

LACTANCIA DESPUES DE CESAREA

DEPRESIÓN POSTPARTO

PSICOSIS PUERPERAL

LACTANCIA DESPUÉS DE LA CESÁREA

Dra. Ibone Olza Fernández
Psiquiatra Infanto-juvenil
Hospital de Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid

El nacimiento de un hijo es uno de los acontecimientos vitales más significativos y de mayor impacto en la vida de la mujer. Casi ninguna mujer imagina que no podrá parir a su bebé, que su hijo querido tendrá que venir al mundo en un quirófano y que pasará sus primeros minutos u horas en manos de desconocidos mientras un cirujano cose el vientre de su madre... Lamentablemente asistimos a una epidemia de cesáreas, en su mayoría “inne-cesáreas” como ha denunciado la Organización Mundial de la Salud, que señala que en ningún país se debería superar el 10-15% de nacimientos por cesárea, mientras en nuestro país se roza el 25%, es decir, uno de cada cuatro niños viene al mundo por cesárea.

La lactancia materna es el alimento perfecto para los bebés. Su **composición** es inigualable, la leche materna es un alimento “vivo” y que cambia en función de lo que el bebé necesite, se sabe incluso que las madres que han tenido un bebé prematuro producen una leche especial para prematuros. La composición de la leche va cambiando a lo largo de cada toma (al principio tiene más agua y al final más grasa) y conforme crece el bebé. También se sabe que a través de la leche la madre pasa sus defensas al bebé, por eso los bebés amamantados están muy bien protegidos frente a las enfermedades infecciosas (diarreas, gripes, otitis, meningitis, etc.). Además de calorías, defensas, y vitaminas la leche tiene unas sustancias de valor incalculable: los ácidos grasos que favorecen enormemente el desarrollo cerebral. Probablemente la leche materna tenga otra cantidad de sustancias maravillosas que se irán descubriendo en los años venideros. Por el contrario, la lactancia artificial incrementa el riesgo de que el bebé padezca numerosas enfermedades (diarreas, infecciones respiratorias, otitis,

bacteriemias, meningitis, botulismo, infecciones urinarias y enterocolitis necrotizante, síndrome de muerte súbita del lactante, diabetes tipo I, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, linfomas, enfermedades alérgicas y otros trastornos ¹⁾). La lactancia materna tiene muchas ventajas para la salud de la madre: disminuye la hemorragia posparto, favorece la pérdida del peso, una mejor remineralización ósea en el posparto, y disminuye el riesgo del cáncer de ovario y de mama.

Estamos bastante acostumbrados a oír toda esa retahíla de efectos positivos de la lactancia. Sin embargo tal vez el motivo más importante para recomendar la lactancia es que favorece el vínculo, que es algo tan sencillo como decir que favorece que el bebé crezca sintiéndose muy querido y siendo muy feliz, lo que a la larga hará que sea un niño con una buena autoestima y confianza en sí mismo. Desde luego que esto también se puede conseguir sin lactancia materna, pero la lactancia materna lo facilita muchísimo.

Para las madres que han tenido una cesárea la lactancia tiene ventajas adicionales como son:

- el útero recupera antes su tamaño normal (la cesárea hace que el útero tarde más en recuperar el tamaño normal que si el parto hubiera sido vaginal ²⁾),
- favorece la pérdida de peso, lo cual es aún más beneficioso si la madre tiene limitada su movilidad y actividad física durante las primeras semanas como consecuencia de la cesárea,
- la protección para el bebé de numerosas infecciones puede ser especialmente importante para los niños que nacen por cesárea tras un parto largo con rotura de bolsa o que permanecen ingresados en el hospital, donde el riesgo de infecciones es mayor.

Pero sobre todo el éxito en la lactancia permite a muchas madres recuperar la confianza en su cuerpo y la autoestima que se vio quebrantada por la cesárea ⁽³⁾. Al favorecer el vínculo, la lactancia puede ser un instrumento de sanación de la herida emocional producida por el parto traumático, tanto para la madre como para el niño. Como cuenta una madre que tuvo a su hija por cesárea urgente y traumática: “dar de mamar durante casi nueve meses a mi hija ha sido mi mayor satisfacción, nuestra manera de superar el parto que no fue, me he sentido poderosa y segura, como si fuera

la demostración de que mi cuerpo funciona...Las primeras semanas era lo que más me consolaba, me había perdido el parto pero nadie nos podría robar la lactancia, me sentía orgullosa de haberlo logrado a pesar del inicio tan dificultoso”.

A pesar de estos beneficios los obstáculos son importantes. De hecho son numerosos los estudios que demuestran que las madres que tienen una cesárea dan menos el pecho que las que dan a luz vaginalmente. Los motivos son múltiples, desde el retraso en la primera toma y las dificultades derivadas de algunas rutinas hospitalarias hasta la falla en la confianza de la mujer tras la cesárea.

DIFICULTADES PARA AMAMANTAR DESPUÉS DE LA CESÁREA

Un estudio ⁽⁴⁾ señaló que las madre que daban a luz por cesárea urgente presentaban niveles más bajos de oxitocina y prolactina, las hormonas de la lactancia, en las primeras 48 horas del posparto. Otros autores también han concluido que las madres que dan a luz por cesárea presentan un riesgo tres veces mayor de abandonar la lactancia en el primer mes ⁽⁵⁾. Sin embargo las diferencias en la duración de la lactancia entre las madres que han dado a luz vaginalmente y las que lo han hecho por cesárea desaparecen después del primer mes ⁽⁶⁾. Por lo tanto resulta evidente que después de una cesárea las madres necesitan un apoyo especial e individualizado y un seguimiento estrecho en el inicio de la lactancia ⁽⁷⁾.

La mayoría de las dificultades que encuentran muchas madres para amamantar tras la cesárea no son debidas a la intervención sino a toda una serie de creencias erróneas y/o prácticas inadecuadas en el hospital que a menudo motivan que la lactancia termine antes de lo que la madre deseaba.

El retraso en la subida de la leche tras la cesárea es un ejemplo de ambas cosas. Como hemos comentado el retraso en la primera toma es un obstáculo significativo para el inicio de la lactancia. Casi todos los estudios sobre el efecto de la cesárea en el inicio de la lactancia asumen o concluyen que la subida de la leche tarda más en las madres que han parido por cesárea. Sin embargo, la causa del retraso es difícil de precisar, ¿es debido a la cesárea en si misma o al retraso en el inicio de la lactancia, los fármacos o a la tendencia a dar más biberones o chupetes? Lo que está claro es que en la mayoría de

hospitales los niños nacidos por cesárea tardan más en realizar la primera toma, reciben más biberones en los primeros cuatro días y hacen menos tomas nocturnas (8).

