

La salud mental perinatal: Una vía de cambio social

Yazmín Victoria Rocha Román*

Resumen

La salud mental perinatal es un área de estudio que si bien tiene sus fundamentos muy temprano en el siglo XX, es hasta ahora cuando se reconocen sus aportaciones. Es un tema que se ha estado trabajando desde la investigación e implementación en Europa desde hace décadas y se ha intensificado en los últimos años; en México llega a cuenta gotas y dada la importancia de su intervención para el adecuado desarrollo de la psique humana, que tiene efectos a corto, mediano y largo plazos va más allá de solicitar un parto seguro y de confianza; se trata de promover la salud mental perinatal involucrando a todos los miembros participantes (incluido el personal de salud tratante), promoviendo el bienestar psicoemocional de la madre, el bebé y el padre con el objetivo de prevenir las patologías infantiles que derivan en patologías adultas a manera de enfermedades crónico-degenerativas tales como diabetes, cáncer, hipertensión, enfermedades cardíacas, etc., y en trastornos mentales entre los que se encuentran las adicciones, depresión, ansiedad, neurosis, psicosis y conductas de riesgo.

Palabras clave: salud mental perinatal, violencia obstétrica, embarazo, parto, puerperio, lactancia materna.

Recibido: 20 de abril de 2020

Abstract

Perinatal mental health is a study area whose values have not been recognized until recently, although its foundations go back to the early 20th century. Research on this subject and its implementation have been performed in Europe for decades and have been intensified in recent years. This discipline has gradually acquired notoriety in Mexico, and given its importance for the adequate development of the human psyche – which has short, medium and long-term effects – it goes beyond requesting just a safe birth. It means promoting the perinatal mental health of all participants (among those, healthcare personnel). It requires promoting the psycho-emotional well-being of the mother, baby and father with the aim of preventing childhood pathologies that could become adulthood disorders, such as chronic degenerative diseases, diabetes, cancer, hypertension, heart diseases, etc., as well as mental disorders including addictions, depression, anxiety, neurosis, psychosis and risky behaviors.

Key words: perinatal mental health, obstetric violence, pregnancy, delivery, puerperium, mother breast.

Aceptado: 08 de junio de 2020

Introducción

Durante la gestación, embarazo, parto, puerperio y lactancia ocurren cambios psíquicos significativos no solo en la madre, sino también en el padre. Las corrientes ideológicas transmitidas de generación a generación -sobre todo por las modificaciones para parir introducidas en el sistema de salud mexicano durante el siglo XX-, nos han enseñado que los seguimientos de estos periodos son desde

la ginecología, la obstetricia y la pediatría, dejando de lado la contención psicoemocional y el seguimiento de este y de dichos cambios psíquicos, de tal suerte que una nueva área de estudio: la Salud Mental Perinatal (SMP) promovida desde Europa, con la participación de países como Inglaterra, Francia, Noruega, Suecia, Islandia, Holanda, Australia, Irlanda y de manera muy importante, España, se ha dado a la tarea de estudiar estos cambios

Salud Mental Perinatal México. Av. Ing. Alfredo Robles Domínguez 5. Col. Industrial, Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07800, Ciudad de México.

*Autor de correspondencia: vicky_rocha_roman@yahoo.com.mx

y difundir las variables la familia, el trabajo, el entorno, la economía, el estrés y muchas otras, que se tienen que considerar durante el periodo perinatal (que va desde la semana 28 de gestación hasta el día 7 después del parto).

Para ello, neonatólogos, pediatras, ginec-obstetras, parteras, doulas, psiquiatras (tanto de adultos como infantiles), psicoanalistas y psicólogos, todos profesionales dedicados a la salud materno infantil, e incluso filósofos, sociólogos y antropólogos, de los países ya mencionados e incluidos en América Latina Brasil, Argentina, Chile, Perú y México, han realizado investigaciones expofeso que tienen el objetivo de mejorar la atención materno infantil desde una mirada distinta a la biologicista pura.

