



ARTÍCULO DE REVISIÓN

REVIEW ARTICLE

Recibido: 25/10/2017. Aceptado: 2/05/2018

## REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POSPARTO

TREATMENT OF POSTPARTUM POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER:  
A SYSTEMATIC REVIEW

L. Fernández Clemente, I. Olza Fernández

<sup>1</sup>Graduada en Medicina en la Universidad de Alcalá. 650455885, l.fdezcllemente@gmail.com

<sup>2</sup>Psiquiatra Perinatal. Profesora Asociada departamento Medicina y especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá. lbone.olza@uah.es

Proyecto FILOSOFÍA DEL NACIMIENTO: REPENSAR EL ORIGEN DESDE LAS HUMANIDADES MÉDICAS (FILNAC), FI2016-77755-R, Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad, Ministerio de Economía y Competitividad, 2016-19, (AEI/FEDER/UE).

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;5:29-39.



## RESUMEN

**Introducción:** en 1978 se describió el trastorno por estrés postraumático (TEPT) posparto y más tarde se ha reconocido que la experiencia del parto puede actuar como un suceso traumático, al situar a la mujer y a su bebé en una posición de vulnerabilidad desde la que pueden sentir un miedo intenso e indefensión ante una amenaza para su salud. Hasta ahora se han publicado pocos estudios sobre el abordaje terapéutico de este trastorno, por lo que el objetivo de esta revisión es recoger la evidencia actual sobre el tratamiento del TEPT posparto.

**Material y métodos:** se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Psycinfo y CUIDEN con los términos birth, childbirth y postpartum cruzados con treatment y post-traumatic stress disorder.

**Resultados:** se incluyeron siete estudios, todos ellos basados en la psicoterapia. La psicoterapia centrada en el trauma parece ser el tratamiento más indicado para el TEPT posparto.

**Conclusión:** la evidencia actual sobre el tratamiento del TEPT posparto es insuficiente, y para ampliarla es fundamental una labor de concienciación y visibilización de este trastorno.

**Palabras clave:** Trastorno de estrés postraumático, Posparto, Psicoterapia.

## ABSTRACT

**Background:** postpartum PTSD (post-traumatic stress disorder) was first described in 1978 and it is now established that women can experience childbirth as a traumatic event as long as the patient and her baby feel vulnerable and undergo an intense fear and helplessness before a threat to their lives. So far few studies have been published on the therapeutic approach to this disorder, so the aim of this review is to collect current evidence on the treatment of postpartum PTSD.

**Methods:** a bibliographic search was conducted in Pubmed, Psycinfo and CUIDEN databases using the terms treatment and post-traumatic stress disorder crossed with childbirth-related terms (birth, postpartum).

**Results:** Seven studies, all based on psychotherapy, were included. The results seem to indicate trauma-focused psychotherapy as the most appropriate treatment for postpartum PTSD.

**Conclusion:** in order to gather consistent evidence on the treatment of postpartum PTSD, it is essential to raise awareness and give visibility to such a disorder.

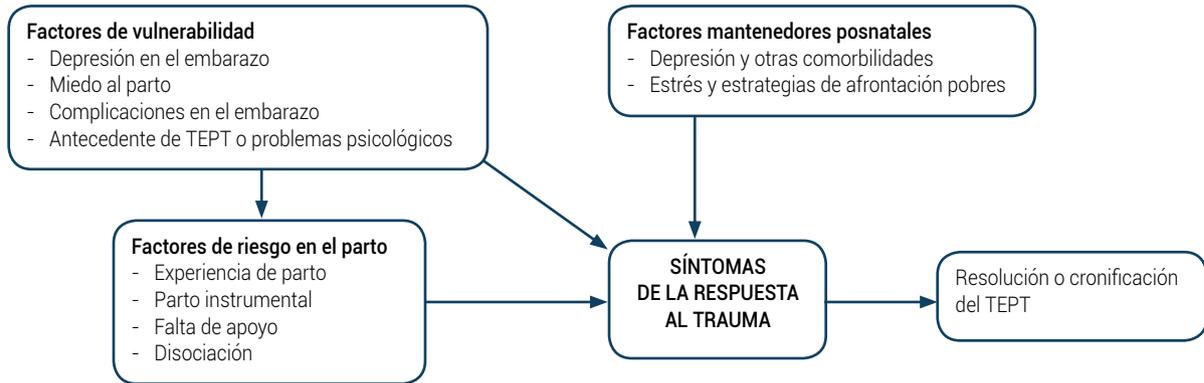
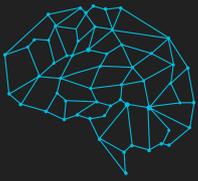
**Key words:** Post-traumatic stress disorder, Postpartum, Psychotherapy.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El estrés traumático después del parto se describió en 1978 (Bydlowski y Raoul-Duval, 1978) pero hasta la década de los noventa el parto y el embarazo no fueron reconocidos como eventos traumáticos causantes de TEPT (American Psychiatric Association, 1994). Fue a partir de la introducción de la subjetividad de la experiencia vivida como un factor importante en la descripción del DSM-IV del evento traumático, aunque éste no se encontrase fuera del rango de la experiencia humana habitual.

