

PSICOLOGÍA DEL POSPARTO

(2.^a edición revisada)

Colección:
Temas en Perinatalidad

Coordinadora:
IBONE OLZA FERNÁNDEZ



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

PSICOLOGÍA DEL POSPARTO

(2.^a edición revisada)

Esther Ramírez Matos



Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Ilustración de portada: Lorena Marín García

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Esther Ramírez Matos

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-1357-026-6
Depósito Legal: M-15.666-2022

Impreso en España - Printed in Spain

Índice

<i>Prólogo</i>	13
<i>Introducción y agradecimientos</i>	15

PARTE I

El posparto fisiológico, aspectos contextuales y fenomenología del posparto normal. Tipologías del puerperio

1. <i>El posparto fisiológico, mamífero</i>	21
1.1. Nuestra naturaleza mamífera	21
1.1.1. <i>Del parto mamífero al posparto mamífero</i>	23
1.2. El posparto o puerperio	23
1.3. Etapas del posparto	25
1.3.1. <i>Puerperio inmediato</i>	25
1.3.2. <i>Puerperio temprano</i>	33
1.3.3. <i>Puerperio ampliado</i>	38
1.3.4. <i>Puerperio emocional</i>	40
2. <i>Aspectos antropológicos. Sociocultura del posparto</i>	43
2.1. Puerperios diferentes según la cultura	43
2.1.1. <i>Vivencias del posparto en las diferentes culturas</i>	43

2.2.	La evolución histórica del cuidado del posparto en la cultura actual	49
2.2.1.	<i>De los cazadores recolectores a los consumistas capitalistas</i>	49
2.2.2.	<i>Nuestra cultura de posparto</i>	50
3.	<i>Fenómenos fisiológicos y psicológicos del posparto normal</i>	59
3.1.	Del vínculo al apego	59
3.2.	Tipos de apego	60
3.2.1.	<i>Apego seguro</i>	60
3.2.2.	<i>Apego ansioso-evitativo</i>	60
3.2.3.	<i>Apego ansioso-ambivalente</i>	61
3.3.	La exterogestación	61
3.3.1.	<i>La exterogestación para el bebé</i>	62
3.3.2.	<i>La exterogestación para la madre</i>	65
3.4.	La fusión madre-bebé	70
3.5.	Nutriendo al bebé. La lactancia	72
3.5.1.	<i>Comunicación pecho-bebé</i>	72
3.5.2.	<i>Lactancia organizadora sensorial para el bebé</i>	73
3.5.3.	<i>La lactancia psicológica</i>	74
3.5.4.	<i>Dificultades para amamantar</i>	74
3.6.	Disforia en el posparto	75
3.6.1.	<i>Aproximaciones causales a la disforia en el posparto</i>	76
3.7.	El sueño del lactante y su influencia en la familia	76
3.7.1.	<i>El sueño prenatal</i>	77
3.7.2.	<i>Características del sueño en los bebés</i>	78
3.7.3.	<i>Afectación familiar</i>	79
3.8.	Transformación de la identidad individual conocida	80
3.9.	Cambio de ciclo vital familiar	82
3.9.1.	<i>De pareja a familia</i>	82
3.9.2.	<i>La evolución de la familia</i>	82
3.9.3.	<i>El cambio de ciclo vital como crisis sistémica</i>	83
3.10.	La reubicación de la pareja	84
3.10.1.	<i>Una propuesta perinatal</i>	84
3.10.2.	<i>El hábitat de la madre púrpura: cualquier lugar donde esté su bebé</i>	86
3.11.	La sexualidad en el posparto	86
3.11.1.	<i>Ampliando la definición de sexualidad</i>	86
3.11.2.	<i>Lo biológico</i>	86
3.11.3.	<i>Lo psicológico</i>	88

3.11.4. <i>La libido desplazada</i>	88
3.11.5. <i>La pareja en la sexualidad del puerperio</i>	89
3.12. La conexión transgeneracional y el encuentro con el bebé interno	89
3.12.1. <i>El viaje a la primera infancia</i>	90
3.13. La imagen social. Ser madre hoy	91
4. <i>Tipos de puerperio I</i>	93
4.1. El puerperio primerizo	93
4.1.1. <i>Cambios fisiológicos</i>	93
4.1.2. <i>La maternidad como crisis</i>	94
4.1.3. <i>La maternidad plastificada y desprestigiada</i>	95
4.1.4. <i>La importancia de los apoyos</i>	96
4.1.5. <i>Historia del embarazo</i>	96
4.1.6. <i>Transparencia psíquica</i>	97
4.1.7. <i>La transformación del sistema familiar</i>	98
4.1.8. <i>Testimonio de madre primeriza</i>	99
4.2. Puerperio tras violencia obstétrica	100
4.2.1. <i>Afectación de la violencia obstétrica</i>	100
4.2.2. <i>De la violencia obstétrica al estrés postraumático</i>	102
4.2.3. <i>Testimonio de una madre que sufrió violencia obstétrica</i>	103
4.3. Puerperio tras cesárea	104
4.3.1. <i>Cesárea necesaria</i>	105
4.3.2. <i>Cesárea urgente</i>	106
4.3.3. <i>Consecuencias de la cesárea en el posparto</i>	106
4.3.4. <i>La pareja de la madre</i>	110
4.3.5. <i>Testimonio de puerperio de una madre tras una cesárea</i>	111
4.4. Puerperio hospitalario	112
4.4.1. <i>Consecuencias del ingreso hospitalario en el puerperio</i>	112
4.4.2. <i>El modelo centrado en los cuidados</i>	116
4.4.3. <i>Testimonio de una madre que vivió el ingreso de su hija de quince días</i>	118
5. <i>Tipos de puerperio II</i>	121
5.1. Puerperio en solitario	121
5.1.1. <i>Maternidad en solitario elegida</i>	122
5.1.2. <i>Maternidad en solitario no elegida</i>	123
5.1.3. <i>Testimonio de un puerperio en solitario de una madre de tres hijos</i>	124