Si la cesárea ha sido programada, sin que haya habido un trabajo de parto previo, aún se dificulta más la lactancia porque ni siquiera se ha dado tiempo a que las hormonas del parto y lactancia empezaran a producirse.

En realidad la lactancia se puede iniciar en la primera hora de vida del bebé incluso si éste ha nacido por cesárea. El paso de fármacos al bebé es mucho menor que la exposición que ha tenido en el útero durante la cesárea y los beneficios superan con creces a los posibles impedimentos. No existe ningún motivo médico que justifique el que a los bebés se les mantenga en observación sin sus padres durante las primeras 24 horas siguientes a la cesárea, como se realiza rutinariamente en algunos hospitales españoles. La observación clínica se puede realizar mientras el bebé está en brazos de su madre, o de su padre si la situación clínica de la madre es inestable.

De hecho incluso si el bebé está enfermo o es prematuro y tiene que estar ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal sus padres tienen todo el derecho del mundo a permanecer junto a él. Hace ya años que se ha demostrado que el método canguero es la mejor manera de tratar a los recién nacidos, sean prematuros o no, que por un motivo u otro necesitan estar ingresados. Los excelentes resultados de los bebés prematuros que han sido tratados de esta manera han demostrado que el método canguero favorece la recuperación física del bebé, la ganancia de peso y es también la mejor manera de fortalecer el vínculo madre-hijo desde muy pronto así como de mejorar el pronóstico incluso cuando existe una evidente gravedad física. La Organización Mundial de la Salud recomienda que se aplique este método a todos los recién nacidos prematuros. Así que tener a los recién nacidos por cesárea, sean prematuros o no, separados de sus madres no se sostiene bajo ningún argumento médico (salvo que la madre se encuentre gravemente enferma o no quiera estar con su bebé). La primera recomendación para amamantar tras una cesárea es pues sencilla: no separar a madre y bebé bajo ningún argumento.

Al retraso en la primera toma se suele añadir otro problema, y es que para cuando el bebé por fin se reencuentra con su madre ya le han solido dar unos cuantos biberones, generalmente de suero glucosado o de leche artificial, y probablemente también le han puesto un chupete. La administración de suplementos a los recién nacidos tiene efectos desastrosos sobre la lactancia (9) A los bebés nacidos por cesárea a

menudo se les ofrece el biberón en las primeras horas de vida para que la madre descansa. Esta supuesta ayuda produce dos efectos muy negativos. Por un lado el que el bebé no tome el pecho hace que la subida de leche sea más tardía y la producción menor. Pero además el movimiento necesario para succionar la tetina es muy diferente del necesario para tomar el pecho. Así se entiende que el bebé que toma el biberón, sea de leche o de suero glucosado, en los primeros días de vida, va tener muchas probabilidades de sufrir la llamada “confusión del pezón”: cuando le ponen al pecho lo rechaza o llora a pesar de que tiene hambre.

El cansancio, la fatiga y el estrés vivido por la madre pueden por sí solos inhibir la producción de la hormona prolactina. Este efecto suele verse acrecentado por las normas del hospital que a menudo impiden que la madre que ha tenido una cesárea descansa efectivamente: ¡todavía hay muchos hospitales donde se despierta a todas las madres a las 7 de la mañana para ponerles un termómetro! A esto se añade la creencia de que “la cesárea debilita tanto que la leche no alimenta al bebé”. A menudo se achaca a la debilidad materna secundaria a la cesárea el llanto del bebé, es decir, se interpreta que si el bebé llora mucho a pesar de tomar el pecho será porque la leche no le alimenta. (Pero lo cierto es que casi todos los bebés suelen mostrarse más nerviosos e inquietos el tercer día de vida, justo antes de que aparezca la crecida de leche). Sin embargo la composición de la leche materna no cambia ni siquiera en los casos de madres desnutridas. Incluso si la madre ha perdido mucha sangre en la cirugía su leche seguirá siendo el alimento de mayor calidad para su bebé. (Paradojas de la vida, a veces la madre está hambrienta y sin embargo en el hospital no se le permite comer nada en 24 horas, y luego se le da una dieta muy ligera. Un estudio señaló que las madres que comen sólido 4-8 horas después de la cesárea se recuperan mejor).

Otro de las nociones que entorpece bastante la lactancia tras la cesárea es la de que “para que la madre descansa y se recupere antes es preferible que dé el biberón”. Preparar biberones en medio de la noche suele ser bastante más agotador que amamantar en la cama y como ya hemos comentado la lactancia favorece el que la madre se recupere antes de la cesárea.

El encontrar una buena postura para amamantar tras la cesárea puede no ser sencillo. Muchas madres encuentran que la mejor postura en estos casos es tumbadas, esto también favorece el que echen pequeñas siestas cada vez que el bebé se duerme al pecho, lo que acelera bastante la recuperación materna. Otras madres se beneficiaron de

los cojines especiales para la lactancia, que permiten tener al bebé bien colocado en el pecho sin que se apoye en el vientre de la madre, lo que evita el dolor.

Los bebés nacidos por cesárea pueden tener dificultades propias de su nacimiento. Algunos pasan las primeras semanas muy adormilados, casi siempre por haber nacido dos o tres semanas antes de tiempo. Otros lloran desconsoladamente. Una madre nos decía “a pesar de mamar a demanda y de estar siempre con él, por las tardes llora desconsoladamente de una forma desgarradora. A veces está las 24 horas mamando, una cosa es mamar a demanda y otra no mamar 10 minutos cada tres horas. Es agotador...” Efectivamente, es agotador y muy duro ver llorar a un niño cuándo se está haciendo todo lo posible por su bienestar. A veces no sabemos porqué lloran, aparentemente todo está bien. Lo cierto es que algunos niños han sufrido mucho en el parto, en la cesárea o en las primeras horas de vida. Llevan el susto metido en el cuerpo, por decirlo de alguna manera, para ellos la experiencia ha sido dura. Así que necesitan llorar, y aunque su madre les ofrezca el pecho y un abrazo a veces van a seguir llorando un ratito. Si encima pasaron las primeras horas o días de vida separados de sus padres puede ser que algunas cosas se lo recuerden. Por ejemplo al ser desnudados para recibir un baño o cambiarles el pañal, algunos niños lloran cómo si estuviesen en la UCI y fuesen a recibir otro pinchazo. Otros durante semanas suelen llorar a la misma hora en que vinieron al mundo. Resulta obvio, pero hay que recordar que los bebés se enteran de todo, sufren y se emocionan exactamente igual que todos los humanos, y si un bebé ha tenido un parto traumático puede recordarlo o tener pesadillas con el mismo. Lo importante es entender que incluso si no sabemos muy bien qué es lo que les pasa siempre podemos ofrecerles el pecho como consuelo o simplemente tenerlos en brazos y cantarles o acariciarles. Algunos niños nacidos por cesárea tienen dolor en el cuello o en la cabeza por un malposicionamiento en el parto.

