

módulo 1 Embarazo y lactancia

1. Cambios fisiológicos durante el embarazo y la lactancia
2. Patologías asociadas al embarazo y la lactancia
3. Farmacología y atención farmacéutica en la mujer embarazada
4. Manejo del dolor en el parto. Anestesia epidural
5. Utilización de fármacos en la mujer lactante y atención farmacéutica en la lactancia
6. Fitoterapia en el embarazo y la lactancia
7. Formulación magistral para la mujer embarazada y el lactante
8. Cuidados en el embarazo y la lactancia
9. Suelo pélvico en el embarazo, factores de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo
10. Alimentación saludable para la mujer en la gestación y la lactancia
11. Depresión posparto
12. Cordón umbilical

Depresión posparto

Inmaculada Carrilero Aroca*, Francisco Martínez Granados**

*Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Directora de CEPSISIS (Centro de Psicoterapia Sistémica). Alicante. **Farmacéutico Especialista de Departamento de Salud. Máster en Neuropsicofarmacología. Hospital de Torrevieja.

Escenario clínico

Mujer de 34 años, cliente conocida, en su sexto mes de lactancia materna, que acude a la oficina de farmacia a retirar su tratamiento con paroxetina por un diagnóstico psiquiátrico de depresión posparto, medicamento que toma desde hace 4 meses. La paciente muestra preocupación por si «le pasará algo a su bebé por el medicamento», y está dispuesta a interrumpir la lactancia si fuese pernicioso, aunque por ella «seguiría dando el pecho a su bebé por más tiempo». En la entrevista clínica constatamos que ha intentado dejar el tratamiento, pero siempre experimenta un síndrome de abstinencia que le hace continuar con él; además, no refiere haber recibido otras terapias no farmacológicas ni se le ha ofrecido la posibilidad de psicoterapia. La mujer explica que la contrataron mientras estaba embarazada de 5 meses, pero que después de la baja maternal «dejaron de contar con ella en la empresa». Su pareja pasa meses fuera de casa por cuestiones de trabajo,

y no tiene apoyo familiar, pues su familia de origen es de otra ciudad. El embarazo no estaba planeado.

Siguiendo el algoritmo de decisiones lógico para la optimización de resultados farmacoterapéuticos, a pesar de que la pregunta inicial de la paciente tiene que ver con la seguridad, nosotros debemos previamente formular preguntas referentes a si el tratamiento está indicado y si está siendo efectivo, como un paso previo a la valoración del riesgo de morbilidad farmacoterapéutica y adherencia al tratamiento.

En el presente capítulo, abordaremos únicamente el contexto del posparto y no el periodo de embarazo, por lo que al hablar de efectividad y seguridad de medicamentos nos hemos restringido a este escenario.

Posparto: ¿trastorno o proceso?

En primer lugar, ¿qué entendemos por posparto? Desde el punto de vista temporal, ¿de cuánto tiempo estamos hablando?, ¿de los pri-

©C. FERTING/ISTOCKPHOTO



meros 40 días tras el parto?, ¿de las 16 semanas que dura la baja maternal en nuestro país, o los 2 primeros años del niño, momento en que está evolutivamente preparado para empezar a tener una imagen separada de sí mismo (la aparición del yo) y comienza a orientarse hacia el mundo más allá de la madre?

En este artículo consideramos que el puerperio comprende los 2 primeros años de la vida del niño. Lo consideramos como un proceso y no como un momento temporal, en el que pueden aparecer alteraciones emocionales en la madre. El puerperio es un proceso de vital importancia para la vida psicológica de la madre y de su bebé.

En las clasificaciones médicas, el posparto sólo es descrito como un intervalo de tiempo tras el parto. En las clasificaciones médicas y psiquiátricas, la depresión posparto se considera un trastorno emocional que aparece en ese contexto temporal. Es descrito como un síndrome, es decir, como un conjunto de síntomas, siendo un síntoma un emergente negativo, consecuencia de un desorden que hay que erradicar.

En la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades, según la OMS) lo incluyen dentro de los trastornos mentales y del comportamiento asociados a «factores somáticos». Considerar un factor somático a lo que acontece en el cuerpo de la mujer para dar a luz a un bebé nos parece, de entrada, una visión bastante reduccionista. Esta definición deja completamente fuera el componente emocional del parto y del posparto.