5.2. Puerperio múltiple	126
5.2.1. <i>Embarazo de riesgo</i>	126
5.2.2. <i>Características del puerperio múltiple</i>	127
5.2.3. <i>Testimonio del puerperio de una madre de mellizos</i>	128
5.3. Puerperios encadenados	130
5.3.1. <i>Criando sin tribu</i>	130
5.3.2. <i>Duplicidad en la esfera emocional compartida</i>	130
5.3.3. <i>La carga física de encadenar puerperios</i>	131
5.3.4. <i>Testimonio de una madre que encadenó puerperios durante años</i>	131
5.4. Puerperios sin bebé vivo	135
5.4.1. <i>El miedo a la muerte</i>	135
5.4.2. <i>La muerte perinatal</i>	135
5.4.3. <i>El acompañamiento a la muerte perinatal</i>	137
5.4.4. <i>Puerperio con los brazos vacíos</i>	139
5.4.5. <i>Testimonio de una madre que perdió a su niña de diez días ..</i>	144
5.4.6. <i>Testimonio del puerperio de una madre sin su hija viva</i>	146
5.4.7. <i>Puerperio tras interrupción voluntaria de embarazo</i>	148
5.5. Puerperio arcoíris	149
5.5.1. <i>Los tiempos tras la pérdida</i>	149
5.5.2. <i>La gestación arcoíris</i>	150
5.5.3. <i>Vínculo con el bebé arcoíris</i>	151
5.5.4. <i>Posparto con un bebé arcoíris</i>	151
5.5.5. <i>Testimonio de una madre en puerperio de un bebé arcoíris</i> ...	153
6. Tipos de puerperio III	157
6.1. Puerperio de una madre que no tiene a su propia madre	157
6.1.1. <i>El vacío emocional de madre</i>	157
6.1.2. <i>Madre huérfana de madre</i>	158
6.1.3. <i>Testimonio de una madre huérfana de padres</i>	159
6.2. Puerperio de una madre adolescente	160
6.2.1. <i>Ser madre adolescente</i>	160
6.2.2. <i>Variables de la maternidad adolescente</i>	161
6.2.3. <i>El puerperio siendo una adolescente</i>	162
6.2.4. <i>Testimonio de madre adolescente</i>	163
6.3. Puerperio tras reproducción asistida	166
6.3.1. <i>El camino hasta ser madre</i>	166
6.3.2. <i>El posparto tras la reproducción asistida</i>	166

Índice

6.3.3. <i>Testimonio de una madre de una hija y un hijo tras reproducción asistida</i>	167
6.4. Puerperio en la cárcel	169
6.4.1. <i>La maternidad olvidada</i>	169
6.4.2. <i>Los miedos de las madres reclusas</i>	170
6.4.3. <i>Puerperio entre rejas</i>	170
6.4.4. <i>Testimonio de una madre en la cárcel</i>	172
6.5. Puerperio en mujeres migrantes	174
6.5.1. <i>Los retos de migrar</i>	174
6.5.2. <i>Posparto fuera de casa</i>	175
6.5.3. <i>Testimonio de una madre migrante</i>	176
6.6. Puerperio en campo de refugiados	177
6.6.1. <i>El camino del tránsito</i>	177
6.6.2. <i>El parto y posparto en condiciones de refugiada</i>	178
6.6.3. <i>Testimonio de una madre en tránsito</i>	179
6.7. Puerperio interminable	179
6.7.1. <i>El duelo por el bebé sano</i>	180
6.7.2. <i>El puerperio emocional que no termina</i>	180
6.7.3. <i>Testimonio de Ana, madre en fusión permanente con su hijo Neuquén</i>	180
6.8. Puerperio en tiempos de pandemia	181
6.8.1. <i>El contexto de la crisis</i>	181
6.8.2. <i>Los miedos</i>	182
6.8.3. <i>Embarazos y partos en pandemia</i>	182
6.8.4. <i>Posparto en tiempos del pánico</i>	183
6.8.5. <i>Testimonio de una madre en tiempos de pandemia</i>	184
7. Incorporación al trabajo. Aspectos legales de la maternidad	185
7.1. Bajas maternas y paternas	185
7.1.1. <i>Realidad actual</i>	185
7.1.2. <i>Soluciones de las familias</i>	186
7.1.3. <i>La lactancia cuando la madre ha de incorporarse al trabajo</i> ...	187
7.1.4. <i>La realidad en otros países</i>	189
7.2. Recomendaciones internacionales	190
7.2.1. <i>Leyes que protegen la maternidad</i>	191
7.3. Madres y bebés desprotegidos	192
7.4. Otras circunstancias especiales	192
7.4.1. <i>Niños hospitalizados</i>	193
7.4.2. <i>Separaciones y divorcios durante el puerperio</i>	193

PARTE II

**Psicopatología del posparto, tratamientos clínicos
y propuesta de programa preventivo**

8.	<i>Psicopatología del posparto</i>	197
8.1.	Depresión posparto	197
8.1.1.	<i>La depresión sonriente</i>	197
8.1.2.	<i>Definición y sintomatología</i>	198
8.1.3.	<i>Etiología</i>	200
8.1.4.	<i>Afectación sistémica</i>	201
8.1.5.	<i>Identificación y evaluación</i>	203
8.2.	Trastornos de ansiedad posparto	204
8.2.1.	<i>Trastorno de ansiedad generalizada en el posparto</i>	205
8.2.2.	<i>Trastorno de angustia con ataques de pánico en el posparto</i>	211
8.2.3.	<i>Trastorno obsesivo-compulsivo posparto</i>	214
8.2.4.	<i>Trastorno del estrés postraumático posparto</i>	217
8.3.	Psicosis posparto	222
8.3.1.	<i>Definición y sintomatología</i>	223
8.3.2.	<i>Etiología</i>	223
8.3.3.	<i>Afectación sistémica</i>	224
8.3.4.	<i>Identificación y evaluación</i>	225
8.4.	Psicopatología del lactante	226
8.4.1.	<i>Dificultades de la madre</i>	226
8.4.2.	<i>Dificultades del bebé</i>	229
8.4.3.	<i>Dificultades ambientales</i>	232
9.	<i>Propuesta de intervención clínica</i>	235
9.1.	El enfoque ecosistémico perinatal	235
9.2.	Encuadre terapéutico	236
9.2.1.	<i>La flexibilidad</i>	236
9.2.2.	<i>La horizontalidad</i>	236
9.2.3.	<i>El trabajo personal</i>	237
9.3.	Entrevista en psicoterapia perinatal	237
9.3.1.	<i>Valoración del riesgo</i>	238
9.3.2.	<i>El uso de las escalas diagnósticas</i>	238
9.3.3.	<i>Información relevante</i>	239
9.3.4.	<i>La incorporación del sistema de pareja</i>	240