*La cesárea tiene muy poco que ver con el momento glorioso que muchas madres soñaban y no es de extrañar que **las reacciones psicológicas** que puede producir sean intensas y muy complejas. Sin embargo los profesionales sanitarios a menudo desconocen el sufrimiento emocional que muchas madres atraviesan tras la cesárea. Por el contrario prevalece el imperativo de que la madre debe de estar feliz porque tiene “un bebé sano” o agradecida por la cesárea. Pero lo uno no quita lo otro: se puede estar muy feliz por la llegada al mundo de un hijo y a la vez muy triste por la pérdida del parto soñado o de las primeras horas junto al bebé. Todos los sentimientos son válidos, por muy contradictorios que parezcan: permitirlos, aceptarlos y*

escucharlos suele ser el primer paso en la recuperación. Porque la cesárea es ante todo un sacrificio y un acto de amor: cuando una madre acepta ser seccionada casi siempre lo hace desde el convencimiento de que eso es lo mejor para su hijo. Entender el dolor que a veces produce la cesárea permite aceptar que no se es menos mujer ni peor madre por no haber parido, y que lamentar la pérdida del parto soñado también es una manera de mostrar a los demás que precisamente porque la madre ama al recién nacido siente tristeza de que este no encontrara al nacer una madre intacta y jubilosa, o que tuviera que pasar sus primeras horas de vida sin nadie de su familia a su lado.

Para algunas madres la cesárea no supone ningún trauma aparente, otras pueden tener sentimientos de pérdida y o fracaso. ¿Por qué son tan variables las reacciones ante un mismo suceso? Toda una serie de factores pueden inclinar la balanza en uno u otro sentido.

En primer lugar los factores obstétricos, es decir, los motivos que decidieron la cesárea y el como se desarrolló la intervención. En las cesáreas urgentes el miedo por la vida del bebé o la propia vida puede ser una situación tan estresante como para desencadenar un verdadero ***síndrome de estrés postraumático***, una reacción psicológica que inicialmente sólo se consideraba en personas expuestas a guerras o situaciones de gran violencia y que hoy se sabe que puede producirse igualmente después de situaciones estresantes en el parto ^(10, 11, 12)

Por contra las cesáreas programadas pueden permitir que la mujer se prepare mejor psicológicamente para la intervención. Sin embargo este aspecto por sí sólo no justifica el programar la cesárea sin que haya trabajo de parto previo, ya que casi siempre se puede esperar a que se inicie el parto de manera espontánea y entonces realizar la intervención, así la mujer ha podido prepararse para la cesárea y también evitar entre otros el riesgo de que el bebé tenga problemas respiratorios, cosa frecuente en las cesáreas programadas. Además así el bebé al menos ha podido elegir su fecha de nacimiento.

El nacimiento, incluso si acontece en un quirófano, debería ser siempre tratado con el máximo respeto por parte de los profesionales: la madre y el niño son los verdaderos protagonistas. Si la mujer se ha sentido partícipe de la decisión, si ha sido bien informada, si ha percibido la cesárea como imprescindible es más probable que la asimile bien ⁽¹³⁾. Por el contrario, si se ha sentido maltratada verbalmente, si no ha sido

acompañada y si la indicación de la cesárea ha sido dudosa o claramente innecesaria el malestar psicológico probablemente será significativo o incluso creciente conforme pase el tiempo. Para muchas madres el momento más doloroso llega meses o años después de la cesárea, cuando descubren que esta se podía haber evitado o que el motivo que se les dió en su momento era dudoso o incluso falso.

Los aspectos socioculturales pueden favorecer la satisfacción de la mujer con el procedimiento, como es el caso de aquellos círculos sociales donde la cesárea se percibe como un privilegio de las clases altas (fenómeno descrito en algunas sociedades latinoamericanas, como Brasil o México) o por el contrario pueden incrementar su aislamiento y sufrimiento interno si la familia o los amigos no entienden la decepción de la madre con el nacimiento ⁽¹⁴⁾.

CARACTERISTICAS DE LA REACCION PSICOLOGICA

Varios investigadores han estudiado las reacciones psicológicas presentes entre algunas mujeres que han dado a luz por cesárea. La más generalizada es la sensación de pérdida, es decir, el duelo por no haber tenido el parto soñado ⁽¹⁵⁾. Esto se puede expresar en términos de decepción “nunca imaginé que no podría parir a mi hija” o de tristeza intensa por no haber estado presente en el nacimiento: “cuando pienso en mi hijo en brazos de desconocidos nada más nacer, mientras yo estaba casi dormida por la anestesia, siento mucha pena”, “aunque me lo enseñaron al nacer yo no lo recuerdo, me da rabia tener que imaginarme lo que otras mujeres recuerdan toda su vida” ⁽¹⁶⁾.

Las madres pueden recordar hasta el más mínimo detalle de sus partos incluso cuando ya han transcurrido treinta o cuarenta años y su memoria empieza a perderse. Para garantizar el vínculo entre una madre y su hijo las hormonas del parto actúan sobre el cerebro preparándolo para que las primeras imágenes del recién nacido queden grabadas firmemente y de por vida en la memoria de la madre. Pero cuando el parto no va bien lo que queda grabado puede ser el susto de muerte, como si de una pesadilla se tratara. Por eso el parto puede llegar a desencadenar un síndrome de estrés postraumático (SEPT).

