

EL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMO SECUELA OBSTÉTRICA

INFORMACIÓN PARA
PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN
AL PARTO

Estrategia de
atención al
parto normal
en el Sistema Nacional
de Salud

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD Y CONSUMO

DEFINICIÓN, CRITERIOS Y PREVALENCIA

El nacimiento de un hijo es uno de los acontecimientos vitales más significativos y de mayor impacto en la vida de la mujer. Socialmente se espera que la mujer que ha tenido un bebé sano esté feliz, contenta y satisfecha y agradecida con la experiencia. Esto es así en una mayoría de madres, pero también hay mujeres para las que el parto puede ser un evento muy traumático o incluso terrorífico que impacta seriamente su adaptación psicosocial en el postparto, la lactancia e incluso el vínculo con el bebé. Cuando el recién nacido está sano se espera que la madre se muestre satisfecha y feliz independientemente de cómo haya transcurrido el parto ⁽¹⁾ y a muchas madres se les recomienda que no sigan dándole vueltas ni hablando del parto ⁽²⁾.

Desde hace tiempo se conoce la existencia de trastornos psiquiátricos específicos del puerperio y postparto así como su efecto sobre el vínculo y el desarrollo psicomotor y emocional del lactante. Sin embargo en los últimos años diversos estudios clínicos han señalado la existencia de un trastorno que se desencadena exclusivamente por el parto, y muy especialmente por el parto traumático, con unas características psicopatológicas y clínicas diferentes de la depresión postparto. En las dos últimas décadas toda una serie de investigaciones han comprobado que **el parto puede ser un evento tan estresante como para desencadenar un síndrome de estrés postraumático (SEPT)**. Este síndrome es un **trastorno de ansiedad** que empezó a ser estudiado a partir de la observación de las secuelas psicológicas que presentaban algunos veteranos de la guerra del Vietnam. En 1980 se incluyó por primera vez en la Clasificación de Enfermedades Mentales DSM-III de la Asociación Psiquiátrica Americana y **se incluían como síntomas principales del síndrome la reexperimentación del trauma** (en forma de flash-backs y/ o pesadillas), *la evitación de estímulos relacionados con el mismo y el estado de ansiedad o nerviosismo que se desencadenaba con la reexposición a detalles que recordaran el evento*. Se definía como trauma a un evento que estuviera absolutamente fuera del rango de la experiencia humana normal. La cuarta edición de la DSM ampliaba la definición de trauma a "*cualquier evento que suponga una amenaza de muerte o graves daños para la integridad físico de uno mismo o de otros, cuando la respuesta individual está marcada por el miedo extremo, la indefensión o el horror*"⁽³⁾.

Los criterios diagnósticos para el síndrome de estrés postraumático según la clasificación DSM IV son:

A-. **La persona ha estado expuesta** a un acontecimiento traumático (en el que ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás y ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.

B-. **El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente** a través de una (o más) de las siguientes formas:

(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse)

(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C-. **Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y el embotamiento de la reactividad general del individuo** (ausente antes del trauma) tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás

(6) restricción de la vida afectiva (p.ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

(7) sensación de un futuro desolador.

D-. **Síntomas persistentes de aumento de la activación** (arousal) ausentes antes del trauma, tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

(1) dificultades para conciliar o mantener el sueño

(2) irritabilidad o ataques de ira,

(3) dificultades para concentrarse,

(4) hipervigilancia.,

(5) respuestas exageradas de sobresalto.

E-. **Estas alteraciones** (los síntomas de los criterios B, C y D) **se prolongan más de un mes.**

F-. Estas alteraciones **provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas** importantes de la actividad del individuo.