De acuerdo con el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, en su cuarta edición (DSM-IV), se considera un episodio de depresión de presentación posparto si comienza dentro de las 4 semanas tras el parto, pero con un rango de inicio de hasta los 3 primeros meses posparto. Los síntomas pueden ser leves

al inicio, pero se perpetúan más allá de las 4 semanas.

Vemos que el DSM-IV y la CIE-10 manejan pronósticos según el tiempo en que duren los síntomas, hablan de mayor o menor gravedad según la intensidad de los mismos y no valoran el contexto del parto y del posparto como una situación vital única e idiosincrásica. Por el contrario, se usan los mismos criterios sintomáticos que para cualquier otro trastorno depresivo.

Si abordamos la depresión posparto desde esta visión médica y psiquiátrica, la desaparición de los síntomas sería el criterio de éxito respecto al propio trastorno. La madre y su bebé son como un telón de fondo donde el trastorno, que es lo que importa, es atendido en un primer lugar.

Incluso los abordajes psicosociales (los que contemplan dar apoyo a la madre, más allá de los psicofármacos) suelen llevar implícito un razonamiento de causa-efecto: si el funcionamiento de la madre antes del parto era adecuado y si su funcionamiento después del parto está alterado negativamente. Conclusión: el parto la ha alterado. Objetivo: que la madre recupere su forma de funcionar anterior al parto. Es decir, que se anulen las variables «extrañas» que han aparecido en el universo emocional de la madre para que ésta se convierta lo antes posible en un ser adulto y funcional. En este punto cabría hacerse algunas preguntas: ¿quién va a sintonizar con el bebé, que obviamente no se expresa como un adulto funcional?; ¿podríamos siquiera valorar que el nuevo «estar emocional» de la madre (que se manifiesta prácticamente en todas las mujeres después de dar a luz) podría tener alguna razón de ser?, ¿o acaso, por falta de previsión de la naturaleza, todas las mujeres púerperas corren el riesgo de deprimirse?

En el ámbito de la salud mental no suele contemplarse que ese nue-

vo «estar» de la mujer puede ser una herramienta útil, y que podría ser un objetivo para los profesionales facilitarle a la madre que acaba de tener un hijo la posibilidad de permanecer en esa sintonía emocional, simplemente aliviando lo que ella viva como desbordante.

Parto y puerperio: una visión psicológica

Indefectiblemente, el parto requiere una apertura física para que la criatura pueda salir. Aunque no es tan obvio ni tan conocido que, para que el parto se produzca, también es inevitable la apertura emocional de la madre, tan brusca que suele ser experimentada como una ruptura, como un antes y un después. A través de esta ruptura emocional, la madre emerge a un estado de consciencia diferente. En los días que siguen al parto, y gracias al contacto físico con su bebé, partes de sí misma que han estado reprimidas a nivel inconsciente emergen a la consciencia. Cuestiones que tienen que ver con su infancia, con su propia madre, etc. Este estado no ordinario de consciencia es inevitablemente perturbador. La madre comienza a funcionar simultáneamente en dos mundos, el adulto y el bebé. Esos dos mundos se mezclan dentro de ella, lo cual le permite mantenerse fusionada con su bebé, que es lo que ambos necesitan para atravesar el puerperio con éxito. Con la intensa experiencia emocional del parto, fundamentalmente si en el parto se la deja fluir, la madre emerge a una sintonía de apertura emocional que le va a permitir la necesaria fusión emocional con su bebé.

Si para que el parto sea una experiencia positiva como lo que es (un acto fundamental y único en la vida sexual y reproductiva de la mujer) es importante permitirle que se recoja en sí misma, en su ritmo y en sus sensaciones, para atravesar el posparto la mujer necesita fluir a través

de la gran sensibilidad que se despierta en ella. Tratar la sensibilidad de la madre como si fuera un trastorno y anestesiarla con fármacos puede ser un modo de separarla de su bebé, impidiendo la fusión emocional con él.