El parto traumático se define como aquel parto en el que hay un peligro real o amenaza vital para la madre o su bebé, provocando un miedo intenso, sensación de indefensión y horror (C. T. Beck, 2004a). Se ha demostrado cómo la percepción de la madre determina lo que supone un riesgo vital para ella y su bebé, por lo que un parto aparentemente normal o sin complicaciones desde el punto de vista obstétrico también puede vivirse como traumático (Maggioni, Margola, y Filippi, 2006).

La revisión más reciente (Grekin y O'Hara, 2014) sitúa la prevalencia global del TEPT posparto completo en el 3,17%



**FIGURA 1.** Modelo de diátesis-estrés revisado sobre la etiología del TEPT posparto (Ayers et al., 2016).

de la población general, alcanzando un 15,7% en grupos de riesgo, sin diferencias en distintos grupos étnicos o niveles socioeconómicos (Montoya y Alzaga, 2007; Onoye, Goebert, Morland, Matsu, y Wright, 2009). En España no se dispone de datos epidemiológicos hasta ahora. Además, entre un 22-40% de las mujeres experimentan síntomas de estrés postraumático tras el parto, sin cumplir todos los criterios para el TEPT (Ayers, Joseph, McKenzie-McHarg, Slade, y Wijma, 2008). Aunque apenas se conoce su curso natural, hay estudios que indican que las mujeres con TEPT posparto raramente se recuperan espontáneamente. De hecho, en un 1,7% de ellas, los síntomas persisten más allá de once meses tras el parto, considerándose TEPT posparto crónico (Söderquist, Wijma, y Wijma, 2006).

El marco teórico actual de la etiología del TEPT posparto se basa en el modelo de diátesis-estrés (Ayers, Bond, Bertullies, y Wijma, 2016), que propone la existencia de:

- Factores de vulnerabilidad en el embarazo, como antecedentes de experiencias traumáticas previas, problemas de salud mental en el embarazo (sobre todo la depresión y el miedo al parto), ser primípara o disponer de escaso apoyo social.
- Factores de riesgo en el parto, como el tipo de parto (siendo el intervencionismo obstétrico y las complicaciones con el bebé decisivos), falta de apoyo por parte de los profesionales sanitarios, emociones negativas intensas, sensación de amenaza y disociación.
- Factores mantenedores durante el posparto, como estrés adicional, escaso apoyo familiar y reacciones desadaptativas. (Fig. 1)

Respecto a la psicopatología específica del TEPT en el posparto, el trabajo de C. T. Beck (2004b) describe las siguientes características:

- Estado de embotamiento emocional y sensación de desapego de las madres hacia sus seres queridos (incluido su bebé), llegando incluso a presentar amnesia disociativa y despersonalización;
- Se revive el parto traumático noche y día. Por ejemplo, algunas mujeres relatan la aparición de *flashbacks* durante la penetración vaginal;
- Fuerte preocupación por comprender lo ocurrido durante el parto y manifestación de una imperiosa necesidad de hablar sobre el suceso traumático, que se ve frustrada por la falta de concienciación y empatía de su entorno, y genera sentimientos de incompreensión y culpabilidad;
- Ataques de ira dirigidos hacia ellas mismas, sus familias o los profesionales sanitarios, crisis de ansiedad asociadas a las relaciones sexuales o las visitas al hospital, y síntomas depresivos que en ocasiones son graves y llevan a ideas de muerte y suicidio;
- La fertilidad y experiencia de la maternidad se ven negativamente afectadas, ya que se establece una especie de muro entre madres e hijos que les dificulta o impide vincularse.