A partir de la publicación de la DSM-IV comenzó a investigarse la posibilidad de que el parto fuese lo suficientemente traumático como para poder desencadenar un SEPT, posibilidad que ya había sido descrita por otros autores como la psicoanalista francesa Monique Bydlowski a partir de los años setenta con el nombre de "*neurosis traumática postobstétrica (4)*". Es decir, con el cambio de definición de trauma en la DSM-IV se acepta que cualquier parto en el que haya habido una amenaza de muerte o graves secuelas físicas para madre y/o bebé y donde la madre *haya vivido la amenaza* con miedo extremo, indefensión u horror puede desencadenar un síndrome de estrés postraumático. Lo cierto es que con el aumento del intervencionismo obstétrico en las últimas décadas (y crecimiento del uso de fórceps, episiotomías cesáreas) muchísimas madres han visto como en el parto se les hacían dichas intervenciones quirúrgicas bajo el argumento de que había un "grave riesgo para la salud de su bebé o de ellas mismas de no hacerlo urgentemente". Por lo tanto se entiende que no es tan importante como haya sido el parto objetivamente ni cuan real haya sido el peligro ni que el bebé haya salido indemne del parto, sino ***el hecho de que durante el parto la madre haya pensado que ella o su bebé corrían grave peligro y haya reaccionado sintiendo miedo, indefensión u horror*** (en palabras de una madre: *Sentí, en el quirófano, que si algo iba mal y moría, nadie que me quisiera iba a estar allí sosteniéndome la mano. Y que no vería a mi hijo*)⁽⁵⁾

Los estudios han señalado que este síndrome ***afecta a entre el 1,5% y el 6% de las puérperas pudiendo presentar el síndrome incompleto hasta un 30% de las mujeres que dan a luz*** ⁽⁶⁻¹⁰⁾. Hasta la fecha no ha habido estudios que estimen la prevalencia del SEPT en España. La alta prevalencia del síndrome en los estudios nos hace pensar que ***el parto es un momento de gran vulnerabilidad para la mujer, en el que a nivel cerebral hay un escenario neurobiológico y hormonal específico preparado para la impronta y el inicio del vínculo con el bebé, que hace que los eventos que transcurren durante el parto y las primeras horas del puerperio puedan quedar vívidamente grabados en la memoria consciente***, tanto si son positivos como si son traumáticos.

Entre los factores desencadenantes del síndrome se han señalado el alto intervencionismo obstétrico y la percepción de cuidados inadecuados en el parto. El SEPT aparece con mayor frecuencia tras una cesárea urgente y también tras un parto vaginal instrumental, siendo menor la incidencia si la cesárea es programada o el parto

es vaginal y no intervenido. Se ha hallado que los síntomas son más intensos tras un parto inducido, si la mujer siente que perdió el control durante el parto o si siente mucho dolor durante largos períodos de tiempo sin alivio alguno (10, 11). La prevalencia también es mayor en madres de bebés prematuros o gravemente enfermos tras el parto. Las madres con trastornos de ansiedad en el embarazo o que ya han tenido otras vivencias traumáticas previas (como haber vivido situaciones de violencia doméstica o de otro tipo) también tienen un mayor riesgo de sufrir las secuelas de un parto traumático.

PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE LOS SINTOMAS

El síndrome de estrés postraumático *conlleva un sufrimiento importante* para las madres que lo padecen, afecta a la *relación de la mujer con su bebé y con su pareja* y altera muy especialmente la relación con los profesionales sanitarios que atienden a la madre. Sin ser diagnosticado ni tratado *puede persistir durante meses y años*, afectando negativamente a la fertilidad o condicionando a veces la conducta de la mujer en sucesivos embarazos y partos. Tiene unos síntomas propios diferentes de la depresión postparto, aunque algunas madres pueden presentar los dos trastornos. Los síntomas pueden durar meses o años.

La psicóloga Cheryl Beck analizó en una investigación cualitativa los relatos de mujeres que presentaban este síndrome de estrés postraumático relacionado con el parto (12). Beck encontró que *las madres que lo padecen*:

1. *Continuamente recuerdan y reviven el parto* mediante flashbacks y pesadillas, durante semanas o meses. Cualquier evento que les recuerde el parto, como el conducir delante del hospital o el ver a una embarazada por la calle puede desencadenar esos recuerdos y producirles una reacción ansiosa (Algunas mujeres señalaban que esto dificultaba enormemente sus relaciones de pareja ya que tenían flashbacks del parto durante el coito)
2. Se sienten *desconectadas o extrañadas ante sus bebés y ausentes de la realidad*, como si no estuvieran allí o no fueran las mismas. Esta disociación puede comenzar inmediatamente después del parto y algunas mujeres lo describen como "la sensación de no sentir nada"; "como si todo aquello no me estuviera sucediendo a mi".