La psicóloga Cheryl Beck analizó los relatos de mujeres que presentaban síndrome de estrés postraumático relacionado con el parto ⁽¹⁷⁾. Encontró que las madres que lo padecen:

1. Continuamente recuerdan y reviven el parto mediante flashbacks y pesadillas, durante semanas o meses.
2. Se sienten desconectadas o extrañadas ante sus bebés y ausentes de la realidad, como si no estuvieran allí o no fueran las mismas.
3. El trauma vivido hace que necesiten entender y hablar continuamente de lo que les sucedió y que busquen información médica sobre sus partos de manera obsesiva (“obsesión y monotema”)
4. Se sienten enfadadas con los profesionales, con sus familiares y consigo mismas. Presentan síntomas de ansiedad y depresión. El SEPT dificulta la relación de las madres con los profesionales sanitarios.
5. Su experiencia de la maternidad se ve muy afectada. A menudo se sienten distanciadas de sus hijos. Tienen muchas dificultades para relacionarse con otras madres, no pueden evitar comparar su parto con el de las otras. El síndrome puede producir un rechazo a la sexualidad, a tener más hijos, o hacer que la madre pida una cesárea programada en el siguiente embarazo.

La relación madre hijo tras la cesárea puede ser difícil, sobre todo en los primeros días. El primer efecto de la cesárea en la mayoría de las situaciones es un retraso significativo en el primer contacto madre-hijo. En muchos casos esto se puede demorar medio o un día, en algunos hospitales españoles todavía se tiene a los niños nacidos por cesárea 24 horas en observación sin su madre. Esta separación es muy grave y casi siempre innecesaria: supone un obstáculo importante para el establecimiento del vínculo. En la mayoría de las cesáreas se debería permitir que madre e hijo permanecieran juntos desde el primer momento, junto con algún familiar, ya que esto facilita mucho la recuperación de los dos. Si todo ha ido bien se puede iniciar la lactancia en la hora siguiente a la cesárea.

También son frecuentes las dificultades para conectar con el bebé, algunas mujeres expresan abiertamente “siento que no la he parido yo, realmente no es mía, intelectualmente sé que es mi hija, pero es como si mi cuerpo no la reconociera”. Esta reacción parece ser más frecuente en las cesáreas programadas, donde al no haber un trabajo de parto previo tampoco se ha producido el efecto de las hormonas oxitocina y prolactina a nivel cerebral que facilitan el vínculo y las conductas de maternaje. Por lo

tanto parece recomendable que incluso cuando se prevé una cesárea se espere a realizarla una vez que se ha iniciado el parto o cuando menos los pródromos.

Algunas mujeres sienten inmediatamente un intenso vínculo con sus hijos a pesar de la cesárea, otras sin embargo confiesan “ni siquiera estaba contenta de tenerla conmigo, después de tantos meses soñando con verla estaba aquí y no sentía nada, era como si todo aquello no estuviera ocurriendo en realidad”. A esto se suelen añadir los problemas de identidad como madre e incluso como mujer: “no sé que clase de madre soy si ni siquiera he podido parir a mis dos hijos”, los sentimientos de culpa “siento que la culpa fue mía por no haber aguantado el dolor y haber pedido la anestesia” o el pensar que se ha decepcionado a la pareja “siento como si hubiera fallado a mi marido, mi cuerpo me falló en un momento crucial”.

Algunas mujeres refieren sentirse mutiladas. Hay mujeres que confiesan que no pueden mirar la cicatriz y evitan su visión incluso en el baño “mi cicatriz es un recuerdo permanente de lo que sucedió”. También hay mujeres que refieren muchas dificultades para volver a tener relaciones satisfactorias tras la cesárea.

El enfado o la rabia con los profesionales también suele ser común, sobre todo si la mujer percibe la cirugía como innecesaria: “me siento engañada, furiosa, llena de rabia”; “lo que tenía que ser el mejor día de mi vida fue uno de los peores”; “difícilmente podré confiar en los médicos otra vez”.

En cualquier caso, la vivencia de la **cesárea es un proceso cambiante a lo largo del tiempo** y que va estar muy influido por el apoyo y el soporte emocional que la mujer encuentre en su entorno inmediato, así como por la duración de la lactancia y el estado de salud del bebé.

La cesárea también afecta a la **relación de pareja**. A pesar de sentirse aliviados o contentos por tener un hijo sano, los padres también suelen experimentar sentimientos de incompetencia, aislamiento, tristeza, miedo, estrés, rabia, preocupación, nerviosismo, decepción y sensación de fracaso por no haber cumplido con el papel que se esperaba de ellos como soporte activo en el parto ⁽¹⁸⁾. Estos sentimientos se intensifican si el padre no ha podido estar con su mujer mientras le hacían la cesárea. En realidad una manera sencilla de minimizar el sufrimiento emocional de la cesárea es permitir la presencia del

padre u otro acompañante elegido por la madre durante la intervención, práctica que ya es habitual en otros países europeos.

Además la cesárea va a condicionar el futuro reproductivo de la mujer, no tanto por motivos físicos, sino que los aspectos psicológicos motivan que muchas madres decidan no tener más hijos o distanciarlos mucho más de lo que previamente habían planeado

Los siguientes embarazos van a estar marcados en muchos casos por el miedo a que se repita la situación anterior. La cicatriz uterina estará siempre presente, el útero ha dejado de ser un sitio intacto y seguro, como dicen algunas mujeres “mi médico dice que se me puede romper el útero”. Este miedo a la rotura uterina se convierte en un tema recurrente a lo largo del siguiente embarazo. Sin embargo numerosos trabajos han señalado que el parto vaginal después de cesárea es la opción más segura en la mayoría de los casos, incluso después de dos o tres cesáreas. El parto vaginal después de cesárea suele ser una experiencia muy reparadora en la mayoría de los casos de mujeres que se sintieron traumatizadas por la cesárea.

CÓMO FACILITAR LA LACTANCIA TRAS LA CESAREA

Evitar la separación madre bebé tras la cesárea o minimizarla, y reforzar la autoestima y confianza maternas mediante mensajes positivos son la manera de ayudar a las madres a establecer la lactancia tras la cesárea. Prácticamente siempre la lactancia se puede iniciar en el quirófano.

Casi todos los problemas con la lactancia se solucionan de manera similar: metiéndose madre y bebé semidesnudos en la cama, poniendo al bebe sobre el pecho de la madre, recomenzando, armándose de paciencia y cariño, posponiendo todo lo demás, ofreciendo el pecho verdaderamente a demanda. La manera de aumentar la producción de leche es simple: tener al bebé más tiempo al pecho. Si a pesar de todo sigue habiendo un problema es necesario que un buen profesional lo diagnostique y ofrezca una solución que permita continuar con el pecho, siempre animando y reconociendo el valor y mérito que tiene la madre en esa circunstancia.