9.3.5. <i>Caso clínico</i>	241
9.4. Técnicas de tratamiento terapéutico en psicopatología del posparto	245
9.4.1. <i>Características de la terapeuta</i>	245
9.4.2. <i>Técnicas generales</i>	247
10. <i>Abordaje clínico en psicopatología del posparto</i>	251
10.1. Acompañamiento en el duelo perinatal	252
10.2. Abordaje de la depresión posparto	254
10.2.1. <i>Valoración médica</i>	254
10.2.2. <i>Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud</i> ..	255
10.2.3. <i>Técnicas propuestas</i>	256
10.2.4. <i>Caso clínico de una madre con depresión posparto</i>	266
10.3. Abordaje terapéutico del trastorno de ansiedad posparto	268
10.3.1. <i>Técnicas propuestas</i>	268
10.3.2. <i>Caso clínico</i>	272
10.4. Abordaje del trastorno obsesivo-compulsivo	275
10.4.1. <i>Técnicas propuestas</i>	275
10.4.2. <i>Caso clínico</i>	277
10.5. Abordaje del trastorno de estrés postraumático posparto	280
10.5.1. <i>Técnicas propuestas</i>	280
10.5.2. <i>Testimonio de una madre que sufrió trastorno de estrés postraumático posparto</i>	282
10.6. Abordaje del trastorno de estrés postraumático con nacimiento prematuro	282
10.7. Abordaje del trastorno de psicosis posparto	283
10.7.1. <i>Técnicas propuestas</i>	283
10.7.2. <i>Caso clínico</i>	284
10.8. Otros trastornos durante el posparto	286
10.8.1. <i>Testimonio de una madre que perdió a su padre en su puerperio</i>	286
11. <i>Prevención en salud. Un programa de acompañamiento en el puerperio</i>	289
11.1. El sistema sociocultural	289
11.2. El sistema familiar y de pareja	292
11.3. La diáda	293

Psicología del posparto

11.3.1. <i>La madre</i>	295
11.3.2. <i>El bebé</i>	296
11.4. El terapeuta en perinatal	296

<i>Bibliografía recomendada</i>	299
---------------------------------------	-----



Material complementario

Anexo. Guion de nacimiento, Javier de Domingo

2

Aspectos antropológicos. Sociocultura del posparto

Para todas las culturas, el periodo posparto es el tiempo que acontece tras el nacimiento del bebé, en el que la madre irá progresivamente recuperándose del esfuerzo de la gestación y el trabajo de parto. Sin embargo, hemos de tener en cuenta que, dependiendo de la cultura, puede haber diferencias significativas que interesa conocer para comprender más profundamente la vivencia de la mujer que lo transita.

Por otro lado, a nivel histórico, observamos cambios importantes que se han ido sucediendo y que afectan a la maternidad. A lo largo de este capítulo, ahondaremos en ambas cuestiones para conocer así los aspectos antropológicos y socioculturales del puerperio.

2.1. Puerperios diferentes según la cultura

Entendemos “cultura” como un grupo de conductas y significados adaptativos derivados de pertenecer simultáneamente y participar en diversos contextos culturales (Falicov, 1995).

La gestación de un bebé, el nacimiento y los primeros momentos de vida se han considerado eventos importantes en casi todas las culturas y, como tales, se elaboran formas de hacer particulares y especiales en cada una de ellas. Así, en el terreno que nos ocupa, cada grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones que hacen que se expresen de forma diferente los cuidados y el trato a la diada en el posparto. Por tanto, no es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que el de una cultura sea válido para las demás (Vásquez, 2002).

2.1.1. Vivencias del posparto en las diferentes culturas

Las culturas están influidas tanto por sus condiciones geográficas y climáticas como por los acontecimientos que han ido nutriendo su historia. Existen múltiples culturas a lo lar-

go del planeta, y es interesante reflexionar sobre algunas de las diferencias y similitudes existentes entre ellas a partir de sus creencias, valores, símbolos y normas.

Las creencias representan el conjunto de ideas de una persona o grupo social que producen una sensación de certeza con respecto a algo, y que pueden dar significado y propósito a la vida conformando la lista de valores de una persona. Las mismas tienen una especial relevancia en todo lo que acontece a la mujer gestante, al parto y al posparto, y determinan en ocasiones la dirección de la toma de decisiones importantes en el proceso del puerperio y la crianza.

A) *Bebé y madre como unidad biológica*

En torno al posparto, diferentes culturas comparten una idea clave: el bebé pertenece al cuerpo de la madre y viceversa. Desde esta convención, no es posible concebir a un recién nacido sin su madre; tal y como decía el pediatra, psicólogo y psicoanalista inglés Winnicott: “El bebé solo no existe”. Aunque es evidente que la criatura constituye en sí misma una persona completa, coincidimos con este autor en lo que a la codependencia entre ella y su madre se refiere.