Dichos profesionales encuentran desde su práctica en la atención a la mujer embarazada en este periodo perinatal en todo el mundo, que éste es el fundamento en la estructura de la personalidad de todos los seres humanos, lo que ya se mencionaba al respecto en la investigación desde inicios del siglo XX, principalmente desde el Psicoanálisis y la Psiquiatría (Rank 1929, Deutsch 1925, Fodor 1949, Bibring 1959, Langer, 1975). Por otra parte, la evidencia científica encontrada refiere que dicha fase es recordada por el bebé desde la gestación (Olza 2010, 2018), formando así, en la familia (mamá, papá, bebé), la nueva estructura psíquica desde la que se habrán de relacionar, interactuar y en la que el bebé desarrollará su organización psíquica, esa con la que se des- involucrará el resto de su vida (Paumard 1998).

Nacimiento por cesárea y violencia obstétrica

“Asustada, agobiada, preocupada; agraviada, agredida, sometida, violentada”. Así manifiestan haberse sentido muchas de las mujeres que fueron sometidas a cesáreas y aquellas que han sufrido violencia obstétrica (Olza 2003, 2013).

El New York Times con fecha 20 de agosto del 2017, menciona que en México 45 de cada 100 nacimientos fueron por cesárea, de acuerdo a las últimas estadísticas de

la Secretaría de Salud, realizadas en 2015, representa el 45% en aquel año, lo que para entonces significaba el triple del máximo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para el pasado 2019, según la última Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), reportada por el INEGI, “En México de cada 100 mujeres embarazadas, 23.3% tuvieron cesáreas programadas y 22.8% cesáreas de emergencia. Los tres estados que presentan los porcentajes más altos de cesárea programada fueron: Tamaulipas (33.3%), Nuevo León (31%) y Ciudad de México (29.1 por ciento). Los estados con más cesáreas de emergencia fueron: Tlaxcala (30%), Aguascalientes (29.4%) y Baja California Sur (28 %), lo que ahora representa el 46.1% a nivel nacional. De acuerdo a las recomendaciones de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estos índices tendrían que bajar entre el 10 y 15%, estipulado desde 1985 (Castro 2016).

De dichos índices y de los testimonios de las mujeres se desprende que se practican dichas cesáreas a consideración del médico, donde muchos de los argumentos son: reducir el tiempo del trabajo de parto para atender con ello más partos de forma programada y optimizar sus tiempos (de los médicos) o bien, tener un mayor ingreso económico, aunque lo que se reporta en las estadísticas, se sujeta a los criterios sanitarios establecidos por la OMS (Besio 1999, Barriga *et al.* 2012).

Al respecto, Wagner (2020) en el diario Deutsche Welle (DW), la cadena periodística de Alemania para el extranjero, en el mes de enero refirió que: “A las mujeres se les deja hoy en día mucho menos tiempo para dar a luz que en el pasado. Muchas veces sin una buena razón, se les coloca un goteo para provocar de inmediato las contracciones no bien llegan al hospital. Si el cuello uterino no se abre al menos un centímetro por hora, muchos obstetras se ponen nerviosos, y se acelera el nacimiento. Además, en Alemania, por ejemplo, el número de parteras ha disminuido drásticamente. Justamente ese tipo de atención personalizada, que brinda a la mujer una sensación de seguridad durante el parto,

es cada vez más rara”, así mismo que: “En la mayoría de los países, las cesáreas cuestan más que los partos naturales.” En esto último, México no es la excepción.

En este punto es importante hacer notar que es posible que exista falta de preparación en el personal de salud, lo que se muestra en no saber que por ejemplo, las contracciones y el proceso de parto contribuyen a que el metabolismo del recién nacido se adapte a la vida fuera del útero, en donde los pulmones que están llenos de agua, pueden expulsar ese líquido durante el parto a partir del acto mecánico de excreción nasal y así se activa la respiración pulmonar, lo que se sabe desde el último cuarto del siglo XX (Ceruti 1973). “La cesárea impide ese proceso gradual, ya que prácticamente sorprende al niño y, hasta cierto punto, lo asusta. Es por eso que los bebés a menudo tienen problemas después de una cesárea y necesitan respiración artificial, y a veces deben pasar a la unidad de cuidados intensivos. A largo plazo, el riesgo de asma, diabetes, alergias y otras enfermedades autoinmunes aumenta en los niños nacidos por cesárea” (Wagner 2020).