3. El trauma vivido hace que *necesiten entender y hablar* continuamente de lo que les sucedió y que busquen información médica sobre sus partos de manera obsesiva ("obsesión y monotema") Muchas madres sentían que necesitaban hablar de sus partos una y otra vez y algunas se encuentran meses después del parto buscando información obstétrica en Internet para entender que les pasó.
4. Se sienten *enfadadas con los profesionales, con sus familiares y consigo mismas*. Presentan síntomas de *ansiedad y depresión*. El SEPT dificulta la relación de las madres con los profesionales sanitarios enormemente, punto sobre el que volveremos más adelante.
5. Su experiencia de la *maternidad se ve muy afectada*. A menudo se sienten distanciadas de sus hijos. Tienen muchas dificultades para relacionarse con otras madres, no pueden evitar comparar su parto con el de las otras. El síndrome puede producir un rechazo a la *sexualidad*, a tener más hijos, o hacer que la madre pida una cesárea programada en el siguiente embarazo.

En resumen, **muchas mujeres que han tenido un parto traumático reviven el parto como si de una pesadilla se tratara durante semanas o meses, y no pueden quitarse estos recuerdos de la cabeza por más que lo deseen**. A menudo este malestar hace que la mujer se muestre tremendamente enfadada, aislada o arisca, tanto con los que le rodean como con los profesionales, y que parezca obsesionada con todo lo que rodea la atención al parto (puede escribir cartas a los profesionales que le atendieron, buscar información obsesivamente o planear un nuevo embarazo cuando su bebé apenas tiene unas semanas de vida). Todo este malestar psíquico a menudo no se exterioriza con lo que en la mayoría de los casos tampoco se diagnostica ni se trata.

Los síntomas del síndrome de estrés postraumático suelen alcanzar una intensidad *máxima entre las cuatro y seis semanas tras el parto* y posteriormente suelen ir disminuyendo, pero en algunos casos persisten meses o años. Un fenómeno bastante típico es la reactivación de los síntomas en el siguiente embarazo. En algunos casos aparece entonces lo que se conoce con el nombre de "**tocofobia**" o pánico al parto ^(13, 14). Se trata de mujeres que desean evitar a toda costa una experiencia traumática como la anterior, lo que a veces les lleva a solicitar una anestesia general o una cesárea programada. Muchas pasan el segundo embarazo obsesionadas con el siguiente parto. Algunos estudios han demostrado que con una adecuada intervención psicológica conjunta (psicóloga y matrona) más de la mitad de las madres que pedían una cesárea

programada por pánico al parto podían tener un parto vaginal espontáneo y satisfactorio (15).

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS EL PARTO

Los *profesionales que acompañan* a la mujer en el parto y en la cesárea tienen un papel crucial en la prevención del sufrimiento psíquico en el postparto. Si consiguen que a pesar de la intervención quirúrgica la mujer sea en todo momento protagonista de su parto, si facilitan el contacto madre hijo lo antes posible, y si además ofrecen un apoyo cercano y un asesoramiento correcto en el inicio de la lactancia, las repercusiones posteriores serán menos dramáticas. El trato que recibe la parturienta por parte de los profesionales que le atienden influye enormemente en su percepción del parto y puede ser un factor crítico tanto en la prevención como el desencadenamiento del síndrome de estrés posttraumático. Por ello de cara a prevenir o minimizar el malestar psicológico en el puerperio los profesionales deben actuar de la siguiente forma:

Durante el embarazo se recomienda ser especialmente cuidadosos en la transmisión de cualquier información “negativa” sobre el estado de salud de la madre o del bebé. En los últimos años se ha demostrado como el estrés materno durante el embarazo puede afectar al desarrollo cerebral del bebé (16) y nada estresa más a una embarazada que recibir información sobre posibles malformaciones o problemas relacionados con la salud de su bebé. cualquiera de estas informaciones deben de ser en primer lugar contrastadas y en segundo lugar comunicadas en un entorno adecuado, procurando que la mujer esté acompañada de su pareja o un familiar que le pueda explicar si ella en un momento de nerviosismo no entiende la información recibida.