Muchas culturas tienen este precepto como sagrado y consideran que la relación madre-bebé es algo especial y único que ha de preservarse por encima de todo. Como ejemplos de estas sabias culturas primitivas, podemos citar la tribu del Kalahari, donde la relación madre-bebé es considerada sagrada y nunca se deja al bebé solo; o los Aches de Paraguay, donde la no separación y protección de los bebés llevan a las madres a dormir sentadas medio inclinadas sobre sus hijos para protegerlos de cualquier posible peligro (Small, 1999). Esta autora, Meredith Small, estudia en su libro *Nuestros hijos y nosotros* las diferencias culturales que existen en las maneras de criar desde que el bebé nace, especialmente con respecto al sueño, el llanto y la alimentación. En palabras de Small, “la naturaleza ha determinado que el bebé duerma en compañía y por ende es lo que en verdad necesita”.

Siguiendo este concepto, nos encontramos con las investigaciones de Jean Liedloff. Guiada más por su curiosidad que por un espíritu investigador, marchó al Amazonas para convivir con la tribu de los yequana. Allí, lo primero que llamó su atención fue la manera de relacionarse que tenían los niños entre sí, casi siempre muy pacífica y ausente de violencia. Cuando su mirada se viró hacia las madres, observó que estas protegían, sostenían y acompañaban a sus bebés como si fueran una continuidad de sí mismas y lo hacían la mayor parte del tiempo, no había separación de sus criaturas. Estas observaciones pasaron, tiempo después, a convertirse en un libro titulado *El concepto del continuum*. En él, Liedloff reflexiona sobre cómo las sociedades con sus modelos culturales de crianza hacen que los niños sean más o menos felices, seguros y pacíficos.

Según esta autora, los bebés necesitan vivir una serie de experiencias que cubran sus necesidades básicas, estas tienen que ver con la cercanía y contacto físico permanente, el colecho, la lactancia y el consuelo. Esta vivencia previsiblemente ayudará a que se establezcan lazos sociales más serenos y tranquilos, lo cual creemos que supondrá una ventaja social. Tras la publicación de este libro, que no pretende ser un estudio científico, sino una recopilación de experiencias y una profunda reflexión sobre las maneras de criar, se inició un movimiento que tenía como fundamento el concepto de la continuidad en la concepción de la madre y su recién nacido.

En este mismo sentido, podemos observar que, en sociedades como Japón, donde la importancia del grupo prevalece sobre la del individuo, los padres colechan con sus bebés para aportarles seguridad y sentido de pertenencia (Garrido, 2013). Las investigaciones de Liedloff tuvieron un importante antecedente cuando Prescott estudió las costumbres relativas al contacto madre-hijo de cuarenta y nueve tribus de todo el mundo, y concluyó que los grupos poco afectivos con sus niños, y con muy poco contacto piel con piel, presentaban altos niveles de violencia en la edad adulta. Sin embargo, la agresividad era casi nula entre los pueblos que mantienen un contacto muy estrecho con sus hijos (Prescott, 1974). Él mismo afirma:

Cuando no se toca y no se rodea de afecto a los niños, los sistemas cerebrales del placer no se desarrollan. La consecuencia de ello son unos individuos y una cultura basados en el egocentrismo, la violencia y el autoritarismo.

B) *El bebé independiente*

La creencia de que el ser humano ha de ser independiente y dicha característica ha de modelarse desde el comienzo, es decir, desde que es un bebé, es una idea compartida por muchas sociedades modernas actuales. Con respecto al llanto, por ejemplo, Meredith Small compara la atención al lloro en sociedades como la coreana y la estadounidense, en esta última se valora altamente la búsqueda de autonomía en los bebés. Esta autora escribe:

Mientras en Corea los bebés de un mes están solos durante no más de dos horas, el 8,3 % de su tiempo, los bebés norteamericanos pasan el 67,5 % de su tiempo sin compañía. Los coreanos alzan a sus pequeños casi el doble de tiempo diario que los estadounidenses y responden inmediatamente a su llanto; las norteamericanas ignoran típicamente el llanto de sus bebés. Presumiblemente, el estilo de crianza coreano justifica la menor cantidad de llanto y ausencia de cólicos (1999).

C) *Formas de alimentar al bebé*

Con respecto a la lactancia, también encontramos que hay discrepancias. Por ejemplo, los Kung San son cazadores y recolectores; sus mujeres dan de mamar de media cada trece minutos, a demanda. Es esta una característica compartida por muchas sociedades en las que el contacto continuado con el bebé y el acceso al pecho de este están relacionados. Por tanto, las criaturas comen según sienten la necesidad, la satisfacción de la misma es inmediata. También a este respecto de la lactancia, encontramos sociedades, como el pueblo Khumir, en las que se cree que la madre transfiere fuerza vital a través de la lactancia. Cada vez que el bebé está enfermo, por ejemplo, piensan que la leche materna es la responsable de la dolencia. Sin embargo, en otras culturas, como la india, el calostro se considera “leche sucia”, lo extraen y lo tiran, ya que creen que no es bueno para los bebés (Small, 1977).

Estas sociedades no necesitan la evidencia científica para saber lo que es adecuado para la diada, seguramente sea su sabiduría ancestral intacta y sin tecnificar la que les permita esta conexión con el cuerpo, con el entorno y el ambiente, con la naturaleza. Esta situación les aporta un gran conocimiento de los procesos naturales. Además, existe esta transmisión generacional del cuidado del bebé desde el respeto a sus necesidades más básicas. Tal y como dice la escritora y activista Isabel Fernández del Castillo:

Cuidar a la madre tierra y maternar son dos aspectos del mismo fenómeno. El ser humano ha puesto el ecosistema entero en peligro porque se siente algo aparte, siente que le pertenece y puede extraer de él lo que quiera y como sea. Solo sintiendo que somos “parte de” y no “dueños de” es posible cambiar nuestra forma de relacionarnos con la tierra. Y ese sentimiento de pertenencia hunde sus raíces en las vivencias tempranas del bebé, en el sentimiento de fusión del bebé con algo más grande, es decir, su madre (2014).

