

Intervención de la Fisioterapia en la depresión postparto (1)

Intervention of the physical therapy in the postpartum depression

A. Romero Marín. Fisioterapeuta. Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. España

J. M. Espiñeira Álvarez. Fisioterapeuta. Salud Física. Castilleja de la Cuesta. España

M. Carmona Sivianes. Diplomada en Ciencias Empresariales. Sevilla. España

J. M. Romero Marín. Diplomado en Relaciones Laborales. Sevilla. España

Correspondencia:

Antonio Romero Marín
roangines@hotmail.com

Recibido: 2 octubre 2007

Aceptado: 25 enero 2008

RESUMEN

Introducción. Los cambios biológicos, fisiológicos, psicoafectivos y sociolaborales que acontecen durante el embarazo hacen de la gestación un período crítico para la mujer, pudiendo desencadenar episodios de depresión postparto. Se ha realizado una revisión sobre la evidencia científica de los procedimientos fisioterapéuticos para abordar esta entidad clínica, mediante búsqueda bibliográfica en las bases de datos CSIC, ENFISPO y PubMed, y otras fuentes. Los descriptores utilizados han sido depresión postparto y/o postnatal, puerperio, fisioterapia, escalas, maternidad y legislación. *Exposición del tema.* La depresión postparto o puerperal es una entidad clínica que se presenta con unos valores de incidencia en relación a factores intrínsecos y extrínsecos, que exigen respuesta por parte del sistema sanitario, pues no sólo implica a la mujer que la sufre, sino también a toda su familia y, de una forma muy especial, a sus hijos. Entre las distintas escalas para la detección y cuantificación de la depresión puerperal, la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) se presenta como una herramienta de fácil manejo y aceptación por parte de la comunidad científica. Como en toda depresión diagnosticada, la psicoterapia y el tratamiento farmacológico suelen ser las primeras líneas de actuación. Tras la realización de la búsqueda, se han encontrado evidencias científicas sobre los beneficios del uso de procedimientos fisioterapéuticos en esta patología. *Conclusiones.* La Fisioterapia puede ayudar con diversos procedimientos de intervención como: clases de educación maternal, masaje infantil, masoterapia, respiración, relajación muscular progresiva, hidrocinesiterapia, actividad física y otras terapias complementarias, para disminuir los síntomas de un cuadro clínico, la depresión puerperal, que puede presentarse en un período crucial en la vida de toda madre: el cuidado de su hijo/a.

Palabras clave: Fisioterapia, depresión, puerperio, escalas, maternidad/paternidad, legislación.

ABSTRACT

Introduction. The biological, physiological, psycho-emotional and social-labor changes that rise during the pregnancy make the gestation a critical period for women, and it make provoke episodes of postpartum depression. A revision about the scientific evidence of the physiotherapist procedures have been made to deal with this clinical problem, searching bibliography on CSIC, ENFISPO and PubMed, and another resources. The used terminology includes postpartum depression and/or postnatal, puerperium, physiotherapy, scale, maternity and legislation. *Exposition of the subject.* The postpartum or puerperium depression is a clinical problem that shows incidence values related to intrinsic or extrinsic factors, that must be answered by the health policy, because it implies not only women that suffer from it but their families, especially

(1) Una secuencia de este trabajo fue presentada como comunicación en formato cartel en el «VI Día Mundial de la Fisioterapia», organizado por el Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía, en septiembre de 2005, en Almería.

their children. Among the different scales to detect and quantify the puerperium depression, the Edimburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) is shown as an easy tool, and the scientific community has accepted it very well. As in every diagnosed depression, the psychotherapy and the pharmacological treatment use to be the first applications. After searching another methods, scientific evidences have been found about physiotherapeutic procedures on this pathology. Conclusions. Physiotherapy may help with several procedures of intervention such as: classes of maternal education, baby massages, massagetherapy, breathing, progressive muscle relaxing, phisical activity and another additional therapies to decrease the syntoms, the puerperium depression, that may appear in an important period of the mothers file: their baby's care.

Key words: Physiotherapy, depression, puerperal, scales, maternity/paternity, legislation.

INTRODUCCIÓN

Tras el nacimiento del hijo de un familiar de uno de los autores de este artículo y la presencia de síntomas depresivos en la joven mamá, se nos planteó la duda de «¿qué puede aportar la Fisioterapia como disciplina sanitaria en dicho desorden mental?».

Se realizó una consulta en distintas fuentes: manuales, páginas webs, leyes, decretos y búsqueda bibliográfica en las bases de datos CSIC, ENFISPO y PubMed. Los descriptores utilizados han sido depresión postparto o postnatal, puerperio, fisioterapia, escalas, tratamiento, terapia, maternidad y legislación.

Además de distintas consideraciones clínicas y sociolaborales de la depresión postparto o puerperal (frecuencia de presentación, síntomas, escalas de detección, abordaje terapéutico y legislación), se encontraron distintos procedimientos de intervención desde la Fisioterapia avalados por la literatura científica, que pueden contribuir a disminuir los síntomas de este cuadro clínico, hecho que intentamos difundir con la presente publicación.

EXPOSICIÓN DEL TEMA

Conceptuación

La depresión puede constituirse como un síntoma, un síndrome y/o una enfermedad, por lo que puede encontrarse en innumerables situaciones y cuadros clínicos, lo que, en parte, explica las altas cifras de depresiones que reflejan los estudios epidemiológicos de la sociedad actual.

En este sentido, según la OMS, del 3 al 5 % de la población mundial presenta depresión, lo que equivale a unos 120 a 200 millones de personas. A su vez, los pa-

cientes con depresión representan el 10-20 % de enfermos de la consulta general y el 40-60 % de los pacientes que acuden a psiquiatría ⁽¹⁾.