Especial atención merecen **las mujeres que expresan miedo intenso al parto**, máxime si ya han parido con anterioridad. En estos casos es conveniente permitir expresión emocional, escuchar la historia previa e indagar y profundizar en los miedos y las posibles razones subyacentes. Si el o la profesional tiene la capacidad de escuchar en detalle y empáticamente el relato del parto anterior *esa escucha ya puede producir un alivio considerable* si la mujer siente que sus miedos van a ser tenidos en cuenta por el profesional que le atenderá. *No se recomienda minimizar los miedos* diciendo simplemente “no te preocupes” o “los profesionales sabrán lo que tienen que hacer”.

Las mujeres que ya han sufrido violencia o que relatan una historia de eventos muy traumáticos en el pasado son más vulnerables.

Durante el parto. Indudablemente la prevención primaria del sufrimiento psicológico por el parto traumático consiste en ***evitar todas las cesáreas o intervenciones innecesarias***, hasta llegar a las tasas que aconseja la Organización Mundial de la Salud. Especialmente importante parece respetar que el derecho de la mujer a estar acompañada en todo momento en el parto por alguien de su confianza y elección. Esto resulta especialmente importante si el parto ha de ser intervenido de una u otra forma. El ***tener un acompañante*** que le tranquilice y le de ánimos previene considerablemente el miedo y la indefensión que favorecen el SEPT.

Si el parto ha de ser por cesárea se recomienda ⁽¹⁷⁾ :

- Preguntar a la madre y a su pareja ***sus deseos*** respecto al tipo de anestesia, sutura, atención al bebé una vez que nazca, fotos o vídeos durante la intervención, etcétera.
- Garantizar ***ambiente de respeto y confianza*** durante la intervención: procurar no hablar de ninguna otra cosa que el nacimiento y explicar a la madre o a su acompañante lo que sucede en cada instante.
- Si la situación lo permite se puede ***ofrecer a la madre unos momentos*** de silencio antes de empezar la intervención si ella lo desea para poder meditar o rezar a solas o con su pareja. Animar a la madre a que hable con su bebé, explicándole lo que va a suceder; esto le permitirá estar más tranquila y confiada durante la intervención. Preguntar a la madre si necesita que alguien sujete su mano, acaricie su pelo o le hable en voz baja durante la intervención para estar más tranquila. Permitir la presencia del padre o acompañante si la madre así lo desea y siempre que sea posible. Cuando es preciso utilizar la anestesia general aún es más importante la presencia del padre en el nacimiento, así él podrá recibir al bebé y contar los detalles de la intervención a la madre.
- Procurar que ***todos los goteros e instrumentos sean colocados en un solo brazo***, lo que permitirá a la madre tener el otro brazo libre para abrazar a su bebé y darle de mamar.
- ***Bajar la sábana*** que aísla el campo operatorio ***en el momento en que sale el bebé*** para que la madre lo pueda ver. En ese instante en que nace, mantener

silencio y animar a la madre a que hable, para que lo primero que escuche el bebé sea su voz. Favorecer contacto piel con piel inmediatamente, y que la primera piel humana que toque al bebé sea la de su madre.

- *Algunas mujeres han amamantado* incluso mientras les cosían la herida de la cesárea. Todo son ventajas: la lactancia favorece que el útero deje de sangrar antes y dar de mamar en la primera hora del nacimiento asegura que la lactancia no se verá afectada por las rutinas que implica la recuperación de la cesárea.