La crisis emocional de la madre es inherente al parto (incluso al propio embarazo) y, por supuesto, al posparto. Y no sólo de la madre, sino también de la relación de pareja, si la hay, que tiene que abrir sus horizontes para dejar sitio al bebé. Pretender vivir esto sin ningún tipo de zozobra es negar la vida, los ciclos de la vida. La mujer deja sus ciclos circadianos para adentrarse en el tiempo sin horarios que exige la lactancia del bebé recién nacido. Sus ritmos de sueño se alteran, acompasándose a los del bebé. Sus hormonas también están alteradas, las grandes dosis de oxitocina (la hormona del amor) que mantiene la segregación de la leche fomentan el amor hacia el bebé, con el que está fundida. De día no puede funcionar como si nada hubiera pasado. El padre, habitualmente, se convierte en una figura proveedora, que defiende al «ser mamá-bebé» y lo protege de las exigencias del mundo exterior. Rol que tampoco es sencillo en absoluto, y que lleva a muchos hombres a enfrentarse también a un momento crítico. Es muy frecuente que las parejas se desajusten con el nacimiento de los hijos, y muchas de ellas ya no consiguen recuperar la armonía tras este hecho.

La falta de sostén de la figura más próxima a la madre, habitualmente su pareja, por las propias dificultades con que dicha persona se encuentra, puede agravar también la sensación de desequilibrio emocional que ya de por sí tiene la parturienta. Y, aunque el entorno de la nueva madre fuera ideal, es inevitable que ella tenga que enfrentarse a aspectos desconocidos de sí misma que la perturben, como apuntábamos antes.

La ayuda a la mujer puerpera

Partimos de que el desequilibrio emocional es inherente al posparto y potencialmente útil para la madre si ésta recibe el apoyo adecuado. Sólo en las crisis (por la propia necesidad de reequilibrio) nos orientamos de un modo rotundo y creativo al cambio, y criar a un bebé, sobre todo si es el primero, requiere inevitablemente un cambio en el funcionamiento, no sólo de la madre, sino de todo el núcleo familiar. Habría que empezar por permitir que las mujeres puerperas se expresen ante una persona que pueda escucharlas sin juicio ni alarma, que les permita poner en voz alta su legítima necesidad de reorientarse en un mundo que ha cambiado drásticamente para ellas.

Si intervenimos: ¿con qué objetivo lo haremos? Nosotros proponemos los siguientes:

- Escucha activa, libre de juicios, orientada a apoyar que la propia madre encuentre lo que necesita para reorientarse en la nueva situación.
- Permitir que la mujer exprese lo que necesite sin juzgar y sin aconsejar antes de que ella misma pida consejo, lo cual es un refuerzo positivo a su intuición del momento.
- Si la mujer está desorientada ante su estado psicológico, informarle sobre los aspectos emocionales esperables en el puerperio, con el fin de ayudarla a entender y a apoyarse en lo que está experimentando. Esto es reformular positivamente lo que está atravesando: es lo normal, es lo esperable y tiene una función.
- Informar de la importancia de las redes de apoyo: grupos de madres y padres, apoyo para la lactancia, y, fundamental, ayuda para el hogar, al menos al principio (figura de la «doula»).
- Si la madre se encuentra tan desbordada que se siente incapaz de afrontar la situación y está dispues-



ta a recibir ayuda en salud mental, la derivación a psicoterapia individual puede ser una opción.

¿Qué lugar ocupa la farmacoterapia en la depresión posparto?

Aun suponiendo que la depresión posparto fuese una entidad clínica que considerásemos patológica (ya hemos visto que no es el caso), el manejo clínico debería ir dirigido a mejorar aspectos biopsicosociales. Hay una serie de factores que se han relacionado con casos etiquetados de «depresión posparto» que son de índole psicosocial, como pueden ser que el embarazo no estuviese planeado, que el peso de la crianza recaiga exclusivamente en la madre, que la relación con la propia madre (abuela del recién nacido) esté deteriorada, que la lactancia materna no sea posible (en España, técnicamente no es posible completar una lactancia materna tal como la recomienda la OMS, puesto que la baja por maternidad es sólo de 4 meses, y esto es un aspecto político-social), la expulsión de la madre del mercado laboral (si surgen problemas en la incorporación de la mujer cuando ella decide volver; una vez más, estamos ante un problema de índole político-cultural-social), una falta de soporte o apoyo a la crianza (familia lejos,