La prevalencia de estos trastornos mentales en la población española, en relación a la Atención Primaria de Salud (APS), se sitúa en torno al 24 % ⁽²⁾.

En cuanto a su denominación:

— Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, se considera un episodio de depresión puerperal si comienza dentro de las 4 semanas, pero con un rango de inicio de hasta los 3 primeros meses postparto. Los síntomas pueden ser leves al inicio pero se perpetúan más allá de las 4 semanas ^(3, 4).

— Vega-Dienstmaier y cols. ⁽⁵⁾ definen la depresión postparto (DPP) como el episodio depresivo mayor que se encuentra en la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV) en las mujeres con menos de un año postparto.

— Carro García y cols. ⁽⁶⁾ distinguen entre los síntomas depresivos leves (*maternity blues*), que se presentan aproximadamente entre un 20 y 80% de las madres, se mantienen entre 2 y 4 días después del parto y desaparecen sin secuelas, y los síntomas que persisten y aumentan de intensidad, que pueden derivar en depresión postparto, con una clínica más variada de inicio a las 2 o 3 semanas tras el nacimiento con una duración de 4 a 6 e incluso superior al año, sin tratamiento.

Los cambios biológicos, fisiológicos, psicoafectivos y sociolaborales que acontecen durante el embarazo hacen de la gestación un período crítico para la mujer, en el que aparecen con gran frecuencia vivencias de ansiedad y tristeza. Esta ansiedad puede estar causada por diferentes motivos y suele tener un punto álgido en el puerperio inmediato. Es por ello, que se debe refle-

xionar sobre las dificultades de la relación madre/bebé y de la necesaria atención que se debe otorgar, no sólo desde el punto de vista físico, sino también psíquico, a la mujer embarazada, así como a la parturienta y a la joven mamá^(6, 7).

El nacimiento de un niño y los cuidados que conlleva suponen una sobrecarga física y emocional para la mujer. Durante el puerperio, es necesaria una gran dedicación a los cuidados que el recién nacido precisa y, en muchas ocasiones, la madre no se encuentra, por motivos obvios, en el mejor momento físico y psicológico para proporcionárselos^(8, 9).

En la escala animal, el bebé humano es, por su prematuridad biológica, el ser que más largo tiempo necesita depender de su entorno para sobrevivir. Este entorno, necesario para que el bebé pueda ir organizando su psiquismo, está constituido por aquellas personas que van a ocuparse de las funciones maternas (alimentarlo, mirarlo, sonreírle, cambiarle los pañales, bañarlo, mimarlo, hablarle, cantarle, acunarlo, etc.)⁽³⁾.

Estas funciones, reservadas generalmente a los padres, y más específicamente a la madre, incluyen además aquellas actitudes y cuidados capaces de despertar en el bebé un interés y una curiosidad por descubrir su mundo y el mundo de los demás. Es por ello, que la madre va a necesitar también todo un proceso de adaptación para ella misma, que la haga capaz de acoplarse a las condiciones necesarias para que estos intercambios puedan producirse de forma fructífera.

Es fundamental favorecer el adecuado ejercicio de las funciones parenterales a lo largo de toda la edad evolutiva, hasta la finalización del período de la adolescencia, para ofrecer unas funciones de calidad; se realizaría así un importante trabajo de prevención en el infante de posteriores trastornos de aprendizaje, déficit, fallos estructurales, más o menos graves, y problemas afectivos que puedan condicionar seriamente sus relaciones con los otros.

Los trastornos del estado de ánimo en el puerperio acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y comportan considerables repercusiones tanto para la propia mujer, que ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, sin olvidar las consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales de las mujeres afectadas^(3, 10, 11).

Cuadro clínico de la depresión puerperal

Se conoce por puerperio el período que transcurre desde el parto, hasta que los órganos genitales y sus funciones recuperan su estado previo. Su duración es variable, según las características de la mujer y las condiciones en las que se desarrolló el parto, pero suelen atribuirse unos 40 días. Es una etapa que tiene riesgos y complicaciones frecuentes y propias, como fiebres, infecciones, flebitis, anemia, etc. Tiene también características específicas, entre las que destacan reajustes hormonales que, además de otras funciones, conllevan el establecimiento de la lactancia. Además, en este período es cuando la mujer afronta la tarea de la maternidad y la realización de las funciones maternas solicitadas por su bebé^(3, 6).

El puerperio, incluyendo naturalmente en él la crianza del bebé en los primeros meses de vida, es la tercera y última fase de un proceso único que abarca también el embarazo y el parto, y que en su conjunto constituye un período de crisis evolutiva.

Esto implica una serie de reajustes necesarios para poder ir adaptándose a los cambios y modificaciones que van teniendo lugar no sólo en la vida de la mujer y de su pareja, sino en ella misma, en el interior de su cuerpo y en lo más profundo de su psiquismo.

La complejidad de estas transformaciones y reajustes supone una mayor fragilidad no sólo física, sino también psíquica, quedando más vulnerable el terreno de la vida emocional y afectiva.

Por ello, es fácil encontrar que aún en mujeres suficientemente equilibradas psíquicamente, se produzcan en este período manifestaciones emocionales o psicopatológicas que requieran atención especial, a veces incluso por parte del especialista de salud mental^(12, 13).

Como en toda depresión, se presentan trastornos psíquicos frecuentemente recurrentes, que se manifiestan con cambios de carácter y personalidad de tipo depresivo como ansiedad, inhibición, apatía, tristeza, sensación de vacío, aislamiento personal y social, trastornos del apetito (anorexia o bulimia), del sueño (insomnio), acinesia o hipercinesia, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte o incluso intentos de suicidio, así como otros síntomas somáticos (taquicardia, taquipnea, temblor, mareo, sudoración, etc.)^(1, 3).