En ocasiones, el bebé supone para ellas un recordatorio constante de su trauma (Ayers et al., 2016). Igualmente se aíslan del resto de madres que no han vivido un parto traumático. El deseo de un nuevo embarazo se pospone o desaparece ante el miedo intenso a volver a sentir tanto dolor e indefensión en el parto (tocofobia). En otros casos, cuando



se deciden a hacerlo, ese miedo las empuja a solicitar una cesárea electiva (Montoya y Alzaga, 2007; Waldenström, Hildingsson, y Ryding, 2006). Así, las madres expresan una gran dificultad para lidiar con el proceso de lactancia y con la vinculación emocional con sus bebés, dificultades que puede prolongarse varios años. Por último, Grekin y O'Hara (2014) señalan que varios de los síntomas del TEPT se solapan con experiencias que pueden ser esperadas en el posparto, como problemas del sueño o irritabilidad. Sugieren que los pensamientos intrusivos o las pesadillas, pueden ser más representativos que los síntomas de excitación y adormecimiento en estas mujeres.

Existe un gran potencial para prevenir y minimizar la aparición del TEPT posparto. Es importante realizar una buena historia clínica que permita explorar si existen factores de vulnerabilidad en el embarazo (C. T. Beck, 2004b). Varios estudios muestran que muchas mujeres han quedado traumatizadas como consecuencia de las acciones u omisiones del personal sanitario que las atendió (Allen, 1998; Elmir, Schmied, Wilkes, y Jackson, 2010). Manifiestan haberse sentido ignoradas y no tenidas en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre su vida y la de su bebé. Describen el trato recibido como deshumanizante, irrespetuoso y degradante (C. T. Beck, 2004b; Kitzinger, 2006; Olza Fernandez, 2013; Thomson y Downe, 2008).

La propia OMS denuncia el maltrato en el parto como un problema importante de salud pública y derechos humanos, y urge a los gobiernos a investigar, reconocer y rectificar el mismo (Organización Mundial de la Salud, 2014). Países como Venezuela, y más tarde Argentina y México, han legislado ya esta forma de violencia contra las mujeres conocida como violencia obstétrica (Asamblea de la República Bolivariana de Venezuela, 2015; Grupo Parlamentario del Partido del Revolución Democrática, 2016; Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2009). En concreto, la "Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia" la define como "la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que traigan pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres".

En consecuencia, se considera esencial la formación y sensibilización de los profesionales que atienden el parto

para reducir las actitudes negativas y fomentar un apoyo y cuidado adecuados (Ayers et al., 2016; Olza Fernández, 2014). Asimismo, se recomienda utilizar el consentimiento informado para todos los procedimientos obstétricos, y aplicar los protocolos de atención basados en el parto humanizado, como la "Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Terán, 2013).

La prevención secundaria pasa por incluir a las mujeres que hayan tenido un parto de riesgo en un protocolo de seguimiento que permita la detección y tratamiento posteriores (Ayers et al., 2016). Se debe emplear una herramienta diagnóstica validada para el TEPT posparto, como el cuestionario de TEPT perinatal (PPQ), o guiarse por el DSM-V (Zauderer, 2014). Pese a que existe una gran comorbilidad entre el TEPT y la depresión durante el embarazo y el posparto (Ayers et al., 2016), debido a que en el posparto solo se realiza un cribado rutinario para la depresión, se estima que hasta un 25% de las mujeres con criterios completos para TEPT posparto quedarían sin detectar (Czarnocka y Slade, 2000).

