emocional lo que va a permitir que la madre se "calze los zapatos del bebé" (como decía Winnicott) y pueda responder adecuadamente a las enormes necesidades del recién nacido.
- que es la presencia de hormonas (oxitocina y prolac-

tina fundamentalmente), y no su déficit lo que propicia dicho estado.

- que son cambios adaptativos que favorecen la vinculación madre-hijo y éstos son por tanto positivos, esperables y deseables.
- que la etapa puerperal es de gran vulnerabilidad para la mujer y la diada madre-hijo y precisa de apoyos del grupo familiar y social. La madre precisa de un soporte afectivo y práctico suficiente que le permita estar disponible para su hijo y es la carencia de apoyo lo que ocasiona el sufrimiento que muchas madres experimentan.
- y que sería saludable transmitir una visión positiva de la "hipersensibilidad o hiperreactividad puerperal" a las futuras madres durante el embarazo para que lo acepten como algo que les va a permitir escuchar y comprender mejor y así vincularse mejor a sus hijos.

LA TEORÍA DEL APEGO

John Bowlby elaboró la teoría del apego como teoría del desarrollo afectivo. Desde su inicio la teoría se enriqueció con las aportaciones de la etología humana y animal, el aprendizaje social, el psicoanálisis y teorías cognitivas sobre la representación mental.

De acuerdo con John Bowlby (1988), "la teoría del apego es una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de entender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión, enfado, cuando son abandonados o viven una separación o pérdida".

El concepto de apego tiene varios términos cercanos: relaciones de objeto, dentro del psicoanálisis; el imprinting; el attachment, troquelaje, el concepto de urdimbre afectiva descrito por Rof Carballo, etc.

Definimos el apego como el lazo afectivo que se forma entre el niño y un número reducido de personas cercanas que le impulsa a buscar la **proximidad y el contacto** con ellas a lo largo del tiempo.

La necesidad de vincularse afectivamente es una necesidad humana, preprogramada biológicamente y presente a lo largo de todo el ciclo vital.

El bebé humano es un ser absolutamente dependiente al nacer. La evolución ha condicionado que dado que somos la especie con mayor desarrollo cerebral y que además caminamos de forma erguida, "tengamos que nacer" cuando aún somos inmaduros y totalmente dependientes. El cerebro del recién nacido está sin desarrollar y la pelvis femenina es todo lo ancha que puede ser para permitir que las mujeres caminemos erguidas y que el parto sea posible. Es una cuestión de medidas, craneal del RN (Recién Nacido) frente a pélvica de la mujer.

Esto hace que el bebé precise de los cuidados "entregados" de un adulto, (la biología favorece que sea la madre), simplemente para sobrevivir. Lo que es posible gracias al

potente mecanismo de la vinculación. Desde el punto de vista evolutivo, los adultos se ven correspondidos en su altruismo porque se aumenta la probabilidad de la transmisión de sus genes. Psicológicamente son los afectos como el amor y la ternura lo que se experimenta a cambio.

Las relaciones de apego son la **base segura** que va a posibilitar la confianza y seguridad en uno mismo que es fundamental para un adecuado desarrollo de la personalidad. Partiendo de la necesaria dependencia inicial del RN, conforme éste va creciendo y siendo más competente, utilizará a la figura de apego como base (a la que puede "regresar" cuando es necesario) a partir de la cual desplegará su autonomía. Para llegar a ser autónomo hay que satisfacer la dependencia inicial.

En las relaciones de apego se desarrolla la seguridad íntima del niño, la eficacia y valor que atribuye a su autoconcepto, junto con aspectos de las relaciones personales íntimas, tales como la capacidad de tener relaciones afectivas próximas, de procurar y recibir atenciones y de cuidar de los otros.

LA MADRE Y LA ADAPTACIÓN A SU HIJO RECIÉN NACIDO

Durante el embarazo se va dando un progresivo desarrollo de la imagen que la madre tiene de su hijo. Esta imagen está basada tanto en los deseos y expectativas de la madre como en la percepción que se va teniendo del bebé a través de sus movimientos, reacciones y, más ahora que nunca, a través de las imágenes que nos proporciona la técnica.

Cuando llega el momento del parto la madre está preparada para:

- afrontar la separación física del bebé y
- adaptarse al bebé real y a sus necesidades

Tras el parto, la madre ha de estar emocionalmente dispuesta a vincularse con el bebé lo que conlleva un enorme trabajo de adaptación.