Entre los síntomas típicos del período puerperal destacan: desbordamiento, irritabilidad (hacia el marido, los hijos u otros miembros de la familia), fatiga, pereza, falta de concentración y confusión, pérdida de memoria, in-

capacidad para disfrutar, pérdida de libido, miedo a autolisionarse o dañar al niño/a, sobreprotección del niño o rechazo hacia el bebé, etc. ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Atendiendo a la gravedad de sus manifestaciones, se distinguen cuatro cuadros clínicos:

- a) Depresión puerperal leve o «maternity blues».
- b) Depresión puerperal menor.
- c) Depresión puerperal mayor.
- d) Psicosis puerperal.

El abandono de la mujer a sus sufrimientos y la falta de apoyo psicológico en esos momentos ocasiona indudables repercusiones sobre la capacidad de atender y ocuparse de su bebé para desarrollar sus funciones maternas. Esto, a la vez confirma sus sentimientos de incapacidad, aumentando su insatisfacción, lo que entretiene y alarga el círculo cerrado de sufrimiento en la mujer ⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

Además, hay que tener en cuenta que el trastorno en la relación madre-hijo tendrá un impacto negativo, e inversamente proporcional a la duración del episodio, en el desarrollo emocional y cognitivo global (verbal, motor, perceptual, etc.) de los hijos, incluso exacerbando los efectos de variables asociadas con menos desarrollo mental y del lenguaje del niño, como el nivel socioeconómico ^(8, 21).

Factores condicionantes

En realidad, no se conocen con certeza los desencadenantes de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio, pero se han descrito diversos factores relacionados con su presencia que pueden ser ^(3, 6, 9, 22, 23):

- a) Intrínsecos:
 - Ligados a cambios biológicos, fisiológicos y funcionales.
 - De índole psíquica (por ejemplo, hijo no deseado) y aspectos psicodinámicos (por ejemplo, tipo de personalidad de la madre y recursos de los que dispone para afrontar nuevas situaciones).
 - Antecedentes psiquiátricos previos.
 - Factores de morbilidad.
- b) Extrínsecos:
 - Ligados a vicisitudes del parto (cesárea, fórceps en parto vaginal), al estado de salud del recién nacido (prematureo) y a las característi-

cas propias del bebé (alteraciones morfofuncionales del desarrollo).

- Ligados al entorno familiar y sociocultural (por ejemplo, en los casos de gestantes primíparas, por las dificultades de adaptación a una situación no experimentada).
- Ligados al soporte social como factor protector o de vulnerabilidad para desarrollar episodios depresivos (por ejemplo, apoyo en el cuidado de los hijos que eviten repercusiones negativas en la vida laboral de la madre y, consecuentemente, en su economía).
- Sociodemográficos (por ejemplo, clase social, medio urbano o rural, estado civil, raza).

Frecuencia de presentación

Por otra parte, la incidencia de esta patología es variada según la variable con la que se relaciona, encontrando que:

- La prevalencia descrita, tanto en Chile como en otros países, oscila entre un 10 y un 20 %, siendo mayor en los niveles socioeconómicos más bajos y en madres adolescentes ⁽²⁴⁾.

- Entre mujeres de bajos ingresos económicos de Brasil, la DPP se asoció con baja paridad y tuvo una prevalencia de 12 % en el tercer mes postparto ⁽²⁴⁾.

- En un trabajo hecho en España, entre un 11,8 y 19,8 % de madres tuvieron un trastorno depresivo entre la sexta y la octava semana postparto y la DPP se relacionó significativamente con historia de depresión antes del embarazo, durante la gestación e inmediatamente después del parto; presencia de enfermedad crónica, escasa ayuda con las tareas domésticas y bajo soporte afectivo por parte de la familia ⁽²⁴⁾.

- En un estudio de casos en la Comunidad Valenciana, se observó que las mujeres que habían tenido una experiencia regular o pésima del embarazo y las que se sentían poco capaces para afrontar cambios, eran las que presentaban las puntuaciones más elevadas en depresión, encontrando porcentajes que oscilaban entre un 26,73 y 32,67 %. Así pues, se observa la influencia de la experiencia del embarazo y la capacidad para afrontar cambios como dos variables relacionadas con la depresión en estas mujeres ⁽²⁵⁾.

- Ya en el período de hospitalización por el parto son frecuentes las alteraciones en el estado de ánimo,

destacando las de tipo depresivo en diversas formas, según la gravedad e incidencia ^(4, 26).

— Algunos autores han relacionado la ausencia de lactancia materna con la aparición de depresión puerperal, mientras que otros la han relacionado con un abandono precoz de la misma.

Por otra parte, en un estudio observacional descriptivo de corte transversal en 100 mujeres puérperas, se valoró el comportamiento durante la lactancia en relación con la depresión puerperal durante la hospitalización por parto, encontrándose que la prevalencia de trastornos depresivos fue del 15,8 %. Las mujeres deprimidas presentaron una media mayor de edad y una media menor de peso de sus recién nacidos, y las mujeres solteras tuvieron mayor presencia de depresión ⁽²⁶⁾.

La decisión de la madre sobre cómo alimentar a su hijo suele tomarla durante la gestación e incluso, en la mayoría de las ocasiones, hay preferencia por la lactancia materna o artificial antes de planificar el embarazo. La lactancia materna es la que proporciona el mejor alimento para los niños y la aparición de la depresión es uno de los factores relacionados con su abandono. Asimismo, se define como primordial el impacto psicológico sobre la madre de las primeras experiencias de lactancia, así como el comportamiento y la reacción del bebé hacia su madre mientras lacta. La primera toma satisfactoria es clave y refuerza la unión psicoafectiva madre-hijo, los sentimientos hacia el bebé y la continuidad a corto y largo plazo de la lactancia ^(21, 27).