De acuerdo a un estudio alemán de seguros de Salud Barmer, al final, las mujeres se someten a estas intervenciones por la preocupación del bienestar del bebé. En México y el mundo, tampoco esto es diferente de acuerdo a los testimonios de las mujeres recogidos en diversa literatura científica (Olza 2010, 2018).

Para la madre también hay riesgos implícitos al ser una cirugía mayor; sin embargo, son situaciones que no se consideran porque está muy normalizado que sea el médico, quien sugiera –impositivamente- la forma de nacer.

El miedo que se instaura en la madre, en ocasiones desde inicio del embarazo por diagnósticos “erróneos”, es el riel por el que se encarrila el proceso del embarazo hacia una cesárea para el nacimiento, generando situaciones estresantes psicoemocionales profundas en la madre que interfieren –derivados de procesos de duelo no resueltos entre otros factores a la lactancia y cuidados inmediatos del recién nacido, y que tienen repercusiones

posteriores incluso en embarazos subsecuentes y en los estilos y crianza de los hijos, lo que marcará para siempre la estructura de la personalidad de los bebés en cuestión, generando patologías adultas derivadas en enfermedades crónico degenerativas y trastornos mentales como las adicciones, el estrés, depresión, tendencia a conductas de riesgo y otras tantas, de acuerdo a diversos estudios del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal entre otras instancias (Olza 2003).

Y con esta visión en la que se trata el nacimiento, ya sea por cesárea o vaginal, como si fuera un mecanismo de producción industrializada y mercantilista, se trasgrede la voluntad, el cuerpo y los actos íntimos –dos en uno y que ocurren al mismo tiempo- del parir y del nacer. Pero para entender esto hace falta más que una carrera universitaria en medicina y un trabajo que sigue manuales de procedimientos y bitácoras administrativas; es necesario quitar la visión mecanicista de estos procesos tan sensibles y vulnerables; hay que revisar las situaciones psíquicas y emocionales de muchos de los profesionales de la salud, las que se manifiestan entre otras cosas, en la necesidad de tener poder sobre y someter a otro, siempre más vulnerable (Pastor *et al.* 2011, Leinweber *et al.* 2016). Hace falta mucho sentido común y un espíritu crítico que permitan cuestionar lo establecido y lo que se aprende en la formación profesional y entonces volverse sensible a las necesidades, dolor y sufrimiento de los otros, y más cuando uno de esos otros está en gestación, por nacer o recién nacido (Ehrenreich & English 1973). Ese otro indefenso que depende primero que nada del bienestar de la madre para su propio bienestar. Esto hablando en términos fisiológicos que son de la competencia médica, pero falta aún el bienestar psicoemocional, que a saber, se construye desde el embarazo, incluso antes de la gestación misma y tiene su punto culminante en el parto, ese parto que no solo no es respetado sino, en el peor de los casos, es violentado (Rich 1976, Sadler 2015).

El periodo perinatal es el periodo de mayor vulnerabilidad fisiológica y psíquica de los seres humanos de acuerdo a Winnicott (1956).

Este autor refiere que desde el embarazo la madre desarrolla una actitud afectiva que incrementa al avanzar éste, se desarrolla una condición psíquica que la prepara y le permite dar paso posteriormente a las conductas de maternaje y renuncia a necesidades propias frente a las del bebé, así mismo ocurre un estado de sensibilidad exaltada que le permite reconocer y atender convenientemente a las necesidades del mismo y que es un proceso necesario para garantizar la sobrevivencia y el desarrollo psíquico de este.