Cuidar a la madre tierra y maternar es lo mismo. Si observamos y respetamos los procesos naturales, será más sencillo estar en contacto con nuestro propio sentir y maternar de la manera más vincular posible.

D) *Cuidados posparto*

En las sociedades primitivas, se prioriza la necesidad constante de contacto, que es intrínseca a ser un recién nacido, además, se reconoce que es un momento de vulnerabilidad para la madre y su bebé. Tanto es así que se ponen en marcha medidas de protección de ambos nada más nacer el bebé. De esta manera, no solamente se aboga por la

permanencia de la unidad de la díada, sino que se facilita la ayuda necesaria para que la energía materna esté dirigida casi en exclusiva al recién nacido.

Existe incluso un periodo de reclusión y aislamiento social temporal de la díada con el objetivo de que puedan dedicarse a la sincronización y regulación mutua.

Proporcionar este espacio favorece, a su vez, que la mujer descansa obligatoriamente, por lo que otras madres expertas y parteras cuidan de la puerpera para su pronta recuperación. En Nigeria, por ejemplo, existe una importante tradición y es que, después del parto, la abuela materna del bebé debe darle su primer baño. Es un símbolo que le recuerda a la nueva madre que no está sola y que tiene una tribu de mujeres dispuestas a prestarle ayuda y sostenerla.

Por otro lado, toda la sociedad reconoce el valor que tiene el nuevo rol adquirido por la mujer que acaba de tener a su bebé, a través de rituales y regalos (Stern y Krucman, 1983). Estos autores plantean la necesidad de la incorporación de la mirada antropológica, y se incluyen así los patrones culturales en el estudio de la etapa posparto. De esta forma, sugieren, podrá entenderse más la existencia o ausencia de la depresión posparto en el puerperio.

Por otro lado, el puerperio en estas culturas gusta de incluir costumbres dedicadas a cuidar la alimentación de la madre. Estos rituales, en muchas ocasiones, emplean el uso específico de plantas para el cuidado de la díada en esta etapa. Investigando las prácticas y creencias culturales de la mujer en la etapa de puerperio inmediato en la provincia de Lambayeque, Perú, Mechán y Domínguez (2016) concluyeron que las madres reciben cuidados con plantas medicinales para satisfacer sus necesidades básicas, que son definidos por las creencias de la familia. En esta misma línea, destaca un interesante estudio realizado entre los años 2002 y 2003, aunque publicado en el año 2006. Se analizaron las costumbres de las mujeres awajun (aguaruna) o wampis (huambisa), nativas de Perú, en torno a sus embarazos, partos y pospartos. En estas poblaciones, el uso de las plantas en los tres procesos es muy habitual y, en concreto, en el posparto, las creencias acerca de lo que sucede, por ejemplo, con la placenta, son realmente interesantes. Se considera que la placenta no puede tirarse; si así fuera, podría pasarle algo al recién nacido, de tal manera que la entierran bajo la cama de la madre, dándole un lugar especial. Este ejemplo ilustra cómo las creencias pueden convertirse en normas que poseen una dimensión casi espiritual para estas sociedades (Medina y Mayca, 2006).

Desde tiempos ancestrales e inmemoriales, en numerosas culturas la placenta ha sido considerada como un elemento sagrado de conexión entre la tierra y la vida. De hecho, los mitos y las tradiciones en torno a la fertilidad femenina y al tratamiento de la placenta y del cordón umbilical continúan siendo una característica particular de numerosas sociedades, como las culturas maori, navajo, luo, thai y kikuyu. Los indígenas maorís de Nueva Zelanda plantan la placenta junto a un árbol como forma de establecer un enlace sagrado y espiritual entre la tierra y el bebé. Las tribus navajo entierran

la placenta para establecer una conexión entre el bebé, la tierra y sus antepasados. De forma similar, lo realizan las culturas luo, thai, en Camboya, México, Turquía, Hawái, Ucrania o la República Sudafricana (Knapp van Bogaert y Ogunbanjo, 2013). En esta misma línea, en la cultura mapuche, toman la placenta y la entierran para que el bebé esté protegido de los malos espíritus y le sea otorgada fortaleza física.

Estos rituales, a menudo, constituyen una forma espiritual de sentir en la que se actúa sobre el bienestar y la salud de la madre, la criatura e incluso la comunidad, y tienen un papel muy importante en la vivencia del posparto individual de la madre y en la tribu.

Esta relación con la placenta contrasta con la que se vive en la mayoría de las sociedades en las que el proceso de parto se ha medicalizado. Al alumbrar este poderoso órgano, es considerado desecho quirúrgico y, sencillamente, se tira o se vende a industrias farmacéuticas para la elaboración de cosméticos. A algunas familias, sin embargo, les gusta observar y admirar su placenta, e incluso optan por consumirla para la recuperación de la madre. Otros padres solicitan llevársela para poder hacer un ritual propio de carácter espiritual. Sin embargo, en general, estas madres y padres que se toman el tiempo de pensar y decidir el destino de la placenta actualmente representan una minoría.

Por otro lado, merece especial mención el cuidado a la díada que se puede observar en la costumbre de crear espacios diferenciados para el posparto donde madre y bebé estén separados del resto de la tribu durante el periodo considerado como sensible, normalmente de unos días a unas semanas dependiendo de la cultura. Tras este periodo de reclusión, en el que la madre ha estado cuidada, bien por otras mujeres, bien en algunas tribus por su compañero, la mujer, con su bebé, sale al encuentro de su grupo, en ocasiones portando símbolos que representan su nueva condición, como, por ejemplo, una tiara de flores, y es recibida con respeto, cariño y alegría, ya que se considera que tanto ella como el bebé han pasado por un importante proceso de transformación y han sobrevivido.