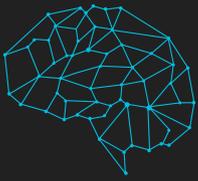
Las estrategias de *debriefing* (una única sesión estructurada en la que matronas o médicos repasan con la paciente su historia clínica) y *counselling* (asesoramiento basado en una intervención sin estructura fija que pretende ofrecer a las madres un espacio donde poder hablar de su parto) van encaminadas a la prevención y no al tratamiento del trastorno, y las conclusiones sobre su efectividad son contradictorias (Ayers, McKenzie-McHarg, y Eagle, 2007; Bastos, Furuta, Small, McKenzie-McHarg, y Bick, 2015; Horsch, 2009; Lapp, Agbokou, Peretti, y Ferreri, 2010).

En resumen, los factores epidemiológicos del TEPT posparto se han descrito de forma bastante completa, se ha propuesto un marco teórico para explicarlo y desarrollado diferentes estrategias de prevención. Sin embargo, pocos estudios se han centrado en su abordaje terapéutico, y no existe un protocolo de intervención estandarizado y con probada efectividad (Lapp et al., 2010), por lo que el objetivo de esta revisión es recoger la evidencia actual sobre el tratamiento del TEPT posparto.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos



sobre el tratamiento del trastorno de estrés postraumático posparto. La búsqueda se ha realizado en marzo de 2017, en las bases de datos Pubmed, Psycinfo y CUIDEN cruzando los términos en inglés PTSD (*post-traumatic stress disorder, treatment*) y términos asociados al parto (*childbirth, birth, postpartum*) unidos mediante el operador AND. Otros artículos han sido localizados mediante búsqueda manual. La selección ha seguido los estándares PRISMA(Liberati et al., 2009).

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se han incluido los estudios sobre el tratamiento del TEPT posparto completo o parcial, o del trastorno de estrés agudo posparto, cuya intervención terapéutica haya sido llevada a cabo durante el periodo posnatal.

Se han excluido los estudios centrados en la prevalencia, factores de riesgo o prevención del TEPT posparto, así como los que incluían casos de TEPT posparto y duelo perinatal. Los estudios sobre el TEPT en personal sanitario como consecuencia de la atención a un parto traumático y los estudios sobre depresión posparto y otros trastornos psiquiátricos en el puerperio también han sido excluidos. El procedimiento se describe en la figura 2.

#### CALIDAD DE LOS ESTUDIOS

La calidad de los estudios se ha evaluado mediante el CTAM (*Clinical Trial Assessment Measure*)(Tarrier y Wykes, 2004), y analizando la posición de las revistas en el ranking realizado por JCR (*Journal Citation Reports*) a través de la plataforma InCites™.