Por tal razón, dicho periodo no puede ser tratado como una fábrica de producción donde se espere que todo funcione como en los manuales de procedimientos administrativos. Cada mujer, cada bebé, cada embarazo, cada parto, cada lactancia, cada puerperio es único, y en esa unicidad deberá ser respetado y cuidado, porque no solo estamos hablando de que nace uno más, estamos hablando de que cada que nace un bebé, nace una madre, (Odent 1990), un padre, una familia, una sociedad en su conjunto.

Parto respetado, lactancia materna y cuidados del recién nacido

En el mes de febrero de este año, circuló una nota periodística en España, concretamente en el diario "El Confidencial" (https://www.elconfidencial.com/espana/2020-01-30/leche-materna-biberon-latalibanas-presion_2431648/), la cual en ese país -y otros, incluido México-, generó opiniones diversas entre los círculos pro lactancia y muchos otros. La nota refiere que la lactancia materna exclusiva está muy lejos de ser la panacea que se han dedicado a difundir los promotores de esta. El documento titulado: "Talibanas de la lactancia materna: "No me dejaban dar el biberón aunque sangrase", hace referencia a que existe una imposición de los grupos pro lactancia y las instituciones que atienden a las mujeres lactantes -que de forma tácita refiere como radicales- a que éstas, sin considerar sus condiciones particulares, deben lactar a pecho prácticamente de forma obligada. Hace una defensa al uso de fórmulas lácteas;

plantea que las madres que no emplean la Lactancia Materna Exclusiva (LME), son acosadas y autoasumidas por ese mismo hecho como "malas madres"; menciona las posiciones de izquierda y derecha donde salen a relucir el patriarcado, el feminismo centrado en la maternidad, el capitalismo y el anticapitalismo.

Dentro de todo este posicionamiento, y las respuestas de los grupos pro lactancia, existen discursos descalificadores y totalitaristas en ambas posturas donde no se consideraron el estado de ánimo de la madre, las repercusiones de éste en el bebé y la afectación para la construcción y cuidado de la psique de ambos. Este relato nos muestra cómo se encuentran la madre y el lactante en la vida cotidiana: entre fuegos "amigos", en una línea de indefinición (¿A quién le hago caso? ¿Quién tiene la razón?), de incertidumbre (¿Ahora qué hago?), y hasta de "orfandad" ideológica y procedimental -pensando concretamente en el patriarcado (promotor del capitalismo y la tecnocracia entre otras cosas) y algunas corrientes del feminismo -que se esperaba arrojaron a las mujeres en periodo perinatal- que no son pro lactancia materna exclusiva, sin que ninguno conozca de la importancia de la lactancia para la promoción de la Salud Mental Perinatal (SMP) y que por lo tanto, pasan por alto.

Eso pasó en España, en México existe una realidad similar: este tipo de historias, que son narraciones de dolor físico, psíquico y miedo, son planteadas por muchas mujeres. La gran mayoría en este país sufre de -algo que se bautiza ahora aquí como- violencia perinatal, esa que no es denunciada, que es negada y que ni siquiera se reconoce como tal y de la que no se tienen estadísticas, tampoco investigación y que es ejercida por personal de salud (mujeres y hombres), pero también por la familia, amigos, compañeros de trabajo, conocidos y desconocidos. Y todo empieza desde la narrativa, es decir, desde lo que se les dice a estas mujeres en periodo perinatal y que ellas absorben y asumen como verdades absolutas, primero porque no saben qué pasa con este periodo, luego, porque confían demasiado en quienes están con ellas -sea

la familia, las amigas, el personal de salud-, luego porque ya hemos mencionado que es un periodo lábil de mucha vulnerabilidad física, emocional y psicofisiológica.

Partamos de las siguientes premisas a saber desde la SMP (de la que se presenta aquí una ínfima parte de las referencias bibliográficas):

- Durante la gestación, embarazo, parto, puerperio y lactancia ocurren cambios psíquicos significativos no solo en la madre sino también en el padre.
- Este periodo –denominado perinatal- es el fundamento en la estructura de la personalidad de todos los seres humanos.
- Dicha estructura psíquica es desde la que se habrán de relacionar e interactuar primero la diada madre-bebé y en la que este último desarrollará su organización psíquica con la que se desenvolverá el resto de su vida, para relacionarse e interactuar con el mundo.