Los periodos de reclusión también pueden observarse en China, donde se denomina *zuo yuezi*, “treinta días en pijama”, al periodo de posparto. Existen muchas reglas dentro de esta temporada; por ejemplo, las madres tienen la prohibición de comer alimentos crudos, aunque sean vegetales, no pueden beber nada frío, y son alimentadas principalmente de sopas calientes. El principal objetivo es restablecer el yin y el yang de la madre.

Otras sociedades, como la india, comparten la creencia del tiempo necesario de descanso después de parir, que será en este caso de entre cuarenta y sesenta días. Las nuevas madres tienen que descansar y no pueden salir de su habitación o de su casa ni dejar que las visiten a ellas o a sus bebés; esta costumbre pretende evitar cualquier enfermedad o infección. Asimismo, no pueden usar jabón durante estos días y, en su lugar, se dan baños herbales a los que les sigue un masaje con aceites. Así los tiempos y espacios que se dan en el posparto para que la recuperación de la díada sea óptima son altamente importantes, y el uso de alimentación y plantas para el mismo, frecuente.

Por último, cabe nombrar la sabiduría que también muestran en las tribus en las que la sexualidad coital de la mujer puérpera se relega a un segundo plano y existe la prohibición de practicarla durante un tiempo. Por ejemplo, en el estudio mencionado anteriormente de Medina y Mayca (2006), se observó que las mujeres puérperas pasan al menos un mes sin mantener relaciones sexuales. Muchas veces lo que encontramos detrás de estas normas es una creencia religiosa, pero conviene preguntarnos si no se sirven de ella para proteger a las madres y respetar que en el posparto, estando la mujer puérpera tan imbuida en la diada, no suele quedar espacio para la energía sexual coital a la pareja.

En conclusión, creemos fundamental en el acompañamiento a las madres, sus bebés y sus familias incluir la atención a la cultura de la que provienen, conociendo cuáles son las costumbres y creencias en torno al parto y posparto. De esta manera, se podrá ofrecer desde la línea sanitaria una atención coherente con la cultura de la madre y su bebé (Muñoz y Vásquez, 2007). Este hecho cobra especialmente importancia en estos tiempos donde la globalización y la transculturalidad están tan presentes.

2.2. La evolución histórica del cuidado del posparto en la cultura actual

2.2.1. De los cazadores recolectores a los consumistas capitalistas

La especie *Homo sapiens* ha sido cazadora recolectora tropical durante los últimos tres a seis millones de años; cargaba a sus crías y las llevaba en constante contacto con sus madres, lo que favorecía la alimentación continuada y a demanda, así como la seguridad y el vínculo. La dependencia de la criatura humana para sobrevivir conlleva la necesidad de esta cercanía. Aún existen pueblos de cazadores recolectores tropicales cuya manera de maternar en el puerperio está estrechamente relacionada con el porteo de las crías y la lactancia materna a demanda (Lozoff y Brittenham, 1979).

A pesar de que esta ha sido, tradicionalmente, la manera de criar de la raza humana, a lo largo de su desarrollo, los distintos grupos fueron diversificándose y enriqueciéndose con aspectos propios. Así pues, con el paso del tiempo nos encontramos con maneras diferentes de vivir esta etapa en las distintas poblaciones.

Algunas culturas siguen preservando el contacto de la diada como prioritario en el posparto, y en cambio otras han ido evolucionando técnicamente, y han incorporado a su vida artificios que facilitan determinadas tareas, incluyendo la crianza.

En este devenir, se ha puesto en riesgo el vínculo madre-bebé ya que estos objetos a menudo son concebidos y empleados como sustitutos de la madre o del calor humano, no tanto como ayuda real en el puerperio.

El consumismo y el capitalismo han ido invadiendo diferentes maneras de proceder, y en concreto en la maternidad podemos ver cómo impera la necesidad de consumo.

Las familias pueden llegar a comprar determinados artilugios que consideran de vital importancia, pero sin los que en el pasado se podía criar a los bebés.

2.2.2. Nuestra cultura de postparto

En esta parte del mundo, se observa la casi ausencia de los modelos de crianza fusionales en el postparto. Muy al contrario, durante las últimas décadas podemos encontrarnos desde el punto de vista cultural con la creciente idea de búsqueda de la independencia del bebé y deseo de una vuelta prematura a estar como antes del embarazo.

Merece la pena detenernos en entender el recorrido histórico reciente de nuestro país para comprender en qué contexto la feminidad y maternidad se fueron desarrollando hasta la actualidad.

A) Las conquistas de las mujeres

Desde una perspectiva de género, la evolución de la situación de las mujeres y madres desde la década de los setenta ha llevado a la conquista de terrenos previamente vetados para ellas, lo que ha supuesto la incorporación al mercado laboral y mayor liberación en general. Este proceso se encuentra adscrito inexorablemente al movimiento feminista, que puede por primera vez expresarse libremente coincidiendo con la muerte del general Francisco Franco en 1975. En el año 1978, nace la Constitución española, que reconoce la igualdad jurídica entre los sexos, y que repone, entre otras cosas, el derecho al voto de las mujeres. A partir de ese momento, el movimiento está siendo imparable y abarca todos los ámbitos de la sociedad. Sin embargo, como nos recuerda Isabel Aler (2006):

Las costumbres y los hábitos sociales, los modos de hacer, pensar y sentir colectivos más arraigados en nuestras conductas cotidianas, se transmiten y se aprenden en gran parte de forma inconsciente. Más allá de su derogación formal, sobreviven y se reconvierten aquellos hábitos que siguen cumpliendo normas no escritas e intereses jerárquicos abusivos, que se reproducen a modo de currículum oculto, sobre todo cuando declarados políticamente incorrectos para un tipo de convivencia democrática, dejan de manifestarse abiertamente. Y es entonces cuando actúan con más virulencia desde las sombras, desde lo más recóndito de nuestras maleables y contradictorias motivaciones y conductas sociales.