— Otros estudios han analizado las variaciones del estado de ánimo después de dar a luz respecto al que se apreciaba anteriormente, así como la posible relación existente con determinadas dimensiones de personalidad. De las 20 mujeres que integraron la muestra, 11 (55 %) presentaron un cuadro de depresión puerperal. Se observó que el 75 % de las mujeres con depresión durante el embarazo, la mantuvieron tras el parto, y el 41,66 % de las no deprimidas durante el embarazo se deprimieron después del mismo. Se obtuvo una correlación significativa entre las puntuaciones de depresión tras el alumbramiento y el neuroticismo como dimensión de personalidad. Finalmente, pudo observarse una cierta asociación entre algunas variables clínicas y de anamnesis y la presencia de depresión postparto ⁽²⁸⁾.

La mayoría de las mujeres padece la enfermedad por más de 6 meses, y si no son tratadas, en un 25 % de ellas pueden persistir los síntomas tras un año de evo-

lución. Además, a largo plazo, tienen mayor riesgo de recurrencia de estos episodios en embarazos subsecuentes, incluso más acusados.

La detección precoz de estos trastornos es difícil, lo que provoca que su incidencia esté subestimada y que la sintomatología de muchas de estas pacientes pase inadvertida, ya que en función de las expectativas sociales deben estar contentas y llenas de satisfacción tras el acontecimiento y pueden mostrarse recelosas de revelar sus sentimientos. La dificultad en el diagnóstico se debe a que el período puerperal está asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas que pueden imitar un cuadro depresivo ^(1, 29).

Escalas de detección de la depresión puerperal

Existen distintas escalas para la detección y medida de la depresión postparto, entre las que cabe citar las siguientes ^(4-6, 9, 25):

- Escala de Edimburgo para la Depresión Postparto (EPDS, de Cox, Holden y Sagovsky, 1987).
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, de Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI, de Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).
- Cuestionario GHQ de Goldberg (General Health Questionnaire).
- Escala de Depresión de Hamilton (HDS).
- Escala de Depresión de Zung-Conde.
- *The Bromley postnatal depression scale* (detecta episodios depresivos en el postparto o previos).
- *The Zerssen self-rating scale* (empleado en los primeros días tras el parto para el diagnóstico de la depresión postparto leve o *maternity blues*).
- *The Psychiatric Assessment Schedule*.

De entre las anteriores, la escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE) es un instrumento de fácil manejo y rápido de contestar, desarrollado para ayudar a los profesionales de Atención Primaria en la detección de las madres que sufren depresión postnatal. La escala EPDS se desarrolló en centros de salud de Livingston y Edimburgo, ha sido traducida a más de 10 idiomas y validada en diferentes países, entre ellos Francia, Alemania, Italia, Portugal, Suecia, Noruega, Chile, Australia, Arabia Saudita, China, Vietnam, Japón y, recientemente, en España ^(5, 29) (tabla 1).

TABLA 1. Escala de Edimburgo

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor **subraye** la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido:

En los últimos 7 días:

- | | |
|---|---|
| <p>1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tanto como siempre. • No tanto ahora. • Mucho menos ahora. • No, nada. | <p>6. Las cosas me han estado abrumando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto. • Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre. • No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien. • No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre. |
| <p>2. He disfrutado mirar hacia delante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tanto como siempre. • Menos que antes. • Mucho menos que antes. • Casi nada. | <p>7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí, la mayor parte del tiempo. • Sí, a veces. • No con mucha frecuencia. • No, nunca. |
| <p>3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí, la mayor parte del tiempo. • Sí, a veces. • No con mucha frecuencia. • No, nunca. | <p>8. Me he sentido triste o desgraciada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí, la mayor parte del tiempo. • Sí, bastante a menudo. • No con mucha frecuencia. • No, nunca. |
| <p>4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No, nunca. • Casi nunca. • Sí, a veces. • Sí, con mucha frecuencia. | <p>9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí, la mayor parte del tiempo. • Sí, bastante a menudo. • Sólo ocasionalmente. • No, nunca. |
| <p>5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí, bastante. • Sí, a veces. • No, no mucho. • No, nunca. | <p>10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí, bastante a menudo. • A veces. • Casi nunca. • Nunca. |

Consiste en una encuesta autoadministrada que se completa en pocos minutos y que consta de 10 preguntas cortas de selección múltiple, con 4 alternativas cada una, que hacen relación a cómo se han sentido las madres que han dado a luz recientemente en la última semana. Cada una de las preguntas se valora de 0 a 3 de acuerdo con la severidad creciente de los síntomas; el rango de puntuaciones va de 0 a 30 y se obtiene una puntuación global de la suma de todas ellas.

Se aconseja utilizar diferentes puntos de corte de la EPDS: el punto de corte 10/11 para identificar la población de riesgo y el 11/12 para estimar la prevalencia en estudios epidemiológicos. Un total de 12 o más puntos indicarán la posibilidad de padecer el trastorno. No obstante, la escala no detecta ansiedad, neurosis, desórdenes de personalidad o fobias de la madre, por lo que en casos dudosos puede repetirse después de dos semanas ⁽³⁰⁻³²⁾.

Factores sociolaborales en la maternidad ⁽³³⁻³⁵⁾

Aunque existen pocos datos estadísticos que relacionen la depresión puerperal con los motivos sociolaborales, compaginar y adaptarse a la vida laboral en la maternidad exige un equilibrio psíquico complejo que conlleva dificultades y estrés en función del apoyo externo recibido (padre, abuelos, demás familia, guarderías, etc.) para atender las necesidades y cuidados del hijo/a en los primeros meses de vida.