Dado esto, ¿Sería posible que, por alguna vez, se dimitieran opiniones de “expertos” y “conocedores” al respecto? Y ¿qué pasaría si en lugar de estas opiniones se realizara un trabajo de apoyo para generar procesos psico-educativos cuyo objetivo fuera sensibilizar a la madre, al padre y la familia completa sobre el periodo perinatal, la importancia del parto y la lactancia para la construcción del vínculo de la diada y en apoyo al fomento de la SMP? ¿Qué pasaría si hacemos lo mismo con el personal de salud –y todos los “expertos” implicados en la atención, cuidado y seguimiento del periodo perinatal? ¿Qué pasa si nos olvidamos durante el periodo perinatal –al menos del patriarcado, el feminismo, el capitalismo, de los médicos, de las parteras y de todos los actores que consideran deben tener voz y voto en esto, y nos centramos en las necesidades psíquicas y fisiológicas de la madre? ¿Por qué no le permitimos una vuelta a la naturaleza desde la maternidad? ¿Por qué no dejamos de lado el modelo tecnocrático del parto y la lactancia? ¿Seríamos capaces de, por una vez, dejar la necesidad de tener la razón sobre la vida, circunstancias y necesidades de otros?

Hoekzema *et al.* (2016), refieren que el

bienestar de la madre es el bienestar del bebé, esto por una conexión neurohormonal dirigida tanto por el cerebro de la madre como por el del bebé, presentando a nivel psíquico y fisiológico las siguientes características por mencionar solo algunas, y que se desencadena de manera importante y trascendental en el momento del parto y se continúa de la misma forma en la lactancia:

- Produce un estado alterado de conciencia en la mujer que son visibles y que la prepara para parir.
- Se sigue un ritmo circadiano.
- Existe disminución de la ansiedad.
- Se disminuye el dolor.
- Funciona perfecto y por sí solo el reflejo de eyección fetal (sensación de pujo para expulsar al feto).
- El bebé está despierto y consciente y todos sus sentidos funcionan al 100%.
- Se favorece el sentido de supervivencia del bebé.
- Tiene efectos en la memoria tanto en la madre como en el bebé.
- Facilita la generación del vínculo madre-bebé.
- Existe un estado de vulnerabilidad y labilidad en ambos, que pueden ser favorecidos o afectados dependiendo del trato recibido y de la posibilidad o no de acción y decisión.
- Parir fisiológicamente es una experiencia intensa que genera el sentimiento de poderío a la mujer.

Durante el posparto y la lactancia dicha función neurohormonal:

- Facilita la transformación materna y la adaptación en el posparto.
- Se activan el proceso de enamoramiento en ambos que posibilita el reconocimiento inmediato.
- Favorece el reflejo de búsqueda y succión en el bebé.
- Agarre espontáneo al pecho.
- El bebé tiene un reconocimiento olfativo y

sensorial hacia su madre apenas nace.

- Favorece el reflejo de eyección (expulsión de la leche) en la madre.
- El organismo de la madre, regula el organismo del bebé (ritmo cardíaco, respiración, temperatura, etc., etc., etc.).
- El cerebro de la madre regula el cerebro del bebé.

Al estar regulado por la madre, el bebé presenta:

- Funcionamiento neurohormonal adecuado.
- Un apego seguro.
- Seguridad y estabilidad.
- Un mejor proceso adaptativo al entorno.
- Mejores capacidades de socialización.
- Capacidad de confiar en el mundo.
- Autoestima sana.

Con esto resulta que el bebé es un ser con habilidades fisiológicas, emocionales, sociales y psicológicas sanas y adaptativas, capaz de funcionar y ser productivo a la sociedad de forma adecuada.

Y para ambos:

- Genera un vínculo psicofisiológico que promueve el bienestar psíquico y físico desde el que habrán de interactuar y en el que el bebé generará su nicho para partir y relacionarse con el resto del mundo.