aislamiento social de los padres...), etc. Es decir, que existe un conglomerado de factores culturales y sociales que están estrechamente relacionados con la etiqueta «depresión posparto» y, por tanto, son estos factores y no otros los que determinarán un buen estado de salud mental. Si tenemos en cuenta estos aspectos, cabe preguntarse qué potencial tiene la inhibición selectiva de la recaptación de serotonina (ISRS) para modificar esos factores que son en última instancia los determinantes del restablecimiento de la percepción de la salud: ¿en qué medida un ISRS puede aumentar la baja por maternidad a 6 meses para que la madre pueda dar una lactancia materna mínima y no se vea obligada a interrumpirla?; ¿en qué medida un ISRS puede crear un núcleo comunitario de apoyo a las madres que dan a luz, para que éstas no estén aisladas? Estas preguntas parecerán irrelevantes, pero en estos tiempos de crisis es más importante que nunca plantearlas, ya que lo más plausible, según las políticas actuales, es que se financie el coste de un tratamiento antidepressivo, pero no el hecho de poder prolongar la lactancia materna al mínimo de 6 meses. Es decir, el reparto de recursos puede no responder a criterios científicos.

En otros términos más habituales del léxico biomédico, ¿se ha estudiado el impacto de los antidepressivos sobre variables no subrogadas que contemplen la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en mujeres después del parto? La respuesta es negativa. No se han llevado a cabo ensayos clínicos con mujeres que cumplan con criterios psiquiátricos de depresión posparto y con una duración de tratamiento adecuada con el fin de demostrar y cuantificar un efecto farmacológico sobre variables biosocioculturales y, por tanto, su uso se basa en extrapolaciones de lo que sucede en otros colectivos (adultos con criterios psi-

quiátricos de episodio de depresión mayor) o en estudios con sesgos metodológicos importantes, duraciones de tratamiento excesivamente cortas y variables de resultado subrogadas muy heterogéneas y de baja calidad, por lo que no es posible la realización de metaanálisis (Rosalyn et al., 2010). De hecho, la única revisión sistemática que hemos encontrado en la biblioteca Cochrane es del año 2001, y sólo pudo incluir un único estudio del año 1997 que excluía a mujeres que estaban amamantando y a mujeres con depresiones graves; además, la duración del estudio fue corta y con escaso poder estadístico, ya que los autores, como ellos mismo reconocen, tuvieron un serio problema de reclutamiento de mujeres que aceptasen ser tratadas con medicamentos (a pesar de que ya no daban lactancia materna). En este único estudio, la terapia cognitivo-conductual obtuvo los mismos resultados psicométricos que el tratamiento con fluoxetina. No se evaluaron otros resultados de mayor trascendencia, como la satisfacción de las madres con el tratamiento o la percepción de su salud o la calidad de vida (Hoffbrand et al., 2001).

La evidencia científica con intervenciones de tipo psicosocial y psicoterapéuticas es mayor. Una revisión sistemática de la Cochrane en el año 2007 encontró nueve estudios que englobaban 956 mujeres en las que se ensayó este tipo de intervenciones no farmacológicas (Dennis et al., 2008). Las conclusiones fueron que cualquier intervención psicosocial o psicológica, comparada con la atención posparto habitual, estuvo asociada a una reducción de la probabilidad de depresión continua (medida en todas sus variables) en la evaluación final durante el primer año posparto, concluyendo por tanto que las intervenciones psicosociales y psicológicas fueron eficaces para reducir la sintomatología depresiva.

Otras intervenciones estudiadas que han evidenciado eficacia son las terapias de soporte a la madre, las terapias de pareja y las centradas en la relación madre-hijo, o el ejercicio físico estructurado (un metaanálisis demuestra la efectividad clínica del ejercicio físico estructurado sobre la reducción de síntomas depresivos en mujeres púperas) (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2012).

¿Qué problemas de salud pueden derivarse del tratamiento farmacológico?

Si no se han estudiado de forma adecuada los resultados clínicos que pueden ofrecer los antidepressivos (o cualquier otro tratamiento farmacológico) en términos de efectividad, en mujeres con diagnóstico psiquiátrico de depresión posparto, mucho menos se han estudiado los efectos adversos que pudieran tener estos tratamientos a largo plazo sobre el niño, la madre, o la relación entre ambos.