Así, el patriarcado sigue vigente en múltiples e invisibles cuestiones que afectan a las mujeres en el continuo cultural-social-personal. Existe, por tanto, una clara inercia de mecanismos androcéntricos que afecta en el día a día de las mujeres y madres. Nor-

mas y creencias sobre lo que una mujer madre ha de ser están presentes en el desarrollo de la gestación, parto y posparto de las mujeres.

A la lucha constante y progresiva del feminismo le debemos, entre otras cosas, la posibilidad de que la mujer pueda vivir libremente sus decisiones sobre si será o no madre y en qué momento. Sin embargo, estos cambios sociales, junto con la globalización neocapitalista, han acontecido arrasando la realidad biológica de la maternidad (Aler, 2006).

Actualmente, la maternidad está en crisis cuantitativa y cualitativa. En cuanto a lo primero, ha habido un descenso de la natalidad. España registró en 2018 la cifra más baja de nacimientos en veinte años (INE, 2019). A nivel cualitativo, la creciente modernización de los procesos sexuales reproductivos de las mujeres, como son el embarazo, parto y posparto, ha hecho que estos se tecnifiquen cada vez más y les roben la esencia biológica, libidinal y natural que era propia de ellos.

A esta realidad, hemos de sumarle que las mujeres de las últimas cuatro décadas convertidas en madres han heredado modelos genéricos de madres sumisas, agotadas, no reconocidas, sometidas y resignadas. El rechazo de las hijas a este modelo de sus madres, coincidiendo con las nuevas posibilidades que la liberación de la mujer brinda, tales como autonomía económica y de consumo, ha llevado a que las mujeres a veces repriman la posibilidad de plantearse otros modelos de maternidad más entrañable, más biológica, o incluso el deseo de ser madres, sintiéndose incapaces de compatibilizar el modelo de mujer moderna con la madre entregada a la fusión con su criatura (Aler, 2006).

El conflicto en el que se encuentran muchas mujeres ha tenido un precio sobre el maternaje más instintivo y ha llevado a lo que se ha llamado el *matricidio*, tal y como define la reconocida escritora Casilda Rodríguez Bustos (2006).

El arrebato de la necesidad del bebé de estar sobre su madre, así como de la madre de tener a su criatura junto a ella, reprimiendo el deseo materno, representa un auténtico drama. Esta realidad, junto con la medicalización de los procesos sexuales femeninos, y la implantación de normas acerca de la crianza en lugar de mantener los instintos, son el grupo de variables que han ido alterando la maternidad hasta convertirla en un fin, el nacimiento y crianza a salvo de la criatura, y no en un proceso gozoso, animal, mamífero, libidinoso, erótico y transformador.

B) *El imperativo de la recuperación*

Las mujeres que deciden ser madres y además tratan de conciliar su yo reproductivo con el productivo llegan al puerperio con el mandato externo de transitarlo con rapidez para volver cuanto antes al mundo exterior. Pareciera existir un temor de ser esclavizadas por el bebé y perder así las libertades recién adquiridas por las mujeres modernas. En

este sentido, hemos observado en la práctica clínica cómo muchas madres refieren sentir culpa por querer quedarse con sus bebés en lugar de incorporarse a trabajar.

La etapa del posparto conlleva, además, la idea de que el bebé ha de ser autónomo cuanto antes, para garantizar la independencia de la mujer que ha sido madre, siendo el puerperio una etapa que se atraviesa en muchas ocasiones sin demasiada conciencia para llegar lo antes posible al estado previo a la gestación. Las madres se encuentran, por tanto, con una difícil contradicción: el instinto de la diada es uno y la creencia cultural puja en el sentido contrario. En una sociedad que promueve el desapego en esta etapa, la maternidad se vivencia de una manera inevitablemente ambivalente.

En cuanto al cuerpo físico, pareciera ser imprescindible borrar los signos de la maternidad reciente cuanto antes, en definitiva, como si no hubiera pasado por la mujer madre la vivencia de la gestación, del parto o del amamantamiento. Toda esta presión incluye, además, la idea de estar psicológicamente intactas, sin lugar para las dudas, los miedos, la ansiedad y el cansancio. Las imágenes que se venden en los medios de comunicación están muy alejadas de lo que la madre vive día a día en su cuerpo y con su bebé, pero sigue ofreciéndose una idea de maternidad casi como un consumible más en la sociedad capitalista que habitamos. Esta realidad contrasta con la falta de acompañamiento y asistencia por parte de los sistemas sociosanitarios. Curiosamente, durante el embarazo la mujer es instada a acudir a revisiones bajo la idea de controlarla a ella y a su bebé. Esto se ha convertido casi en una norma social, considerándose un imprescindible para la gestante, tanto que se habla de la medicalización de estos procesos fisiológicos. Sin embargo, cuando nace el bebé muchas mujeres puerperas refieren sufrir soledad asistencial, y en no pocas ocasiones es cuando más la necesitan. Uno de los grandes vacíos es la falta de formación en lactancia de los profesionales que acompañan el puerperio. Este hecho llama especialmente la atención cuando sabemos que los índices de la lactancia mejoran si los profesionales tienen formación adecuada, y sabemos de la importancia de un buen asesoramiento en esta etapa. En su defecto, se proporciona a la madre literatura abundante escrita por médicos y psicólogos acerca de cómo han de criar a sus hijos, en lugar de acompañarlas en el camino de la conexión con su poder y sabiduría internas.

Por otro lado, consideramos que el puerperio es una etapa invisibilizada. Destaca la carencia de textos en materia de psicología del posparto, lo que evidencia la falta de consideración de este proceso como fundamental e imprescindible objeto de atención y de estudio. Esta realidad es descriptiva de la falta de mirada que existe sobre este periodo de la vida de la mujer madre. El posparto no es considerado un periodo sagrado necesitado de respeto y protección. Muy al contrario, se insta a la mujer a que no pierda su posición sociolaboral por el hecho de haber sido madre reciente.