Algunas mujeres, además de sentirse culpables por haber tenido una cesárea en vez de un parto vaginal, se sienten fracasadas por no haber conseguido amamantar a su

bebé. En la mayoría de los casos el abandono de la lactancia ha sido debido a una serie de consejos erróneos y a una falta de apoyo por parte del entorno familiar y sanitario. Por eso es importante celebrar los logros, incluso si estos parecen pequeños. Si una madre logró amamantar a su bebé durante 15 días, eso ya tiene mérito. A veces los inicios de la lactancia son tan difíciles que se convierte en una situación de muchísimo agobio y angustia, un martirio real.

Los profesionales podemos ayudar a las madres a hacer las paces consigo misma y reconocer que las decisiones se tomaron pensando que eran lo mejor con la información de la que se disponía. También hay maneras de compensar la pérdida de la lactancia: el estilo de crianza natural y respetuosa con el vínculo, abrazar al bebé todo lo que se pueda, llevarlo en brazos siempre que sea posible, que pase la mayor parte del tiempo con su madre o padre, consolar su llanto en cuanto este aparezca y no dejarle nunca llorar sin atenderle, dormir con él, darle masajes...

Entender por qué no funcionó la lactancia también es la mejor manera de amamantar con éxito la siguiente vez. Incluso hay estudios que señalan que las madres tienen más leche con el segundo hijo que con el primero. Si al primero no se le pudo dar de mamar en el segundo y con la información adecuada será mucho más sencillo. Algunas madres temen esta discriminación positiva, piensan que si con el primero no pudo ser será negativo para el hermano o hermana mayor presenciar la lactancia del segundo, o para no sentirse culpables de haber dado a uno más que a otro deciden renunciar a la lactancia materna con el segundo hijo. Sin embargo hay mucho que ganar en esta situación, el mayor se beneficia al ver a su madre amamantar al pequeño, sobre todo si se le hace partícipe y se le permite compartir esos momentos de intimidad con su madre y el hermano. ¡Aunque se consiga amamantar al segundo hijo más tiempo que al primero, nunca tendrá el tiempo de atención exclusiva que tuvo el mayor!

Hablar de todos los sentimientos que rodean una cesárea o un parto traumático facilita el ir curando la herida emocional. Pero es importante elegir el interlocutor adecuado: es más fácil que otras madres que han pasado por experiencias similares puedan entender y ayudar a la madre que necesita ayuda. Los grupos de apoyo a la lactancia y a la crianza natural son espacios muy cálidos donde las madres pueden contar sus partos y sentirse escuchadas y comprendidas.

La recuperación emocional suele ser larga y laboriosa, y en algunos casos es preciso recurrir a la ayuda profesional, especialmente si hay un síndrome de estrés postraumático o una depresión posparto. Incluso si es recomendable iniciar tratamiento farmacológico, hay que recordar la mayoría de los psicofármacos son perfectamente compatibles con la lactancia materna. ⁽¹⁹⁾. Cualquier planteamiento terapéutico debería iniciarse con un reconocimiento explícito a la madre por amamantar con éxito en una sociedad donde es tan pequeño el porcentaje de bebés amamantados de forma exclusiva. Este reconocimiento inicia el apoyo a la autoestima materna. La relación terapéutica por lo tanto debería basarse en el apoyo y refuerzo del vínculo materno filial y de la lactancia, no al contrario.

RECUADRO: Para conseguir amamantar tras una cesárea (extraído del libro “¿Nacer por cesárea?” ⁽²⁰⁾:

Si la cesárea es necesaria, procurar utilizar anestesia regional (epidural o intradural) en vez de general.

Pon el bebé al pecho lo antes posible en cuanto nazca, mejor si es antes de que haya pasado el efecto de la anestesia.

Toma todos los calmantes que necesites para aliviar los dolores, la mayoría son perfectamente compatibles con la lactancia y no dañarán al bebé.

Intenta un parto vaginal después de cesárea siempre que sea posible, las hormonas del parto favorecerán que la lactancia se inicie de manera óptima

Amamanta a demanda y no limites el tiempo que el bebe permanece al pecho.

Tranquilidad, limitar visitas de familiares, duerme todo lo que puedas.

Pide ayuda a expertas en lactancia o a madres de grupos de apoyo para asegurar que la postura es correcta.

Evita utilizar pezoneras y biberones todo lo posible; en la mayoría de los casos se convierten en obstáculos para la lactancia en vez de ayuda. Tampoco es aconsejable el uso del chupete en las primeras semanas.

Con frecuencia al tercer día de nacer los bebés se muestran inquietos y muy llorosos, parece como si no sacasen nada del pecho, ¡esto es normal! Son momentos de suspense que horas después se aclaran cuando hay leche a borbotones.

Dar de mamar tumbada o incluso la postura del balón de rugby suele ser lo más cómodo después de la cesárea. El uso de una almohada sobre tu vientre para apoyar el bebé te ayudará en la lactancia en posición sentada.

Pide que te dejen al bebé contigo permanentemente para asegurar el éxito en la lactancia. Además de eso que se quede contigo un familiar que te pueda ayudar a ponértelo al pecho y a retirarlo si está dormido.

Duerme con el bebé o cerca de él.

Asegúrate de comer bien y tomar abundantes líquidos

Las candidas (hongos) son un problema frecuente tras la toma de antibióticos. En algunos hospitales no dan siempre antibióticos tras las cesáreas, solo si el caso lo hace necesario. A veces el único síntoma de las candidas del pezón es un dolor punzante al inicio de la toma. Si sospechas que tienes candidas consulta a tu matrona.

ENLACES RECOMENDADOS:

Foro apoyocesareas: www.elistas.net/lista/apoyocesareas

BIBLIOGRAFIA

1. American Academy of Pediatrics. Work group on breastfeeding. "Breastfeeding and the use of human milk" *Pediatrics* Vol 100 no 6 dec 1997 1035-1039
2. Negishi, H et al. Changes in Uterine Size After Vaginal Delivery and Cesarean Section Determined by Vaginal Sonography in the Puerperium. *Arch Gynecol Obstet.* November 1999. 263(1-2):13-16.
3. Laufer, AB. Breastfeeding. Toward Resolution of the Unsatisfying Birth Experience. *Journal of Nurse-Midwifery.* January 1990. 35(1):42-45.
4. Nissen, E et al. Different Patterns of Oxytocin, Prolactin But Not Cortisol Release During Breastfeeding in Women Delivered By Cesarean Section or by the Vaginal Route. *Early Hum Dev.* July 1996. 45(-2):103-18.
5. Weiderpass, E et al. Incidence and Duration of Breast-Feeding by Type of Delivery: A Longitudinal Study in Southeastern of Brazil. *Rev Saude Publica.* June 1998. 32(3):225-31.
6. Sozmen, M. Effects of Early Suckling of Cesarean-Born Babies on Lactation. *Biol Neonate.* 1992. 62(1):67-8.