Planteado lo anterior de forma muy escueta por cuestiones de espacio y tiempo ¿Qué es más importante? ¿Ver quién tiene la razón o promover el bienestar de la madre que alberga y alimenta al bebé? Ese futuro ciudadano del mundo que cuando llegue a adulto consumirá, producirá, formará parte de las estadísticas de economía, salud, trabajo y todas esas estructuras sociales en las que nos movemos. Dado esto tenemos:

El deseo:

- Dejar de tener como rehén de los distintos grupos e instituciones (ginecobstetras, patriarcado, capitalismo, algunas corrientes del feminismo, la familia y todas las que apliquen) el

periodo perinatal en general donde se incluye la lactancia materna.

- Que sean la madre y el bebé los protagonistas que tengan certeza de sus cómo, porqués, con quiénes, cuándo y en dónde.
- Que las mujeres (familia, amigas, compañeras de trabajo, etc.) y el personal de salud (hombres, sobre todo) dejen de amedrentar a las mujeres y familias en periodo perinatal.
- Que se deje de hacer negocio desde el temor y desde la ignorancia de los usuarios de los servicios médicos.
- Que las mujeres y hombres que desean tener hijos, así como las familias en gestación y lactancia, asuman responsabilidad y compromiso para informarse desde un proceso psicoeducativo para tomar decisiones informadas y no sean presa de estas vorágines informativas.

Las consideraciones

- Las voces “amigas” del rededor son las que más confusión y miedo causan a la mujer lactante, e interfieren en los procesos de lactancia y de generación del vínculo.
- Existe una criminalización desde las instituciones (básicamente la familia y la salud) de la madre gestante, durante el parto, el puerperio y la lactancia.
- Nadie, absolutamente nadie está obligado a lactar o no lactar. Eso es decisión de la madre y a nadie más le compete.
- Se requiere un proceso de acompañamiento respetuoso y psicoeducativo en el que se le informe a la madre, por derecho y de forma ética y profesional sobre las aportaciones de la lactancia para la estructura psicoemocional y no solo fisiológica de ella y su bebé.
- Sí existen consideraciones específicas para abandonar o no iniciar la lactancia y esas tienen que ver con que la madre esté bien, fundamentalmente en un proceso psíquico complejo y tienen que ser respetadas. La obligación desde la Psicología Perinatal es siempre buscar que la madre esté bien.

No todo está mal, no todo sirve, no todo está bien, no todo es de todos, no todo es para todos y no todo funciona de la misma forma para todos.

Conclusión

El periodo perinatal debe estar en manos de aquellos únicos que pueden dirigirlo y mostrarnos de qué trata, aunque implique la pérdida de “control” por parte de los profesionales de la salud, la familia, los amigos y el entorno en sí. Debe dejarse en manos de los dos “frágiles” y “vulnerables” que apenas están, en el acto de parir y nacer, naciendo, una como madre, y otro/a como hijo/a, limitándonos los demás a acompañar, cuidar, observar y contener; en caso necesario, a intervenir desde otra plataforma, esa de la humildad y humanidad.

Agradecimiento

A dos revisores anónimos que proporcionaron comentarios para mejorar el documento final.

Referencias

- Barriga, M., Bautista, S., & V. Navarro. 2012. Indicación De Cesárea En El Instituto Materno Infantil (IMI) Bogotá - Colombia. Serie De Casos. Consultado el 3/03/2020 Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v60n2/v60n2a05.pdf>.
- Besio, R. 1999. Cesárea *versus* parto vaginal. Una perspectiva ética. Revista médica Chile 127 (9). Consultado el 5/03/2020. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000900014.
- Bibring, G. 1959. Some considerations of the psychological processes in pregnancy. Psychoanalytic study of the child 14 (2): 113-121
- Ceriuti, E. 1973. Fisiología y patología respiratoria del feto y recién nacido. Consultado el 3/02/2020 Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v44n6/art01.pdf>.
- Castro, R. & S. Frías. 2016. Violencia obstétrica en México: resultados de la ENDIREH 2016 (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, del INEGI). Centro Regional de investigaciones multidisciplinarias. UNAM. Ciudad de México. 358 pp.