Todo ello obliga a la mujer a precisar poco a poco su identidad, tomando conciencia de sus límites, aceptando renuncias y asumiendo responsabilidades nuevas a las que no había tenido que confrontarse anteriormente. Así, en el Reino Unido, el 46,8 % de las mujeres que trabajan lo hacen a tiempo parcial, en la mayoría de los casos con objeto de compatibilizar mejor el trabajo con sus responsabilidades familiares. La extensión del trabajo flexible es esencial si se desea retener esta fuerza de trabajo, a su vez imprescindible en un mercado que sufre de una aguda falta de mano de obra en muchos sectores.

En España, sólo dos de cada 10 empresas concilian la vida laboral y personal de sus trabajadores, según un índice anual de la escuela de negocios IESE (Instituto de Estudios Sociales y Empresariales). No obstante, no existen estadísticas sobre madres discriminadas laboralmente, porque muchos casos no se denuncian y la mayoría no trasciende.

En este sentido, las guías de buenas prácticas para mejorar la situación de la mujer en el trabajo, no definden la discriminación positiva ni apoyan la introducción de medidas que fomenten específicamente la promoción de la mujer en posible detrimento de la promoción de los hombres, sino que se limitan, por el contrario, a identificar una serie de barreras cuya eliminación podría reflejarse, indirectamente, en la mejora de la situación laboral y familiar de la mujer.

En España, la *Guía de buenas prácticas de la empresa flexible*, realizada por el IESE y editada por la Comunidad de Madrid en 2004, recogía los modelos a seguir por grandes empresas (IBM, Caja Madrid, Procter & Gamble, Nestlé, Unión Fenosa), que incluyen desde guarderías en sus centros hasta el ofrecimiento por su cuenta de un quinto mes de baja maternal.

Sin embargo, en sectores feminizados (como el de manipulación o de la limpieza) o en la pequeña y mediana empresa (Pyme, que por otro lado supone el 95 % del tejido empresarial español), este tipo de medidas son prácticamente inexistentes, y además la característica de ser mujer embarazada, la enfrenta a discriminación y a múltiples barreras que dificultan la consecución de niveles óptimos de autonomía y calidad de vida: tasas mayores de desempleo (sus tasas de actividad laboral son 12 puntos menos que las de los hombres), contratación temporal (cuando no conlleva la pérdida del puesto laboral o la no renovación del contrato del puesto de trabajo), *mobbing*, salarios inferiores al de los hombres (el salario bruto anual medio es un 29 % menos que el de los hombres), porcentajes inferiores de participación social, etc.

Por último, en cuanto al papel social de la mujer y su repercusión en la maternidad, hay que considerar las diferencias históricas y culturales de la mujer respecto al hombre, la discriminación social de las tareas y la desvalorización de las «femeninas» frente a las «masculinas». Esta carga peyorativa hacia las tareas de la mujer, que en este período de la maternidad la implican particularmente, pondrían de relieve, entre otras cosas, la insatisfacción y las vivencias depresivas de la mujer en el puerperio.

Derechos en la maternidad y la paternidad ⁽³⁶⁻⁴⁰⁾

En nuestro país cabe citar la siguiente legislación al respecto:

- a) Decreto 101/1995, de 18 de abril (BOJA de 17 de

mayo de 1995), que recoge los derechos de los padres de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento, en la comunidad autónoma de Andalucía:

- Derechos de la madre durante el embarazo, parto y puerperio.
- Derechos del recién nacido hospitalizado.
- Derechos de los padres del recién nacido hospitalizado.
- Tramitación de sugerencias, quejas y reclamaciones en relación con el cumplimiento de lo previsto en el presente decreto.

b) Ley 39/1999, de 5 de noviembre (BOE de 6 de noviembre de 1999), que recoge y regula todas las modificaciones de permisos y protección a la maternidad/paternidad, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, de aplicación en el territorio nacional. Recoge información sobre:

- Permiso por maternidad/paternidad.
- Decisión de adopción.
- Cambio de puesto de trabajo.
- Reducción de la jornada laboral.
- Cuando es un parto múltiple.
- Permiso por lactancia.
- Permiso para los controles médicos.
- Excedencia para el cuidado de los hijos.

c) Real Decreto Ley 1/2000, de 14 de enero (BOE de 17 de enero de 2000), que establece unas ayudas o prestaciones económicas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en los siguientes casos:

- Prestación económica a partir del tercer hijo (familia numerosa).
- Prestación económica por parto múltiple.

La ORDEN APU/3902/2005, de 15 de diciembre (BOE nº 300 de 16/12/2005) o «Plan Concilia», establece un permiso de paternidad de 10 días de duración para los funcionarios de la Administración General del Estado (AGE); actualmente, el Gobierno Central estudia la posibilidad de incluir la medida para todos los empleados en el anteproyecto de ley de igualdad para ayudar a conciliar la vida personal, familiar y laboral.

Posteriormente, la Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en su artículo 44 reconoce el derecho a un permiso por paternidad; y el punto 6 de la disposición adicional decimonovena de dicha ley concede «por el nacimiento,

acogimiento, o adopción de un hijo, quince días a disfrutar por el padre a partir de la fecha del nacimiento, de la decisión administrativa o judicial de acogimiento o de la resolución judicial por la que se constituya la adopción». Se trata de un derecho individual y exclusivo del padre, que se reconoce tanto en los supuestos de paternidad biológica como en los de adopción y acogimiento.

RESULTADOS

Tras la realización de la búsqueda en las distintas fuentes bibliográficas, se han analizado un total de 33 artículos relacionados con el objetivo marcado, correspondiendo a 16 del CSIC, 12 de ENFISPO y 5 de Pub-Med.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN PUERPERAL. ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO

Según la bibliografía consultada, la mayoría de los autores recurren a la psicoterapia como tratamiento de primera línea y al farmacológico para aquellos cuadros de mayor severidad clínica.