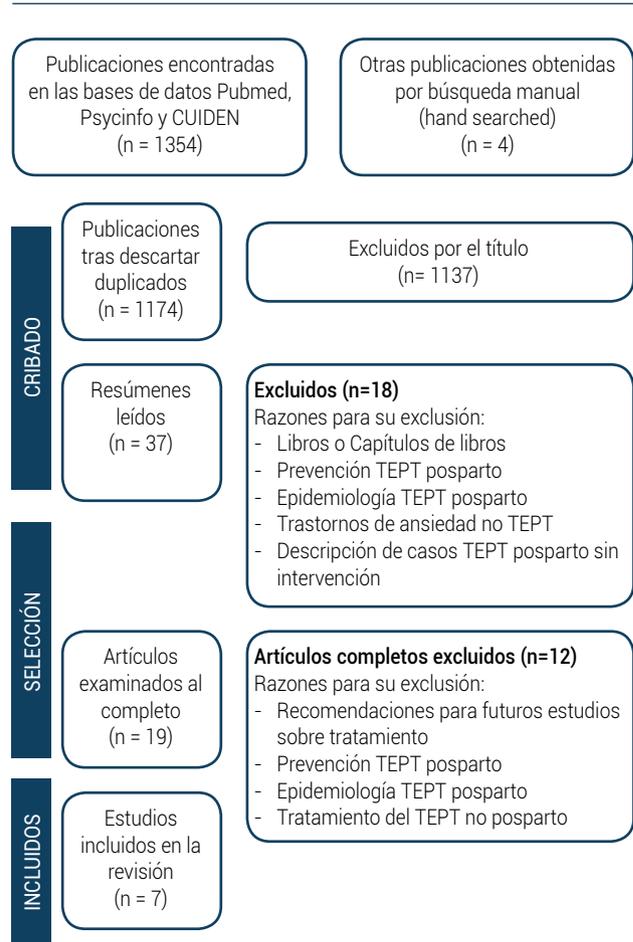
### RESULTADOS

#### BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

De un total de 1174 publicaciones, de las cuales 4 fueron localizadas a través de búsqueda manual, 1137 fueron excluidas en base al título, por no estar relacionados con el TEPT posparto o con su tratamiento. Se examinaron 37 resúmenes, excluyéndose 18. Aplicando los criterios de inclusión sobre los 19 artículos leídos al completo, 7 han sido seleccionados.

#### CALIDAD DE LOS ESTUDIOS

Solo dos estudios (Borghini et al., 2014; Nieminen et al., 2016) eran aptos para aplicar el CTAM, con 52 y 68 puntos



**FIGURA 2.** Diagrama de flujo con el proceso de selección de estudios(Liberati et al., 2009).

sobre 100, respectivamente. De las seis categorías, la evaluación de resultados es la peor puntuada en ambos, ya que no incluyen en su metodología el enmascaramiento (Tabla I).

#### RESUMEN DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS

Dos de los estudios se realizaron en Estados Unidos, y el resto en Europa. Todos ellos llevaron a cabo intervenciones psicoterapéuticas.

La muestra total cuenta con 153 mujeres y 78 bebés, variando el rango de participantes por estudio de 1 a 156. La edad de las mujeres comprende de los 21 a los 45 años,



**TABLA I.**

ARTÍCULO	REVISTA	CATEGORÍA	FI	RANKING	CUARTIL
Sorenson, DS (2003)	Archives of psychiatric nursing	Nursing PSY	1,217	44/116 108/142	Q2 Q4
Sandström et al (2008)	Midwifery	Nursing	1,861	13/116	Q1
Ayers et al (2007)	Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology	OBS PSY	1,065	68/80 112/142	Q4 Q4
Stramrood et al (2012)	Birth: Issues in Perinatal Care	Nursing OBS	1,867	12/116 39/80	Q1 Q2
Borghini et al (2014)	Infant Behaviour & Development	Developmental psy- chology	1,515	41/69	Q3
Zauderer, CR. (2014)	The Nurse Practitioner	-	-	-	-
Nieminen et al (2016)	Cognitive Behaviour Therapy	Clinical psychology	2,129	44/122	Q2

Ranking del JCR de las revistas seleccionadas.

Resumen de datos del año 2015 extraídos del ranking del JCR de las revistas a las que pertenecen los artículos revisados. FI: factor de impacto; OBS: Obstetrics & Gynaecology; PSY: psychiatry; Fuente InCites™

**TABLA II. Características y resultados de los estudios seleccionados en la revisión.**

ESTUDIO	PARTICIPANTES	DISEÑO	DIAGNÓSTICO TEPT POSPARTO	INTERVENCIÓN	RESUMEN DE RESULTADOS	COMENTARIOS
Sorenson, DS (2003)	9	Quasi-experimental, mediciones pre y post intervención	PTCS inventory	TCC grupal	Menor ansiedad, depresión y soledad. Mejor autoestima	No se repitió el PTCS inventory
Sandström et al (2008)	4	Estudio piloto, mediciones pre y post intervención	TES	EMDR	Sin criterios de TEPT posparto. Estables en seguimiento	TEPT crónico
Ayers et al (2007)	2	2 casos	No especificado	TCC	No síntomas de estrés posttraumático	
Stramrood et al (2012)	3	3 casos	No especificado	EMDR	Reducción de estrés y síntomas de TEPT. Experiencia positiva en siguiente parto	TEPT crónico
Borghini et al (2014)	78 (bebés y madres)	Ensayo controlado aleatorizado	PPQ	Teoría sistémica y preventiva transaccional 3 fases Serotonina 25-100 mg/día	Mejoría de síntomas de TEPT posparto entre las 42 semanas y los 12 meses	Mayor sensibilidad materna y cooperación del niño
Zauderer, CR. (2014)	1	Estudio de un caso	No especificado	Psicoterapia Otros (NURSE, terapias alternativas)	Mejoría en el sueño y menos síntomas de TEPT posparto	Trastorno por estrés agudo posparto Sin mediciones objetivas
Nieminen et al (2016)	56	Ensayo controlado aleatorizado, mediciones pre y post intervención	IES-R TES	TCC-CT vía internet	Reducción de síntomas de TEPT posparto, ansiedad y depresión. Menor % mujeres con criterios de TEPT posparto	Muestra para potencia aceptable = 40