7. Perez-Escamilla, R et al. The Association Between Cesarean Delivery and Breast-Feeding Outcomes among Mexican Women. *Am J Public Health*. June 1996. 86(6):832-836.
8. Vestermark, V et al. "Influence of the Mode of Delivery on Initiation of Breastfeeding". *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. January 1991. 38(1):33-8.
9. Newman, J. Breastfeeding and Problems Associated with Early Introduction of Bottles and Pacifiers. *J Hum Lact*. 1990. 6(2):59-63.
10. Fisher J, Astbury, J., Smith A: "Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study". *Aust N Zeal J of Psych* 1997, 31:728-738.
11. Lyon S. "Posttraumatic stress disorder following childbirth: causes, prevention and treatment". IN Clement S (ed) *Psychological perspectives on pregnancy and childbirth* pp 123-143. Edinburgh; Churchill, 1998.
12. Ryding EL, Wijma B, Wijma K. "Posttraumatic stress reactions after emergency caesarean" *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1997; 76; 856-861.
13. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. "Factors related to childbirth satisfaction". *J Adv Nurs*. 2004 Apr;46(2):212-9.
14. Nuttall C. The cesarean culture of Brazil. *British Medical Journal*. 2000, 320, 1072.
15. Clement S. "Psychological aspects of caesarean section". *Best Pract Research Clinical Obst and Gynaecology*, vol 15 no 1, pp 109-126 2001
16. Olza, I. Aspectos psicosociales del parto cesárea". *Revista OB STARE*, número 8, marzo 2003.
17. Beck, Cheryl. "Post-traumatic stress disorder due to childbirth. The aftermath" *Nursing Research*, July August 2004, vol 53, no 4.
18. Lee S. "Having a baby by cesarean: an experience for fathers" *Soc Work Hlth Care* 11,41-52,1986.
19. Olza I., Gainza, I. "Alternativas al tratamiento psicofarmacológico en madres lactantes con depresión postparto en atención primaria". *Revista OB STARE* número 7, enero 2003.
20. Olza, I. Lebrero, E. "¿Nacer por cesárea? Evitar cesáreas innecesarias, vivir cesáreas respetuosas". Ediciones Granica, 2005.

DEPRESION POSTPARTO

La depresión probablemente sea la enfermedad materna más frecuente en el postparto. Se estima que afecta a un 13% de las mujeres (1, 2). Conlleva un importante sufrimiento personal y familiar y afecta directamente al desarrollo emocional del lactante (3). El hecho de que una madre amamante a su bebé se considera por algunos profesionales como un obstáculo al tratamiento de la depresión, hasta el punto de que llegan a recomendar la supresión de la lactancia con el fin de poder administrar tratamiento psicofarmacológico por temor a que el paso del fármaco a la leche pueda dañar al bebé. Esta postura no se basa en la evidencia científica. Los beneficios de la lactancia materna son tan amplios y superiores a los de la lactancia artificial que la lactancia materna debería ser considerada como un instrumento terapéutico más en el tratamiento de la depresión, en vez de cómo un obstáculo.

Entre los *factores de riesgo* de la depresión postparto se incluyen los antecedentes de depresión, el embarazo no deseado, la problemática familiar o social, los estresores vitales durante el embarazo y las complicaciones obstétricas (5,6,7). También el tener un bebé irritable puede favorecer el cuadro. El *modelo etiológico* que se sugiere en la depresión postparto es de tipo bio-psico-social, pero se piensa que los factores psicosociales tienen un peso mayor que los biológicos, al contrario de lo que sucede en el blues del postparto y en las psicosis puerperales (7). Los estudios transculturales han señalado que las sociedades donde las puérperas reciben mayor apoyo y ayuda por parte de la familia y la comunidad presentan una menor prevalencia de depresión postparto.

La madre deprimida no tiene ganas ni energía para relacionarse activamente con su bebé ni con los demás. Se siente aislada e incomprendida, a la vez que temerosa de expresar su sufrimiento. Puede pasar la mayor parte del día con preocupaciones obsesivas, sentimientos de fracaso, incompetencia e incluso deseos de muerte. Las

madres deprimidas no logran dormir ni siquiera cuando sus bebés están dormidos. Otro síntoma característico de la depresión postparto son las preocupaciones obsesivas por la salud del bebé, que pueden motivar consultas reiterativas al pediatra. Algunos autores hablan de “depresión sonriente” para describir la apariencia normal de algunas madres deprimidas, que se muestran satisfechas de cara al exterior temerosas de verbalizar sus pensamientos y de ser percibidas como “malas madres”. La relación de pareja también se ve afectada (8). En un estudio retrospectivo la mayoría (83%) de las madres deprimidas señalaron que la depresión precedió al destete de sus bebés (9). La depresión suele provocar la terminación de la lactancia, en buena parte debido a la inseguridad materna y a las dudas sobre su capacidad para alimentar al bebé. Se desconoce por otra parte si el destete produce un empeoramiento del estado de ánimo aunque algunos estudios han observado que el destete temprano (antes de las seis semanas) se asociaba con un mayor riesgo de padecer depresión postparto (10,11).

La depresión postparto tiene un efecto significativo en el **desarrollo emocional y cognitivo del niño**. Las madres deprimidas interactúan menos con sus bebés, se altera la comunicación y los niños están menos estimulados (12) por lo que a la larga tienen más problemas de conducta y peor rendimiento cognitivo. Los niños cuyas madres siguen deprimidas después de 6 meses tienen peor desarrollo psicomotor al año de vida (13). A los 18 meses puntúan menos en tests cognitivos, sobre todo si son varones y de clases desfavorecidas. El efecto negativo se suaviza con la edad. Si el padre participa activamente en los cuidados del hijo el impacto de la depresión materna sobre el lactante es menor (14)

El principal instrumento de screening para la detección de la depresión postparto es la **Escala de Edimburgo**, que se encuentra validada al español (15).