En la psicoterapia, las medidas de apoyo y psicoeducacionales tienen una gran importancia en la disminución de forma significativa de la incidencia de los síntomas depresivos, lo que ha dado lugar a la creación de grupos de soporte y asociaciones dirigidas al tratamiento de estos problemas. En el *maternity blues*, dado que es un cuadro transitorio y sin consecuencias, proporciona seguridad y apoyo, junto con información sobre su posible aparición y clínica, y suele ser suficiente en la mayoría de los casos. Sin embargo, su resolución a veces puede verse comprometida y las mujeres que lo experimentan pueden tener un riesgo aumentado para desarrollar depresión puerperal.

Cuando las pacientes presentan una depresión puerperal moderada o grave requieren tratamiento psicofarmacológico; los más usados son antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). En cuanto a la administración de hormonas (progesterona o estrógenos), las evidencias disponibles sobre su eficacia son cuestionables y además no están exentas de efectos secundarios^(1, 4, 6, 41).

Se dispone de poca información sobre los riesgos de la exposición del niño a la medicación a través de la

leche materna, ya que se suele retirar la lactancia o bien se presenta la depresión con la ausencia o abandono de la lactancia, por lo que se debe valorar de forma individualizada la relación beneficio/riesgo e informar siempre a la mujer y su pareja de los datos que se conocen acerca de la lactancia y el uso de psicofármacos (4, 21, 26, 41).

Tras la realización de la búsqueda, se han encontrado evidencias científicas sobre los siguientes procedimientos de intervención fisioterapéuticos en esta patología (42-47):

a) *Educación maternal*: constituye una medida de apoyo y de educación psicológica al proporcionar un entorno donde la gestante puede compartir sus preocupaciones, ansiedades, inquietudes, expectativas, etc., además de contar con el apoyo y orientación del fisioterapeuta.

b) *Masaje infantil*: su práctica (tanto en las clases de educación maternal como posteriormente en el propio domicilio) es un método agradable y fácil que permite establecer un primer contacto entre la madre y el recién nacido para un acercamiento mutuo, pues las caricias, el contacto piel a piel, abrazos, el calor humano y la nutrición afectiva entre el niño/a y los que le rodean (mirada, sonrisas, sonidos, olor, emisiones de voz y respuestas) tienen un importante efecto positivo sobre el bebé (beneficios fisiológicos en diversos sistemas del organismo) y también en la madre con depresión puerperal, que suele tener dificultades de relación y manejo con el bebé. Esta técnica permite un mejor manejo del bebé en los cuidados diarios por parte de la madre.

c) *Masoterapia*: se emplea un *effleurage* suave para aliviar la tensión muscular, pues los efectos acumulados de la relajación (procedentes de los músculos y que se extienden a todo el cuerpo) modifican el estado físico de la madre: disminución de la frecuencia cardíaca, descenso de la presión arterial, aumento de la respiración y la circulación, estimulación del proceso digestivo, etc.

d) *Respiración*: se practica la respiración diafragmática o abdominal por sus beneficios en el aumento de la capacidad respiratoria y la relajación de todas las estructuras corporales. La secuencia que se sigue es: cerrar los ojos, relajar todo el cuerpo, inspirar profundamente, mantener el aire dentro de los pulmones y soltar el aire por la boca soplando despacio.

e) *Relajación progresiva muscular (técnica de Jacobson)*: entrena a dejar los músculos completamente

libres de tensión en unos pocos minutos durante la sesión, lo que mejora la actitud de la madre para afrontar los momentos de estrés. Se aconseja partir de una postura cómoda (decúbito supino o sedestación) e iniciar la contracción/relajación de los grupos musculares en el siguiente orden: frente, ojos, nariz, sonrisa, lengua, mandíbula, labios, cuello, cabeza, brazo, pierna, espalda, tórax, estómago y pelvis.

f) *Hidrocinestoterapia* (ejercicio físico en el agua): la relajación procedente del cansancio tras el ejercicio físico, junto con la libertad de movimiento que se experimenta dentro del agua por efectos de la flotación, favorece un estado placentero, a la vez que se trata de una actividad lúdica y recreativa.

g) *Terapias complementarias*: se recomiendan para aquellas madres en las que el tratamiento convencional goza de poca aceptación, tales como: medicina ayurvédica, acupuntura, homeopatía, medicina tradicional china, aromaterapia, suplementos alimentarios y plantas medicinales.

Por otra parte, el creciente aumento en la última década de la patología depresiva en la población adulta e infantil de forma general, y de la depresión puerperal de forma específica, justifica la formación e intervención del fisioterapeuta especialista en salud mental, que por otro lado es garantía de un sistema terapéutico acertado.

El fisioterapeuta especialista en salud mental está obligado a trabajar en adaptación permanente a la evolución del paciente y su trabajo termina cuando éste puede lograr su autonomía y el umbral de una relación de independencia.

Es requisito fundamental el respeto al otro a través de los procedimientos, pues las defensas cuidan ciertos accesos a la personalidad. Hay que dar al cuerpo la posibilidad de moverse y de descubrir, pero en estructuras preestablecidas para que toda remisión en el paciente se interprete en un tiempo de seguridad.

A veces intentamos restablecer una nueva dimensión relacional, consigo mismo y/o con los demás, pero es un error creer que una enseñanza o un ejercicio lo va a modificar todo en el paciente, pues el cuerpo sobre el que se trabaja es un conjunto en perpetua dependencia emocional en su relación consigo mismo, con el otro y con el mundo. Por tanto, no hay que experimentar con el inconsciente, ni liberar las significaciones simbólicas, pues otras significaciones podrían aparecer y acumularse en otra parte.

Entre las técnicas a utilizar por el fisioterapeuta en salud mental, destacan las siguientes:

— El análisis corporal, junto con la vivencia emocional. En el juego corporal entre el paciente y el fisioterapeuta, es importante el tacto para tranquilizar e indicar al inconsciente que está atento a cualquier mensaje neurovegetativo, motor o verbal.