Además ha de afrontar:

- la pérdida de la sensación de fusión con el feto que le ha acompañado todo el embarazo;
- la sensación de extrañeza que le puede provocar el bebé;
- adaptarse al bebé real que puede no coincidir con el deseado y soñado;
- aprender no sólo a tolerar sino a DISFRUTAR de las enormes exigencias que le impone la total dependencia del bebé.

Esto supone para la madre una "conmoción"; sus posturas anteriores, sus vínculos, su imagen de sí misma, están todos sujetos a cambios. El resultado es una nueva identificación maternal, una focalización de los afectos de la mujer y la capacidad de reconocer y adaptarse a una nueva realidad ineludible.

La sensibilidad materna

El apego madre-hijo viene determinado por ambos comportamientos: el de la madre y el del niño; pero el rol de la madre es más activo e importante dado que presenta mayor repertorio de conductas, aunque necesita recibir respuestas del niño porque si no la conducta de la madre disminuirá.

Las principales conductas de la madre en respuesta a las señales que el niño emite en su búsqueda de proximidad y contacto serían:

1. Disponibilidad-Desentendimiento: La madre disponible es aquella que está atenta a las señales del niño aunque esté a cierta distancia de él o realizando otras actividades. La madre desentendida es la que está preocupada por sus propias actividades y parece no darse cuenta de las señales del niño y en ocasiones hasta se olvida de él.
2. Aceptación-Rechazo: La aceptación es esa capacidad de la madre para asumir que está atada al niño en el sentido de que debe cuidarle adecuadamente y prestarle atención. La madre que rechaza al niño expresa enfado y oponiéndose a sus deseos crea una atmósfera conflictiva.
3. Cooperación-Interferencia: La madre cooperadora es la que respeta la autonomía del niño y evita ejercer un control directo sobre él. La madre que interfiere impone casi siempre su voluntad sin apenas tener en cuenta el estado de ánimo de éste o la actividad que realice.
4. Sensibilidad-Insensibilidad: La madre sensible es capaz de ver las cosas desde el punto de vista del bebé e interpreta correctamente sus señales. "Ponerse en su piel", "calzarse sus zapatos".

Ser sensible significa estar disponible, aceptar al niño y cooperar con él

Las condiciones maternas que facilitan el apego serían sobre todo la **sensibilidad materna** (Hinde, 1965).

Ainsworth, Bell y Stayton (1974) definen la sensibilidad como una serie de tendencias de respuestas que incluyen la atención al bebé, la interpretación adecuada y la respuesta pronta y apropiada. Implica tener al bebé presente y respetarlo. **Los estudios realizados apoyan que la sensibilidad materna contribuye al apego seguro.**

EMOCIONES NORMALES EN EL POSTPARTO

La mayor parte de los estudios considera, como hemos señalado anteriormente, que la mayoría de las mujeres física y psiquiátricamente sanas experimentan en el postparto algún tipo de cambio en el estado de ánimo, que suele llegar a su máxima expresión entre el tercer y quinto día tras el parto, y que acostumbra a durar sólo unos pocos días. Estos cambios son autolimitados y desaparecen sin intervención alguna.

La característica central de la experiencia afectiva puerperal no es la tristeza sino que parece ser un **aumento de la reactividad emocional a los estímulos**, como, por ejemplo, responder con llanto o irritabilidad, con profunda alegría o tristeza a estímulos que normalmente no provocarían unas reacciones tan intensas (Miller).

Las hormonas en el parto

Estrógenos y Progesterona, que son producidos en gran cantidad durante el embarazo, predisponen emocionalmente a las mujeres hacia la maternidad tras el parto. También se eleva el nivel de otras hormonas como la noradrenalina, la serotonina y el cortisol para favorecer una predisposición emocional hacia la futura cría.

En el periodo expulsivo hay un aumento de la **ADRENALINA**, que favorece el reflejo de expulsión fetal y el posterior inicio del vínculo al estar madre y cría alertas.

LAS ENDORFINAS o peptidos opiáceos endógenos son las llamadas hormonas del placer, y se encuentran niveles muy altos en el parto, pero varían mucho según el estado físico, psíquico y emocional de la mujer.

El ambiente de parto tranquilizador, confiado y con escasos estímulos sensoriales favorece su secreción.

La **OXITOCINA**, que es segregada no sólo en el parto sino también en la lactancia y en el orgasmo femenino y masculino, provoca las contracciones uterinas que favorecen la fecundación y provocan el parto.

Se considera la hormona del amor, del altruismo, del olvido de uno mismo.

Aumenta antes y durante la toma de lactancia.

Hay gran cantidad de receptores de oxitocina en algunas partes del sistema límbico.