Durante la lactancia, muchos psicotrópicos pueden ser excretados a la leche materna y por tanto ser ingeridos por el bebé lactante, lo cual implica cuestionarse, entre otras cosas, qué efectos puede tener esto sobre el desarrollo neurológico del recién nacido.

Hay organizaciones médicas y sociedades científicas (como la American Academy of Pediatrics [AAP]) que clasifican diversos fármacos en función de su compatibilidad con la lactancia materna. Sin embargo, a pesar de ser autoridades científicas, estas clasificaciones no se basan en estudios clínicos de calidad metodológica, únicamente se basan en series de casos publicados y en experimentos *in vitro*, que por lo general concluyen que las concentraciones plasmáticas de psicotrópicos en el bebé lactante son reales, cuantificables, pero que esto no representa una significación

TABLA 1

Problemas de salud que pueden derivarse del tratamiento con antidepresivos durante la lactancia

| Antidepresivo tomado por la madre durante la lactancia materna | Niveles plasmáticos de fármaco que pueden llegar al bebé | Morbilidad farmacoterapéutica descrita en series de casos como consecuencia de la lactancia materna en el bebé | Posibles efectos sobre la lactancia materna |
|--|--|--|---|
| Paroxetina | Entre el 1 y el 5% de la dosis del fármaco llegaría al bebé a través de la leche materna | Agitación, dificultad para comer, síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética y síndrome de abstinencia | Podría alterar la lactancia a través de la inducción de hiperprolactinemia, pero no está demostrado; sí parece más claro que retrasa las horas hasta el éxito de la lactancia |
| Sertralina | Entre el 0,5 y el 10% de la dosis del fármaco llegaría al bebé a través de la leche materna | Crisis mioclónicas, agitación, alteración de la respuesta al dolor y síndrome de abstinencia | |
| Fluoxetina | Entre el 7 y el 18% de la dosis de fármaco o del metabolito activo llegaría al bebé a través de la leche materna | Alteración del sueño, irritabilidad, cólicos, vómitos, hiperactividad, hiperglucemia, glucosuria, crisis comiciales y trastornos de alimentación | |
| Citalopram | Entre el 7 y el 18% de la dosis de fármaco o del metabolito activo le llegaría al bebé a través de la leche materna. | Mareo, pérdida de peso, dificultad en la conciliación del sueño, irritabilidad y síndrome de abstinencia | |

clínica, salvo por algunas excepciones.

La postura oficial de la AAP es que los antidepresivos ISRS pueden llegar al bebé lactante, y que los efectos sobre el desarrollo neurológico de los bebés a largo plazo son desconocidos, por lo que los etiquetan de «precaución de uso» durante la lactancia, aunque también dicen que la interrupción de la lactancia materna no se justifica y que puede continuarse junto con la toma del antidepresivo. La postura de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network de reciente publicación (2012) es no emplear doxepina durante la lactancia materna y, si se acaba decidiendo iniciar un ISRS durante la lactancia materna, recomiendan evitar fluoxetina, citalopram y escitalopram.

En la tabla 1, que hemos elaborado con la información disponible en la base de datos Drug and Lactation Database o LactMed, hemos omitido toda la información referente a mujeres que tomaban antidepresivos durante el embarazo, y sólo hemos tenido en cuenta los datos publicados de madres en tratamiento antidepresivo durante la lactancia materna. Además, como hemos dicho, esta información proviene de casos descritos, por lo que es muy limitada y se refiere sólo al corto plazo. A largo plazo, la información sobre seguridad de uso es muy deficiente (para más información sobre otros fármacos puede consultarse la siguiente página web: <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>).

Bibliografía

- Dennis CL, Hodnett E. Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión postparto. Oxford: Update Software Ltd. Biblioteca Cochrane Plus, 2008.
- Gutman L. La maternidad y el encuentro con la propia sombra. Barcelona. RBA Libros, 2006.
- Hoffbrand S, Howard L, Crawley H. Tratamiento antidepresivo para la depresión postparto. Oxford: Update Software Ltd. Biblioteca Cochrane Plus, 2001.
- Rosalyn C, Hirata C, Yeung W, Haller E, Finley P. Pharmacologic treatment for postpartum depression: a systematic review. *Pharmacotherapy*. 2010; 30 (9): 928-941.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline. Edimburgo: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2012.

¡Acceda a www.aulamayo.com para responder a las preguntas del test de evaluación!