— Masaje, con el que se establece un diálogo manos-cuerpo y piel-piel que adquiere el sentido de una comunicación no verbal. Se fomenta así la capacidad de diálogo y comunicación afectiva, de modo que la madre no se sienta aislada y pueda expresar verbalmente sus sensaciones y emociones sin convertirlas en otra clase de rasgos negativos como irritabilidad, falta de concentración, ansiedad, etc.

— Técnicas de estiramientos como vehículo de distensión muscular, para un trabajo de la imagen y el esquema corporal.

— Musicoterapia, por su capacidad para inducir tantos estados psicocorporales de excitación o de relajación según interese.

— Técnicas de danza, como medio para la reeducación postural.

CONCLUSIONES

A tenor de las distintas fuentes consultadas y del estudio realizado, se obtienen las siguientes conclusiones:

— Muchas madres deprimidas no son conscientes de que sufren una enfermedad y se sienten avergonzadas de tener que admitir cómo les ha afectado su reciente maternidad, precisamente en unos momentos en los que deberían sentirse alegres con el nuevo nacimiento.

— La depresión postparto se presenta con distintos valores de prevalencia según la variable con la que se relaciona; no obstante, su frecuencia se relaciona significativamente en mayor proporción con mujeres de más edad, mujeres solteras y las que han dado a luz recién nacidos con menor media de peso.

— La dificultad de diagnóstico viene motivada en parte por deficiencias del sistema sanitario, la escasa cobertura psicológica ofrecida a la mujer en el embarazo, parto y puerperio por la escasez de profesionales.

— La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

es una herramienta fácil de aplicar, bien aceptada por los profesionales de salud y por las madres, y que permite aumentar significativamente la tasa de detección de síntomas depresivos, pues la depresión puerperal, una condición seria, común y tratable, tiene repercusiones a corto y largo plazo en la salud del niño y la madre, siendo habitualmente subdiagnosticada por los profesionales de la salud.

— La depresión puerperal no sólo implica a la mujer que la sufre, sino también a toda su familia y de una forma muy especial a sus hijos. Los niños cuyas madres presentaron depresión después del parto tuvieron mayor incidencia de trastornos conductuales, déficit cognitivos y de adaptación escolar, por lo que sería importante que los profesionales sanitarios colaborasen en su diagnóstico precoz con una doble finalidad: la de actuar sobre la salud de la madre y los cuidados del recién nacido y, a más largo plazo, la de prevenir problemas escolares.

— No obstante, hay que desmentir el hecho de que las madres con depresión puerperal pueden maltratar a sus bebés. Se pueden sentir como si lo fueran a hacer y se preocupan mucho por la posibilidad de causar daño a sus hijos, aunque realmente nunca lo hacen. Con frecuencia, las mujeres que «golpean» a sus bebés presentan graves trastornos emocionales que tienen su origen en su infancia.

— En relación al mundo laboral, la mujer embarazada se enfrenta a una discriminación estructural.

— La Fisioterapia puede contribuir al tratamiento de la depresión puerperal desde diversos procedimientos:

- De forma inespecífica con: educación maternal, aplicación del masaje infantil, masoterapia, respiración, relajación progresiva muscular (técnica de Jacobson), hidrocinestoterapia y terapias complementarias.
- De forma específica, con la intervención del fisioterapeuta especialista en salud mental, mediante actuaciones como el análisis corporal, técnicas de estiramientos, musicoterapia o técnicas de danza.