La depresión es una patología severa que precisa tratamiento. La valoración médica resulta imprescindible para confirmar el diagnóstico y descartar la presencia de riesgo autolítico, así como para asegurar que no se trate de una psicosis puerperal, cuadro mucho menos frecuente pero que constituye una verdadera urgencia psiquiátrica. Es importante descartar y/o tratar las alteraciones tiroideas y la anemia.

El **plan de tratamiento** siempre debe establecerse para la diada madre-hijo por parte de un equipo multidisciplinar. Además debe intentarse la colaboración y participación del padre. La lactancia materna produce un efecto bastante contrario al de la depresión postparto, es decir, favorece el desarrollo del lactante, los sentimientos de bienestar en la madre y en su hijo y el fortalecimiento del vínculo. Cualquier planteamiento terapéutico debería iniciarse con un reconocimiento explícito a la madre por amamantar. Algo tan sencillo como decir a la madre: “felicidades, tienes mucho mérito, enhorabuena por haber amamantado a tu bebé todo este tiempo” puede iniciar el apoyo a la autoestima materna tan necesario en estos casos.

El tratamiento debe iniciarse con la psicoeducación: hay que explicar a ambos miembros de la pareja lo que es la depresión postparto, los posibles factores intervinientes, la frecuencia de esta patología, disculpabilizando e insistiendo en que la madre volverá a ser ella misma, aunque la recuperación completa puede tardar varios meses. Una de las primeras recomendaciones terapéuticas será la de que la madre y el bebé tengan acompañamiento permanente. Incluso en los casos menos graves en los que no existe ideación de muerte ni pensamientos obsesivos de dañar al bebé las madres se sienten muy desbordadas cuando están solas con sus bebés. En nuestra experiencia el acompañamiento suele producir una mejoría sintomática en breve tiempo. El conseguir un apoyo para las tareas domésticas y el que un familiar pueda sacar al bebé para que la madre descanse entre las tomas son también medidas a recomendar. Conviene asegurar

que la madre lleva una dieta adecuada a las necesidades de la lactancia y que si está perdiendo peso la pérdida no sea exagerada. El ejercicio físico (como salir a pasear una hora al día) y la exposición moderada al sol también son recomendables.

La **psicoterapia** ocupa un lugar destacado en el abordaje terapéutico. La mayoría de los estudios publicados se han centrado en la **psicoterapia interpersonal**: una terapia breve y centrada en este caso en los problemas relacionados con el postparto, como son la relación con el bebé, la relación de pareja, la adaptación al nuevo rol o la vuelta al trabajo. Esta forma de terapia ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión postparto, tanto de manera individual (16) como en grupo (17). La terapia cognitiva también demostró ser igual de eficaz que el tratamiento con fluoxetina, siendo ambos superiores al placebo (18). La terapia de grupo parece ser especialmente beneficiosa en el tratamiento de la depresión postparto, puesto que consigue romper el aislamiento de las madres y el coste económico es menor que en los abordajes individuales. Los cursos de masaje infantil también pueden mejorar la interacción entre las madres deprimidas y sus hijos (19). El tratamiento psicofarmacológico es recomendable en los casos de intensidad moderada o grave. Muy pocas madres están dispuestas a dejar de amamantar para iniciar el tratamiento antidepresivo. Insistir en el tratamiento farmacológico sin facilitar la posibilidad de continuar amamantando puede producir el efecto de que la mujer oculte su intención de no tomar el psicofármaco o que simplemente abandone el tratamiento. Por ello es muy importante explicar que hay suficientes estudios controlados que avalan la seguridad de varios antidepresivos y ansiolíticos en madres lactantes (20). En ocasiones el iniciar un tratamiento ansiolítico ya produce una mejoría considerable al mejorar la calidad del sueño e incluso del estado de ánimo con lo cual a veces basta con prescribir loracepam en dos o tres tomas diarias durante algunas semanas (21 y 22). Si se considera indicado

iniciar tratamiento antidepresivo varios autores coinciden en señalar que dentro de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina la sertralina es tratamiento de elección en madres que amamantan a sus hijos (20). Se trata de un fármaco con un perfil muy similar a la fluoxetina pero que a diferencia de esta no se detecta a penas en leche materna ni se han descrito efectos secundarios en los bebés de madres amamantadas con dicho fármaco. Incluso en bebés de menos de 6 semanas con lactancia exclusiva cuyas madres tomaban sertralina no se observó ninguna alteración en los receptores de serotonina plaquetarios, lo que se toma como indicador de que el fármaco tampoco estaba afectando al sistema nervioso central del bebé. (23). Tampoco se detectaron metabolitos en el suero de bebés amamantados cuyas madres tomaban paroxetina o fluvoxamina por lo que probablemente dichos fármacos puedan ser utilizados por madres lactantes (24). Se recomienda mantener el tratamiento antidepresivo un mínimo de seis meses.

RECUERDA:

- La depresión postparto es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en el postparto, estimándose que afecta a una de cada ocho mujeres.
- Sin tratamiento la depresión postparto afecta al desarrollo neurocognitivo del lactante y al vínculo materno.
- No está justificado recomendar a una madre que amamante a su bebé suprimir la lactancia para iniciar tratamiento psicofarmacológico de la depresión.
- El plan de tratamiento multidisciplinar debería incluir a la diada madre-hijo y contar siempre que sea posible con el padre.
- Hay estudios que avalan la seguridad de ansiolíticos como el loracepam y antidepresivos como la sertralina durante la lactancia.