Postparto inmediato: Un aspecto crucial en la prevención del síndrome es *evitar la separación madre-bebé*. Cuando una madre es separada de su bebé nada más nacer sus peores pesadillas se hacen realidad. Muchas mujeres pasaron horas en salas de reanimación o de despertar sin saber pensando que su bebé estaba muy grave o incluso sin saber si estaba vivo o muerto (en palabras de una madre: “*Lo peor fue el horror de estar en la sala de reanimación con un dolor espantoso, creyendo que me moría, que mi hija había muerto, y sin saber nada de nadie durante horas. Y que me negaran la visita, me afearan mi conducta por lamentarme y no colaborar en mi recuperación*”).

Toda esa angustia es altamente yatrogénica y traumática y puede desencadenar el síndrome por sí misma. La separación además favorece el extrañamiento y la desconexión maternas y entorpece el vínculo, amén de las graves consecuencias que puede tener para la salud del bebé. Por eso es crucial en primer lugar **evitar la separación madre bebe** ahora que existe abundante evidencia científica ⁽¹⁸⁾ que corrobora lo dañino de la separación para la salud del bebé y también para el estado emocional materno. Si la separación es absolutamente imprescindible hay que mantener a la madre totalmente informada de cómo y donde se encuentra su bebé garantizándole que se les reunirá en cuanto sea posible. Si el estado de conciencia de la madre es oscilante por efecto de los anestésicos utilizados durante la intervención conviene repetir esa información cada vez que la madre se despierte. Permitir que el padre esté con el bebé.

Postparto. Durante la estancia hospitalaria preguntar a la madre y al padre si necesitan hablar con la matrona o el médico que les atendió y resolver cualquier duda o solicitar el historial si es preciso. Ante una madre que en los meses que siguen al parto se muestra reticente a hablar con los profesionales o se muestra colérica o enfadada con estos (enfermería, pediatra, etc) *sospechar SEPT tras el parto y ofrecer escucha sin*

juzgar, intentando entender porque para esa mujer es tan difícil confiar en los profesionales. El *apoyo a la lactancia* también es crítico para la recuperación del síndrome, ya que el fracaso en la lactancia suele conllevar un empeoramiento de los síntomas en algunas madres y una mayor sensación subjetiva de “fracaso” o culpa. Favorecer el que la madre acuda a grupos de lactancia o crianza donde pueda expresar sus sentimientos y recibir apoyo de otras madres.

TRATAMIENTO

Ante una mujer que expresa o verbaliza malestar por como fue su parto el profesional debe:

- Ofrecer **escucha empática**. Lo peor que se puede decir en estos casos es minimizar el dolor de la madre diciendole “de que te quejas si tienes un bebé sano”. Por el contrario una escucha empática, sin juzgar, intentando comprender porque ese parto resultó traumático para esa mujer ya puede ser una intervención terapéutica. (Otra madre refería que lo peor de su parto fue *“que todo el mundo minimizase después mi dolor, físico y psíquico, y aún hoy, aunque ya me importa mucho menos. Yo ya vuelvo a saber quien soy, la misma pero rencorosa”*)
- Ofrecer **toda la información disponible**, tanto sobre como fue el parto como sobre la posibilidad de que la madre sufra un estrés postraumático, disculpabilizando y ofreciendo psicoeducación. A menudo la madre tiene “lagunas”, partes del parto que no recuerda o detalles que no comprendió cuando le fueron explicados. El poder revisar el historial del parto con la ayuda de la matrona o del ginecólogo puede suponer un alivio considerable.
- **Animar expresión de sentimientos en contexto adecuado**. Es relativamente frecuente que las madres que han tenido un parto traumático y que presentan síntomas de estrés postraumático intenten contar a sus allegados como se sienten y que estos se sientan abrumados o desbordados por la intensidad emocional del relato, con lo cual a veces la madre que busca apoyo y comprensión encuentra justo lo contrario. Por todo ello conviene recomendar a la madre que exprese sus sentimientos en grupos de autoayuda o con profesionales que le puedan ayudar y escuchar y que evite el continuar hablando de sus sentimientos con

familiares o amigos que le hayan mostrado su dificultad para ayudarla en este proceso.