— Por último, creemos que sería interesante realizar futuras investigaciones sobre protocolos fisioterapéuticos de intervención en la depresión puerperal, y su influencia sobre la salud de las madres y la de los niños, tanto en el aspecto físico como psicológico y educativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ballús, C. *Psiquiatría*. En: Ferreras P et al. *Medicina Interna II*. Barcelona: Ediciones Doyma; 1998.
2. Borrell F, Caterina M. *Problemas en salud mental*. En: Martín A, Cano JF. *Atención Primaria*. Madrid: Editorial Mosby-Doyma Libros S.A.; 1995.
3. Santos C. *Prevención de los trastornos psíquicos del puerperio y de su repercusión sobre las funciones maternas*. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil. 1993; (15-16): 21-46.
4. Carol E, Blenning M, Heather, M. *An approach to the postpartum office visit*. *American Family Physician*. 2005; 72 (12): 2491-8.
5. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Campos M. *Validación de la versión Española de la Escala de Depresión Postparto de Edinburgo*. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2002; 30 (2): 106-11.
6. Carro T, Sierra JM, Hernández MJ, Ladrón E, Antolín E. *Trastornos del estado de ánimo en el postparto*. *Medicina General*. 2000; 0 (24): 452-6.
7. Del Palacio R, Aguado JA, Moreno P. *Psicopatología puerperal: detección precoz de la depresión postparto*. *Toko Ginecología Práctica*. 1999; 58 (1): 1-6.
8. Mansilla F, García Neveo R, Botella N. *La experiencia de ser madre: un niño acaba de nacer. Calidad de vida: Revista del Área de Sanidad y Consumo*. 2002; 41: 13-17.
9. McMahon C, Barnet B, Kowalendo N, Tennant C. *Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style*. *J Affect Disord*. 2005; 84 (1): 15-24.
10. Leal C, Pedrós A, Tomás A, Aguilar C. *Influencia de la conducta, las actitudes y el estilo de crianza sobre el desarrollo del niño en madres con depresión postparto*. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2002; 30 (5): 292-300.
11. Horta E, Jarne A, Requena E. *La depresión de postparto y su relación con los acontecimientos vitales y el ajuste marital*. *Obstetricia y Ginecología Española*. 1997; 6 (34): 147-153.
12. Clemente P, Tobajas J, Morales C. *Aspectos psicossomáticos de la gestante I. Perfil de los niveles de salud mental, ansiedad y depresión durante la gestación y puerperio*. *Acta Ginecológica*. 1987; 44 (8): 363-6.
13. Díaz E, Fernández A, Morán D, Mosteiro MP, Pellico A, Villaverde S. *Depresión puerperal y percepción del parto*. *Toko Ginecología Práctica*. 2001; 60 (651): 59-64.
14. Fernández P, Ramos N, Orozco F. *Inteligencia emocional y estado depresivo durante el embarazo*. *Toko Ginecología Práctica*. 2000; 59 (642): 1-5.
15. Ferrer Guasch M. *La madre depresiva*. *Anthropologica. Revista de Etnopsicología y Etnopsiquiatría*. 1996; (20): 149-58.
16. Franco B, Bayon C, Rodríguez B, Cañas F, Santo J. *Sintomatología ansiosa y depresiva en el embarazo*. *Archivos de Neurobiología*. 1994; 57 (2): 74-8.
17. García A, García MH, Tejerino LC. *Alteraciones psiquiátricas del postparto I: tristeza o melancolía puerperal*. *Toko Ginecología Práctica*. 1997; 56 (619): 182-6.
18. García MH, García A, Tejerino LC. *Alteraciones psiquiátricas del postparto II: depresión puerperal*. *Toko Ginecología Práctica*. 1997; 56 (620): 231-40.
19. Quintanilla MA, Gómez R, Molina T. *A propósito de las psicosis puerperales*. *Comunicación Psiquiátrica*. 1999; (95-99 extra): 147-57.
20. Summers AL, Logsdon MC. *Web sites for postpartum depression: convenient, frustrating, incomplete, and misleading*. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2005; 30 (2): 88-94.
21. Mosteiro MP, Fernández A, Morán D, Pellico MA, Díaz E. *Influencia de la depresión puerperal durante la hospitalización postparto en la lactancia materna*. *Enfermería Clínica*. 2001; 11 (4): 155-9.
22. Cicera E, Belloch JV, Subiera S, Canet J, Riera M. *Depresión postparto: concepto, epidemiología y variables asociadas*. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 1988; 15 (1): 40-5.
23. Machado F, García T, Moya N, Bernabeu N, Cerdá R. *Depresión puerperal: factores relacionados*. *Atención Primaria*. 1997; 20: 161-6.
24. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Stucchi-PortoCarrero S, Campos M. *Prevalencia y factores de riesgo para la depresión en mujeres postparto*. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 1999; 27 (5): 299-303.
25. Martínez E, Toledo M, Pineda M, Monle J, Ferrero J, et al. *La depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2001; 6 (1): 37-48.
26. Mosteiro MP, Díaz E, Fernández A, Morán D, Pellico A. *Trastornos depresivos en la hospitalización por parto*. *Enfermería Científica*. 2000; 0 (220-221): 42-5.
27. Kennedy HP, Beck ChT, Driscoll JW. *Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión postparto*. *Matronas Profesión*. 2003; 13: 4-18.
28. Horta E, Jarne A, Poch J, Pérez, M. *La depresión de postparto y su relación con la personalidad como factor de riesgo*. *Informaciones Psiquiátricas*. 1933; (133): 311-8.
29. Lasheras MG, López-Rodó V, Farré JM. *Estudio de detección de malestar psíquico en el embarazo*. *Cuadernos de Medicina Psicossomática y Psiquiatría de Enlace*. 2000; (54): 34-8.
30. Ascaso C, García LI, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, et al. *Prevalencia de la depresión postparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión postparto de Edinburgo*. *Medicina Clínica*. 2003; 120 (9): 326-9.
31. Sebastián E, Mas N, Martín M, Raja MI, Izquierdo MJ, Valles N, et al. *Depresión postparto en el Área de Salud de Toledo*. *Atención Primaria*. 1999; 24 (4): 215-9.
32. Sierra JM, Carro T, Ladrón E. *Variables asociadas al riesgo de depresión postparto: Edinburgo Postnatal De-*

- pression Scale. Atención primaria. 2002; 30 (2): 103-11.
33. Artículo «Madres trabajadoras, heroínas cotidianas». El País Semanal. 2005; 1490: 94-8.
 34. www.mtas.es/consejerias/ReinoUnido/publicaciones/practicas
 35. www.medicinafamiliar.puc.cl
 36. Decreto 101/1995, de 18 de abril (BOJA n.º 94 de 17 de mayo de 1995).
 37. Ley 39/1999, de 5 de noviembre (BOE n.º 266 de 6 de noviembre de 1999).
 38. Real Decreto Ley 1/2000, de 14 de enero (BOE n.º 14 de 17 de enero de 2000).
 39. ORDEN APU/3902/2005, de 15 de diciembre (BOE n.º 300 de 16/12/2005).
 40. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (BOE n.º 71 de 23/03/2007).
 41. Usall J. Uso de estrógenos en el tratamiento de desórdenes mentales. Actas Españolas de Psiquiatría. 2003; 31 (4): 199-204.
 42. Glover V, Onozawa K, Hodgkinson A. Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression. Semin Neonatol 2000; 7 (6): 495-500.
 43. Seguranyes G. Depresión postparto: ¿hacemos todo lo que podemos? Matronas Profesión. 2003; 13: 3.
 44. Tricas JM. Avances en Fisioterapia I. Fundación Empresa Universidad de Zaragoza; 1999.
 45. Xhardez Y. Vademécum de Kinesioterapia y de Reeducción Funcional. Buenos Aires: El Ateneo; 1988.
 46. Zauner A. Fisioterapia Actual. Barcelona: Editorial Médica JIMS; 1980.
 47. Cassar M. Manual de masaje terapéutico. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2001.