TCC: terapia cognitivo conductual; TES: Traumatic Event Scale; PPQ: perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire; NURSE: nutrición y necesidades, comprensión, descanso, espiritualidad y ejercicio; MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview.



excepto en los estudios aleatorizados cuya media de edad es de 33 y 34,6 años, respectivamente.

La tabla II recoge las características y principales hallazgos de los estudios incluidos en la revisión.

## RESULTADOS

### TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC)

Tres estudios empleaban la TCC como tratamiento para el TEPT posparto. En dos de ellos los síntomas de estrés postraumático mejoraban tras el tratamiento. En el ensayo controlado aleatorizado (Nieminen et al., 2016) se proporcionaba tratamiento a dos grupos de 28 madres a través de una plataforma virtual. Se evaluaron las comorbilidades con la entrevista MINI vía telefónica al comenzar y una vez finalizados los tratamientos de cada grupo. También se midieron los niveles de ansiedad con el BAI (A. T. Beck, Epstein, Brown, y Steer, 1988), de depresión con el BDI-II (A. T. Beck, Steer, y Brown, 1996), y el PHQ-9 (Kroenke, Spitzer, y Williams, 2001), y la calidad de vida autopercibida mediante el QOLI (-Frisch, Cornell, Villanueva, y Retzlaff, 1992) y el EQ5D (Euro-Qol Group, 1990) al inicio y durante el tratamiento. Con un retraso de cinco meses con respecto al otro grupo, el grupo control recibió la misma intervención. Para los síntomas de TEPT, la diferencia entre grupos tras el tratamiento medida con el IES-R (Weiss, 2007) era estadísticamente significativa ( $p < .0001$ ) y el tamaño de efecto, grande ( $d = .82$ ). En cuanto a los síntomas de depresión medidos con el PHQ-9 la diferencia entre grupos era estadísticamente significativa ( $p = .02$ ) con un tamaño de efecto pequeño ( $d = .20$ ).

En el artículo de Ayers et al. (2007), se presentaban dos casos de mujeres con TEPT posparto. Como en una de ellas predominaba un miedo intenso derivado de la interacción con la matrona que atendió su parto, además de la TCC se incluyó una técnica de role-play y se diseñó un experimento conductual para modificar las creencias negativas que la paciente tenía sobre sí misma. En el otro caso, la madre sufría además depresión posparto y predominaban los sentimientos de vergüenza y culpa hacia ella misma y su pareja, por lo que incorporó ejercicio físico a la rutina y terapia de pareja. Los síntomas de estrés postraumático desaparecieron en ambas mujeres tras la intervención, aunque no se aclaraba el método de evaluación. En uno de los casos, la paciente también experimentaba mejoría con respecto a su depresión

posparto y su relación de pareja, mientras que la otra mujer cambió las creencias negativas sobre sí misma.

D. S. Sorenson (2003) tomó como referencia la Teoría Interpersonal (Peplau, 1952), que remarca la necesidad de un proceso interpersonal terapéutico significativo para satisfacer la percepción de objetivo del individuo. Siguiendo un manual para la depresión en mujeres compatible (Gordon y Tobin, 2002), se programaron sesiones en grupo de TCC. Se completaron los cuestionarios de evaluación al inicio y al final de la intervención, que medían la autoestima (CSE) (Cooper-smith, 1981), la depresión (BDI-II), y los niveles de ansiedad (STAI) (Spielberger y Gorsuch, 1983) y soledad (UCLA LS-III) (Russell, 1996). Al principio del estudio, se midieron los síntomas de estrés postraumático (PTCS Inventory) (D. Sorenson, 2000a), la calidad de la interacción con el personal sanitario (QPI) (D. Sorenson, 2000b) y la percepción del parto (BPR). Las mediciones realizadas tras la TCC revelaban, de forma estadísticamente significativa, menores niveles de ansiedad, depresión y soledad, y una mayor autoestima, mostrando una marcada mejoría en el funcionamiento psicológico de las mujeres. Sin embargo, no se realizó una evaluación de los síntomas de estrés postraumático tras la intervención.