Algunos datos:

- Su secreción o inyección en ratas que no han parido promueve la conducta maternal.
- La ablación en ratas recién paridas de ciertas partes del sistema límbico resulta en una disminución de la conducta maternal.
- En ratas que han parido, si se elimina la oxitocina no inician una conducta maternal normal. Sin embargo si la conducta maternal ya ha sido iniciada, ésta continúa a pesar de que no haya oxitocina.
- Diferentes investigaciones señalan que lo que impulsa a las madres a priorizar el cuidado y el buen trato de sus crías tiene relación con la capacidad del organismo femenino de producir oxitocina (Nelson, Pankseep y otros autores citados por Taylor, 2002)
- Las circunvoluciones del cíngulo anterior, estructura del sistema límbico, sólo se encuentran en mamíferos. La ablación de dicha zona en ratas que han parido tiene como resultado una disminución de la conducta maternal.
- Las lesiones en las circunvoluciones del cíngulo en humanos produce una disminución de la reactividad emocional.

La secreción de oxitocina es la base biológica de las capacidades femeninas para brindar cuidados y tratar bien a los demás.

Los datos sugieren que los mamíferos tienen un sistema neurobiológico único que se activa por los cambios hormonales tras el parto y que fomenta la conducta inicial de apego entre las madres y las crías recién nacidas.

En la hora siguiente al parto en condiciones fisiológicas, el nivel máximo de oxitocina está asociado con un nivel alto de **PROLACTINA**, hormona que produce la leche materna. Su secreción empuja a hacer el nido y genera estados agresivos en ciertas circunstancias en madres lactantes.

Junto con la oxitocina orienta a la madre a la atención y el cuidado del bebé.

En condiciones fisiológicas el equilibrio hormonal entre oxitocina, prolactina, endorfinas, adrenalina va a ser el sustrato biológico sobre el que se va a dar la vinculación emocional madre-bebé.

Factores socioculturales

En nuestro medio hemos pasado en pocos años:

- de la familia extensa a la familia nuclear
- de vida predominantemente en medio rural a medio urbano
- del trabajo doméstico de las mujeres al trabajo fuera de casa

Se han dado grandes pasos en muchos aspectos, pero nos encontramos con mujeres en muchos casos muy solas y con poca red familiar y social lo que repercute en el escaso apoyo que pueden recibir algunas mujeres en el postparto.

Por otro lado la imagen actual de la mujer que en buena medida tenemos asumida y que es transmitida a través, entre otros, de los medios de comunicación nos presenta una mujer que ha de recuperarse rápidamente tras el parto, lucir una estilizada silueta, estar disponible para recibir visitas y reincorporarse cuanto antes a lo social. Lo que choca con la realidad del enorme esfuerzo físico y psicológico que requiere la adaptación y satisfacción de las necesidades del recién nacido aun en el caso de que todo transcurra sin complicaciones.

En algunas sociedades la tradición sigue favoreciendo que las madres permanezcan en semirreposo durante las semanas que siguen al parto. La madre y otras mujeres del entorno se ocupan de los quehaceres domésticos mientras ella se dedica en exclusiva al bebé.

Entendemos que esa reactividad emocional aumentada, esa hipersensibilidad característica del postparto no sólo no obedece a ningún trastorno de ánimo por déficit hormonal, sino que se trata del estado emocional sobre el que se va a establecer la vinculación emocional madre-hijo y que tiene una base neurohormonal. El sufrir o disfrutar de la “tormenta

emocional” va a depender en buena parte de la red, del tejido familiar y social que proporcione el sostén afectivo y efectivo a la pareja madre-bebé.

SUFRIMIENTO PSÍQUICO EN EL POSTPARTO

Algunas madres sufren en diverso grado síntomas de tristeza, angustia, miedo, preocupaciones, obsesiones... que tienen características diferentes a lo que hemos llamado “hiperreactividad o hipersensibilidad del postparto”.

Estos síntomas se pueden dar en cualquier circunstancia en que o por características personales o por situaciones excepcionales o traumáticas se desborda la capacidad de adaptación de la madre.

- Vulnerabilidad individual aumentada: por su propia historia afectiva, traumas anteriores, personalidad previa, antecedentes de trastorno psiquiátrico.
- Complicaciones del embarazo, parto traumático, cesárea, enfermedad del bebé, problemas con la lactancia.
- Falta de apoyos.

LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Aunque hay otros cuadros psicopatológicos propios del postparto nos referiremos sólo a la Depresión Postparto por su alta prevalencia y porque creemos que el considerar, como decíamos antes, la “hiperreactividad emocional” como un trastorno depresivo leve induce a minimizar los síntomas depresivos en mujeres que realmente presentan una DPP.