BIBLIOGRAFIA

1. O'Hara MW, Swain AM. "Rates and risk of postpartum depression: a meta analysis". *Int Rev Psychiatry* 1996;8:37-54
2. Sebastián Romero E, Mas Iodo, N, Martín Blázquez M, Raja Casillas MI, Izquierdo Zamarriego MJ, Valles Fernández N, Metola Gómez, M. "Depresión postparto en el área de salud de Toledo" *Atenc Primaria* 1999; 24:215-219
3. Wisner KL, Parry BL; Piontek CM. "Postpartum depression" *N Engl J Med*, 2002, July 18, Vol. 347, No 3:194-199.
4. Murray L, Cartwright W. The role of obstetric factors in postpartum depression. *J Reprod Infant Psychol* 1993;11:215-9
5. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. "Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity" *Br J Psychiatry* 1996, 168,607-611
6. Machado Ramirez F, García Serrano, T, Moya Rüegg N, Bernabeu Saez, Cerdá Díez R. "Depresión puerperal. Factores relacionados". *Atención Primaria*. 1997. Vol 20, 161-166
7. Cooper PJ, Murray, L. "Postnatal depression" *BMJ* June 1998, vol 316, 1884-1886
8. Meighan M, Davis MW, Thomas SP, Droppleman PG. "Living with postpartum depression: the father's experience" *MCM AM J Matern Child Nurs* 1999 Jul-Aug;24 (4):202-8
9. Misri S, Sinclair DA, Kuan AJ. "Breast-feeding and postpartum depression: is there a relationship?". *Can J Psychiatry* 1997;42:1061-1065
10. Hannah P, Adams D, Lee A."Links between early postpartum mood and postnatal depression" *Br J Psych* 1992, 160,777-780
11. Cooper PJ, Murray L, Stein A. "Psychosocial factors associated with the early termination of breastfeeding" *J Psychosom Res* 1993;37:171-6
12. Downey G, Coyne JC. "Children of depressed parents: an integrative review" *Psychol Bull* 1990; 108:50-76
13. Field T: "Infants of depressed mothers". *Infant Behaviour and Development* 1995;18:1-31
14. Beck CT. "The effects of postpartum depression on child development: a meta analysis" *Arch Psych Nursing*, 1998, vol XII; no 1, 12-20
15. Vega-Dienstmaier, JM, Mazotti Suarez G, Campos Sanchez M. "Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo". *Actas Esp Psiquiatr* 2002;30 (2):106-111
16. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, et al. "Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression" *Archives of general psychiatry* 2000; 57:1039-1045
17. Klier CM, Muzik M, Rosenblum KL, Lenz G. "Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression." *J Psychother Pract Res* 2001 Spring;10(2):124-31
18. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. "A controlled study of fluoxetine and cognitive behavioural counselling in the treatment of postnatal depression" *BMJ* 1997; 314: 932-6
19. Glover V."Benefits of infant massage for mother infant interaction in mothers with postnatal depression" *Arch Women's Men Health* 2001 sup 2 vol. 3: 27
20. Wisner KL, Parry BL; Piontek CM. "Postpartum depression" *N Engl J Med*, 2002, July 18, Vol. 347, No 3:194-199.
21. Whitelaw AG; Cummings AJ, McFayden IR. "Effect of maternal lorazepam on the neonate" *BMJ* 1981; 282: 1106-1108
22. Summerfield RJ; Nielsen MS: "Excretion of lorazepam into breastmilk" *Br J Anesth* 1985;57:1042-1043
23. Epperson N, Czarkowski KA, Ward-O'Brien D, Weiss E, Gueorguieva R, Jatlow P, Anderson GM. "Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infant pairs". *Am J Psychiatry* 2001;158:1631-1637

24. Hendrick V, Fukuchi A, Altshuler L, Widawski M, Wertheimer A, Brunhuber MV. "Use of sertraline, paroxetine and fluvoxamine by nursing women" Br J Psychiatry 2001, 179, 163-166

PSICOSIS PUERPERAL

La psicosis puerperal es una enfermedad poco frecuente (una o dos de cada mil puérperas) que por su gravedad constituye una verdadera urgencia psiquiátrica. El principal factor de riesgo son los antecedentes de trastorno bipolar, sean personales o familiares. Las complicaciones obstétricas y la falta de sueño en los primeros días o semanas tras el parto parecen jugar un papel importante en el desencadenamiento de la psicosis (1,2 y 3). El cuadro está marcado por el embotamiento afectivo de la madre, que presenta ideación delirante en la que a menudo se incluye su bebé, pudiendo presentar todos los síntomas clásicos del brote psicótico o de la fase maníaca. La madre debe estar siempre acompañada y el internamiento psiquiátrico puede ser inevitable, sobre todo si no hay suficiente apoyo familiar. El tratamiento farmacológico es urgente, siendo prioritario conseguir que la madre duerma. Con una cura de sueño mediante tratamiento farmacológico en algunos casos los síntomas remiten rápidamente. Es la propia gravedad de la psicopatología materna la que imposibilita prácticamente la lactancia y el que la madre se ocupe del bebé. Lamentablemente no existen en nuestro país unidades de hospitalización psiquiátrica especializadas donde puedan ingresar la madre y el bebé de manera conjunta. El tratamiento debería ser multidisciplinar, siendo extremadamente importante el apoyo psicológico estrecho al núcleo familiar para que así puedan acompañar a la madre y minimizar el impacto en el vínculo materno filial una vez que el cuadro remita.

La mayor dificultad se plantea en la prevención de las psicosis puerperales en madres embarazadas diagnosticadas de trastorno bipolar y que por lo tanto presentan

una alto riesgo de psicosis en el puerperio. La decisión de amamantar al bebé es compleja. Aunque tradicionalmente se desaconsejaba la lactancia a las madres que recibían tratamiento con litio los estudios más recientes señalan que amamantar mientras se toma litio puede ser una opción segura siempre que se haga un seguimiento estrecho de madre y bebé por parte de pediatras y psiquiatras (4). El uso de otros fármacos neurolépticos a dosis bajas como la olanzapina parece ser seguro en madres lactantes según algunos estudios recientes (5). En todos los casos es crucial informar durante el embarazo a la madre y a su pareja de la necesidad de prevenir la falta de sueño en el postparto inmediato y de estar atentos a cualquier cambio en el estado mental materno durante las primeras semanas, recomendando un acompañamiento preventivo y un seguimiento estrecho. En nuestra experiencia, con un apoyo eficaz y cercano las madres con trastorno bipolar pueden amamantar a sus bebés y minimizar el riesgo de psicosis puerperal.

BIBLIOGRAFIA

1. Blackmore ER; Jones I; Doshi M; Haque S; Holder R; Brockington I; Craddock N. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *Br J Psychiatry*. 2006; 188:32-6
2. Sharma V; Smith A; Khan M. The relationship between duration of labour, time of delivery, and puerperal psychosis. *J Affect Disord*. 2004; 83(2-3):215-20
3. Sharma V. Role of sleep loss in the causation of puerperal psychosis. *Med Hypotheses*. 2003; 61(4):477-81
4. Viguera et al. Lithium in Breast Milk and Nursing Infants: Clinical Implications. *Am J Psychiatry*. 2007; 164: 342-345
5. Gardiner SJ, Kristensen JH, Begg EJ, et al. Transfer of Olanzapine Into Breast Milk, Calculation of Infant Drug Dose, and Effect on Breast-Fed Infants. *The American Journal of Psychiatry*. 2003;160(8):1428-1431