### EMDR

En dos estudios la terapia con desensibilización y re-procesamiento por movimientos oculares, o EMDR (Shapiro, 2001), redujo los síntomas de estrés postraumático posparto. En este estudio piloto (Sandstrom, Wiberg, Wikman, Willman, y Hogberg, 2008), las cuatro participantes cumplían inicialmente los criterios diagnósticos para el TEPT posparto crónico. Después del tratamiento, ninguna de ellas los cumplía, el número de ítems considerados como estresantes era menor (la media había bajado de 6,7 a 0,3), la puntuación media de los 17 síntomas evaluados había pasado de 52,7 a 33,5, los síntomas restantes no causaban un sufrimiento o impacto significativo en su vida diaria (descenso de SUD (Wolpe, 1990) de 10 a 1-2). En el seguimiento de uno a tres años después, tres de ellas se encontraban estables, mientras que la cuarta había recaído y mostraba las mismas puntuaciones en la escala TES (Wijma, Söderquist, y Wijma, 1997) que al comienzo.

En estos tres casos (Stramrood et al., 2012), se continuó con el tratamiento hasta que la puntuación de las escalas SUD (subjective units of distress) y VoC (Validity of Cognition) fue de cero y siete, respectivamente. Las pacientes refirieron menores síntomas de estrés postraumático y ansiedad, así



como una mejoría en su disposición y confianza en sí mismas con vistas al próximo parto. Durante el seguimiento, las tres consideraban el segundo parto como una experiencia positiva, a pesar de las complicaciones sufridas. Estos resultados no se evaluaron objetivamente.

#### PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Borghini et al. (2014) propusieron esta intervención para aliviar los síntomas de estrés postraumático posparto y mejorar la calidad de las interacciones madre-hijo. El programa sigue un modelo de tratamiento (McDonough, 2005) que incorpora principios de la teoría sistémica familiar en una intervención preventiva transaccional. Se estructuró en tres fases en forma de sesiones individuales guiadas por un terapeuta en las semanas 33 y 42, y a los cuatro meses de edad corregida de los niños. Los resultados ponían de manifiesto que las madres de los bebés prematuros de ambos grupos mostraron significativamente más síntomas de estrés postraumático que las madres de los bebés nacidos a término en la evaluación de la semana 42. Los síntomas de estrés postraumático disminuyeron entre las 42 semanas y los 12 meses en las madres de los bebés prematuros que recibieron la intervención. Además, en este mismo grupo se observó un aumento de la sensibilidad materna y de la cooperación del niño durante sus interacciones a los cuatro meses de edad.

#### OTRAS

Zauderer (2014) describe el tratamiento aplicado a una mujer con síntomas de estrés agudo posparto, empleando un antidepresivo, psicoterapia semanal sin especificar y cambios en el estilo de vida, como higiene del sueño o el programa NURSE. La paciente experimentó una mejoría del sueño y de los síntomas de estrés agudo tras la administración de sertralina a una dosis de 100mg/día. No se aportaron datos objetivos sobre su evolución clínica.

#### DISCUSIÓN

Todos los estudios coinciden en la necesidad de ampliar el número y la calidad de estudios que evalúan las intervenciones para tratar el TEPT posparto. Hasta el momento, se han realizado aproximaciones cuyos resultados son prometedores, aunque dadas las limitaciones de los estudios, ninguno es totalmente concluyente al respecto.