Se habla de una Prevalencia del 13%.

Se inicia a las 2-3 semanas tras el nacimiento, dura de 4 a 6 semanas e incluso más de un año sin tratamiento.

Factores de riesgo de la DPP

- Acontecimientos vitales estresantes
- Conflicto matrimonial
- Ausencia apoyo social
- Cesárea
- Antecedentes depresivos durante el embarazo
- Embarazo múltiple, abortos anteriores, complicaciones en embarazo.

Puede ser una depresión melancólica con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad de hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia hacia el bebé. Los síntomas ansiosos y el miedo a auto o heteroagresividad son comunes.

La depresión postparto tiene consecuencias para la madre, el niño y la familia:

- las mujeres tienen el doble de probabilidades de padecer depresión en los siguientes 5 años
- deterioro de las interacciones madre-bebé

- percepciones negativas del comportamiento del niño lo que ha sido vinculado a retraso del desarrollo cognitivo, dificultades sociales y de interacción. Los bebés de tres meses son capaces de detectar el estado de ánimo de sus madres y de modificar sus propias respuestas de acuerdo con ellos.
- la depresión incide negativamente en las habilidades cognitivas, el desarrollo del lenguaje expresivo y la atención del bebé
- los hijos de mujeres deprimidas tienen de dos a cinco veces más probabilidades de desarrollar problemas de conducta a largo plazo
- mayor riesgo de negligencia y abuso infantil

Hay que atender y tratar adecuadamente, con psicoterapia y psicofármacos en su caso, la depresión postparto.

La lactancia materna debe ser considerada como un instrumento terapéutico dentro del tratamiento de la depresión, puesto que sus numerosos efectos beneficiosos contrarrestan el efecto de la depresión sobre el lactante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barudy, J, Dantagnan, M. Los buenos tratos en la infancia. Gedisa. Barcelona 2005.
2. Bowlby, J. Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego (1989) Paidós.
3. Bowlby, J. Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida (1995) Morata.
4. Brazelton, B, Cramer, BG. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial (1993) Paidós.
5. López, F, Etxebarria, I, Fuentes, MJ, Ortiz, MJ, (Coord.). Desarrollo afectivo y social (1999). Psicología Pirámide.
6. Miller, L, Rukstalis, M. Más allá de la tristeza postparto. Hipótesis sobre la reactividad postparto. *Advanced Selected Topics in Psychiatry*. American Psychiatric Publishing, Inc.
7. Brazelton. La relación más temprana.
8. Carro, T, Sierra, JM^a. Trastornos del estado de ánimo en el postparto.

CONCLUSIONES

Si aceptamos que la hiperreactividad y sensibilidad emocional del postparto es el terreno que posibilita que la madre “se ponga en la piel del bebé” y se dé la vinculación emocional madre-bebé, en la vertiente práctica sugerimos:

- Adoptar y promover desde lo sanitario una visión positiva de los cambios emocionales del postparto.
- Informar a las futuras o recientes madres y sus parejas de estos cambios y de su significado.
- Promover y favorecer las redes de apoyo entre mujeres.
- Promover y favorecer la lactancia materna, que entre otros muchos efectos beneficiosos, es responsable de mantener el equilibrio hormonal sobre el que se asienta la conducta maternal.
- Animar a que las madres se den permiso para pedir y aceptar ayuda sugiriendo cuestiones prácticas como: limitar las visitas, descansar todo lo posible, buscar apoyo doméstico...

9. Ileana Enesco (coord). “El desarrollo del bebé. Cognición, emoción y afectividad”. Psicología y Educación. Alianza editorial. Madrid, 2003.
10. Odent, M. La científicación del amor. Ed. Creavida. Buenos Aires, 2001.
11. Olza, I, Lebrero, E. ¿Nacer por cesárea? Ed. Gránica. Barcelona, 2005.
12. Torres Hernández, P. Trastornos afectivos en los ciclos hormonales de la mujer. *Salud Global* Año V. N° 6 2005.
13. Simon Lorda, D, Gómez-Reino Rodríguez, I. Psicosis puerperal: aspectos clínicos y asistenciales *Psiquiatría Pública*. Vol. 11. Núm. 3. Mayo-Junio 1999.
14. Small, MF. Nuestros hijos y nosotros (1998) Vergara Vitae.
15. Vargas, T, Polaina-Lorente, A. La familia del deficiente mental. Un estudio sobre el apego afectivo (1996) *Psicología Pirámide*.