- **Apoyo extra a lactancia:** considerar siempre la lactancia materna como una herramienta de empoderamiento y terapéutica. Recordar que es compatible con psicofármacos ⁽¹⁹⁾
- **Ante una mujer que presenta un SEPT completo buscar ayuda terapéutica profesional de salud mental experto en la materia.**

RECURSOS EN INTERNET:

- **Foro apoyocesareas:** Esta lista se encuentra en www.elistas.net/apoyocesareas y funciona de manera gratuita. Sus objetivos incluyen el ofrecer apoyo psicológico a mujeres que han tenido cesáreas, la ayuda a la lactancia después de la cesárea y la preparación del parto después de una o más cesáreas . Para participar o simplemente escuchar los testimonios basta con suscribirse con una dirección de correo electrónica, personal o anónima, y los mensajes se pueden recibir en la bandeja de correo o bien ser leídos en la web del foro. Actualmente cuenta con más mil suscriptores de distintos países de habla hispana y hay un alto volumen de mensajes diarios.
- **Lista de correo psicología y psiquiatría perinatal:** para profesionales interesados en la salud mental perinatal. <http://es.groups.yahoo.com/group/psiperinatal/>
- **En inglés:**
 - **TABS.** La “Trauma and Birth stress” es una asociación de afectadas por el síndrome de estrés postraumático de Nueva Zelanda pionera en la difusión de información y promotora de investigación científica en este tema: <http://www.tabs.org.nz/>
 - **Birth Trauma:** Asociación del Reino Unido que aúna el apoyo entre afectados y la coordinación de profesionales para la investigación y mejor comprensión del SEPT tras el parto. En su web además de numerosa información científica se pueden descargar folletos informativos para usuarios de hablar inglesa: <http://www.birthtraumaassociation.org.uk/>

TEXTO:

Ibone Olza Fernandez. Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría.
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soet, J.E., Brack, G.A. & Dilorio, C. (2003) Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30, 36-46.
2. Beck, C. T. (2004) Birth Trauma - In the Eye of The Beholder. *Nursing Research*. 53(1): 28 – 35
3. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Asociación Psiquiátrica Americana. Ediciones Masson
4. Bydlowski, M., & Raoul-Duval, A. (1978). Un avatar psychique méconnu de la puéralité: La névrose traumatique post-obstétricale. *Perspectives Psychiatriques*, 4, 321-328.
5. La operación de la cesárea. ¿Que fue lo peor?. Asociación El parto es nuestro (http://www.elpartoesnuestro.es/index.php?option=com_content&task=view&id=186&Itemid=54)
6. Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 587-597.
7. Creedy, D.K., Shochet, I.M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth*, 27, 104-111.
8. Ayers, S., & Pickering, A.D. (2001) Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 28, 111-118.
9. Menage, J. (1993). Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: A consecutive series of 30 cases of PTSD. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11, 221-228.
10. Bailham, D., & Joseph, S. (2003) Posttraumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine*, 8, 159-168.
11. Lyons, S. (1998). A prospective study of post traumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 91-105.
12. Beck, C.T. (2004) Post-Traumatic Stress Disorder Due To Childbirth – The Aftermath. *Nursing Research*. 53 (4): 216 – 224
13. Hofberg K; Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth . A series of 26 cases. [Br J Psychiatry. 2000; 176:83-5](#)
14. Hofberg K; Ward MR Fear of pregnancy and childbirth. [Postgrad Med J. 2003; 79\(935\):505-10.](#)
15. Nerum, H; Halvorsen, L; Sørli, T; Øian, P. Maternal Request for Cesarean Section due to Fear of Birth: Can It Be Changed Through Crisis-Oriented Counseling? *Birth*, Volume 33, Number 3, September 2006 , pp. 221-228(8)
16. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Glover V; ALSPAC Study Team. Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003 Oct;44(7):1025-36.
17. Olza, I; Lebrero, E. “¿Nacer por cesárea?” Ediciones Granica, 2005.
18. www.quenoosseparen.info
19. Olza Fernández, I. Gainza I. Tratamiento psicosocial de madres lactantes con depresión postparto en Atención Primaria Trabajo social y salud, N°. 45, 2003, pags. 231-245