- Deutsch, H. 1925. Psicoanálisis de las funciones sexuales de la mujer. Estados Unidos. Routledge. 285 pp.
- Ehrenreich & English. 1973. Por tu propio bien. 150 años de consejos expertos a mujeres. Estados Unidos. Capitán Swing. 432 pp.
- Fodor, N. 1949. The Search for the Beloved. Hermitage; NY. 210 pp.
- Hoekzema, E., E. Müller, C., Pozzobon, M. Picado, F. Lucco, D. García, J. Soliva, A. Tobeña, M. Desco, E. Crone, A. Vallesteros, S. Carmona & O. Vil, O. (2016) Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. Nature Neuroscience. 20: 287-296
- Langer, M. 1976. Maternidad y Sexo. Estudio Psiconanalítico y Psicosomático. 5ª edición. Buenos Aires: Paidós. 205 pp.
- Leinweber, J., D. K. Creedy, H. Rowe, & J. Gamble. 2016. Responses to birth trauma and prevalence of post-traumatic stress among Australian midwives. Women and Birth. Routledge. Australia. 457 pp.
- Odent, M. 1990. El bebé es un mamífero. 5ª. Edición. Mandala España. 158 pp.
- Olza, I, P. Leahy-Warren, Y. Benyamini, M. Kazmierczak, S. I. Karlsdottir, A. Spyridou. 2003. Repercusiones psicológicas y sociales del nacimiento por cesárea. 45: 221-230.
- Olza, I. 2010. La ciencia de las madres. Publicado en: “Maternidad, ciudadanía y cuidanía”. Ed. Maria Jesús Blázquez García. Pressas Universitarias de Zaragoza.
- Olza, I. 2013. Las secuelas de la violencia obstétrica. Publicado en: Midwifery Today issue 105 Spring 2013. Consultado el 20/02/2020. Disponible en: <https://iboneolza.org/2013/04/15/las-secuelas-de-la-violencia-obstetrica/>
- Olza Fernández, I. 2018. Women’s psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. Revista de Trabajo Social y Salud. BMJ Open 2018. 8(10): 56-71.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Consultado el 23/01/2020 Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). La violencia contra la mujer guarda relación con los problemas de la salud reproductiva. Consultado 20/01/2020. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10229:2014-violence-against-women-is-linked-to-reproductive-health-problems&Itemid=1926&lang=es

- Paumard C, Olza I, Zapata M, Velilla M. (1998) Los antecedentes psiquiátricos familiares como desencadenantes de la demanda psiquiátrica infantil. *Revista de psiquiatría infantil*. Junio 1998. pp 37-59
- Pastor Montero S. M., J. M. Romero Sánchez, C. Hueso Montoro, M. Lillo Crespo, A. G. Vacas-Jaén, M. B. Rodríguez-Tirado. 2011. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. nov.-dic. 2011. Pp. 47-63
- Rank, O. 1929. El trauma del nacimiento y su importancia para el psicoanálisis Estados Unidos. 224 pp.
- Rich, A. 1976. *Nacemos de mujer: La maternidad como experiencia e institución*. Traficantes de sueños. Madrid. 370 pp.
- Sadler, M. & M. Rivera. 2015. El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. Consultado el 02/02/2020. Disponible en: https://www.academia.edu/19729367/EL_TEMOR_AL_PARTO_YO_NO_ME_IMAGINO_EL_PARTO_IDEAL_YO_ME_IMAGINO_EL_PEOR_DE_LOS_PARTOS.
- Wagner, S. 2020. ¿Es bueno o malo el parto por cesárea? *Deutsche Welle*. Consultado el 20/01/2020 Recuperado de: <https://www.dw.com/es/es-bueno-o-malo-el-parto-por-cesárea/a-52044117>
- Winnicott, D.W. 1956. Preocupación materna primaria. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona. Paidós. Pp. 397-404.