Consideramos que no solamente hay una falta de valoración del puerperio de la mujer, sino que sucede en general con la maternidad. Casilda Rodríguez, en su prólogo (2014) al libro de Victoria Sau, *El vacío de la maternidad*, reflexiona sobre este hecho tan trascendental en los tiempos que habitamos:

La función social materna es la garante de la paz, de los derechos humanos y de la justicia social, tal es la importantísima tesis de Victoria Sau en este libro. En sus páginas encontraremos una explicación histórica y simbólica, en las tradiciones griega, judeocristiana y otras, de la eliminación de esta función social materna y de sus consecuencias. La madre representa la salvaguarda de la dignidad y de los derechos de sus hij@s (y en particular de las hijas, en estado de indefensión específico, y rebajadas a segunda categoría humana en la sociedad patriarcal). La importancia de *El vacío de maternidad* es que nos sitúa en una perspectiva de un mundo con madre; es decir, lo que sería un mundo fraternal con paz y justicia social garantizadas por el ejercicio de la función materna. Esta afirmación sobre la función materna puede resultar chocante, porque, tal y como está la maternidad desnaturalizada en nuestra sociedad, su función en muchos aspectos es una gran desconocida; aunque en otros aspectos no lo es tanto, porque a pesar de que nuestra cultura la denigra y subestima, hay algo, quizá intuitivo y poco racionalizado, que de algún modo nos convence íntimamente de lo que en verdad es una madre. Precisamente este libro es una invitación a racionalizar exhaustivamente la función materna y a pensar muy seriamente en el vacío social de maternidad. El punto quizá más difícil de aprehender es el paso de la función orgánica, corporal e individual de la maternidad, a su función social.

En este sentido, resaltamos la importancia de comprender cómo la función maternal está relegada a un plano secundario en esta sociedad en la que ser madre parece necesitar de un grado de experta en el manejo malabarista entre las necesidades biológicas y las presiones sociales del contexto cultural en el que viven.

La propia Victoria Sau (1995) afirma:

La maternidad biológica (concepción, embarazo y parto) así como por extensión, la crianza, no puede ser considerada “maternidad” desde una perspectiva de rango humano, si no va seguida de su correspondiente trascendencia en lo económico, político y social. El principio biológico materno es el principio del cuidado y de la identificación absoluta con el bienestar de otro ser humano; y la madre verdadera se entrega activamente a realizar el bienestar de sus criaturas, tal es la cualidad del hálito materno, del deseo materno, el principio de la producción empática y de la sociabilidad humana. Con el deseo materno y en el hálito materno, comienza la formación del sistema empático de cualquier ser humano, su condición de ser social. La sociabilidad humana no descansa en la competitividad, sino en la capacidad de sentir empatía (de amar), es decir, en la solidaridad; pues aunque se produzca y exista competencia, lo que produce y mantiene la sociabilidad humana es el sistema empático; en otras palabras, es la capacidad de amar y no la capacidad de matar y de dominar lo que nos hace seres sociales; y la capacidad de amar depende del despliegue del deseo materno en la etapa primal del ser humano.

Por otro lado, la maternidad como nueva función de la mujer no es honrada como tal. Estamos asistiendo en este momento histórico a la ausencia de rituales que anterior-

mente cumplían esta misión de proporcionar un reconocimiento al nuevo papel, y se manifiesta así un vacío ya que no hay sustitución por otros ritos que cumplan esa función de visibilizar la maternidad y celebrarla (Olza, 2017).

Encontramos en este sentido que son frecuentes las visitas al hospital según nace el bebé y con el objetivo de conocerlo, pero difícilmente esto puede entenderse como una bienvenida a la maternidad para la madre, ya que en el puerperio inmediato el deseo no suele estar en lo social; por otro lado, casi siempre el foco de atención se sitúa en el bebé más que en la madre y en honrar el enorme trabajo que hizo. Contrariamente a este reconocimiento, que podría ser una celebración, cuando una mujer está púérpera empieza una especie de marcha atrás en el cronómetro para la vuelta a su vida anterior, para lo que se ha llamado recuperación. Hablamos de la incorporación al trabajo, vuelta a la sexualidad coital y, por supuesto, vuelta a la imagen corporal anterior. Prepondera una imagen de la madre ultramoderna, multitarea, profesional y que no se deja enternecer por el hecho de tener un bebé.

Por último, observamos que el estilo de vida y el diseño de las viviendas en nuestra sociedad están orientados a la crianza en soledad. Se pierden las ventajas que tenía anteriormente la crianza en los pueblos o ciudades pequeñas donde la ayuda de la tribu social era imprescindible y muy valorada. La madre sentía el apoyo y el cuidado de las mujeres de su familia y vecinas, que cubrían desde lo logístico hasta lo asistencial. Esta soledad normalmente va en detrimento de la psicología de la madre y de su descanso.

En conclusión, los modelos culturales de desarrollo propuestos por Occidente atraviesan un claro momento de crisis, creemos que no se muestran funcionales respecto a la psicología materna ya que priorizan aspectos que tienen más que ver con la autonomía, la imagen sin fisuras y la maternidad aséptica. Es urgente volver a lo más primal, al instinto materno para dotar a la función materna de la fuerza que tiene biológicamente y que esta pueda ocupar el importantísimo lugar que le corresponde en la sociedad.

C) El imperativo de la independencia

La naturaleza, en su búsqueda de preservación de la especie humana, podría haber diseñado con esmero que la diada estuviera unida no solamente para que sobreviva la criatura, sino para que esta disfrutara de una base segura en lo emocional que la haga conectar con la capacidad empática. Esta conexión y entendimiento del otro es la principal antagonista de la violencia en las sociedades y ayudaría a evitar que los seres humanos se destruyeran unos a otros. Bajo esta perspectiva, solo podemos admirar lo que las tribus primitivas están sembrando, cuidando de esta manera particular a sus criaturas.

Sin embargo, en la actualidad, los valores de independencia y autonomía se aplican universalmente, independientemente de la edad de la persona. En el caso de los bebés, aunque madurativamente sabemos que no están preparados para llevar a cabo la misma, se