De acuerdo con la presente revisión, la TCC-CT y el EMDR podrían tener un papel central en el tratamiento del TEPT posparto. Por un lado, actualmente la guía NICE (National Collaborating Centre for Mental Health y NICE, 2005) recomienda la psicoterapia centrada en el trauma (TCC-CT y EMDR) a todos los pacientes adultos con TEPT. Además, recomienda no utilizar medicamentos como tratamiento de primera línea de forma rutinaria, aunque de ser necesario, debe considerarse la paroxetina o la mirtazapina, y la amitriptilina o fenelazina bajo la supervisión de un especialista. Esta revisión (Hetrick, Purcell, Garner, y Parslow, 2010) concluía que no había suficiente evidencia para recomendar el uso combinado de psicoterapia y farmacoterapia frente a su utilización por separado.

Siguiendo el modelo de diátesis-estrés (Ayers et al., 2007), el TEPT posparto y el TEPT no relacionado con el embarazo y parto comparten una etiología similar, lo que sustenta el uso de la TCC-CT como tratamiento para el TEPT posparto.

El programa de intervención temprana (Borghini et al., 2014) ha sido diseñado para familias en las que la prematuridad del bebé juega un papel importante en el desarrollo del TEPT posparto materno, por lo que su aplicación quedaría restringida a estos casos.

El hecho de que el TEPT posparto en ocasiones pase desapercibido hasta el siguiente embarazo y se reagudice durante el mismo (C. T. Beck y Driscoll, 2006), supone que el tratamiento en estas mujeres deba llevarse a cabo en un periodo en el que lo más aconsejable es evitar el uso de fármacos por el riesgo de teratogenia, lo que apoya todavía más la indicación de utilizar la psicoterapia como primera línea. Si bien en el caso del EMDR se recomienda precaución por la posibilidad de desencadenar reacciones de estrés e hiperexcitación que podrían afectar negativamente al feto (Shapiro, 2001), presenta como ventaja la breve duración de la intervención y su efecto inmediato, ambos factores clave para mejorar los síntomas antes del siguiente parto.

Sin embargo, no resultaría efectivo aplicar los protocolos existentes para el TEPT en adultos sin atender a las características específicas de este trastorno en el posparto. Las pacientes que han vivido el contacto con el personal sanitario como traumático tienen dificultades para relacionarse de nuevo con ellos, por lo que evitan recurrir a los recursos de salud. Es necesario tenerlo en mente ya que condiciona las estrategias de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Además, para atender las necesidades del bebé, amamanten o no, muchas madres



necesitan poder llevarlo con ellas a la consulta. También se debe explorar cómo afecta a la esfera sexual y/o a la pareja para trabajarla en la psicoterapia. Por último, hay que tener en cuenta de cara al tratamiento que la presentación clínica puede variar, de forma que hay mujeres en las que predomina el sentimiento de vergüenza o culpa, y otras en las que impera el miedo. De lo que se extrae que los protocolos de TCC-CT deberían individualizarse para cada mujer.

Finalmente, ya que cada vez existe una mayor evidencia sobre las consecuencias que la violencia obstétrica acarrea en la salud física y mental de las pacientes, se considera fundamental la toma de conciencia al respecto, así como un compromiso de mejora.

Estamos ante una problemática de carácter social y global, dado que frecuentemente la medicina se ejerce dentro de la lógica del orden patriarcal, cuya máxima expresión de subordinación consiste en la medicalización de los procesos naturales de las mujeres, especialmente de aquellos en los que éstas se encuentran más vulnerables, como son el embarazo y el parto (Villegas Poljak, 2009).

Desde la segunda mitad del siglo XX, se ha estudiado cómo el no incluir la perspectiva de género en la investigación científica produce un conocimiento sesgado (Díaz Martínez y Dema Moreno, 2013). Así, la falta de visibilización del TEPT posparto y de investigación sobre su tratamiento, está es-

trechamente relacionada con que afecte fundamentalmente a las mujeres, y respondería, siguiendo el análisis de Eichler (1991), a una trivialización de sus intereses por parte de un modelo científico androcéntrico.

Una práctica médica ética se acompaña entonces de una reflexión acerca de la validez del conocimiento producido por el paradigma científico actual y de su cuestionamiento sistemático en pos de una atención sanitaria igualitaria.

## CONCLUSIONES

Los resultados más prometedores apuntan hacia la psicoterapia centrada en el trauma como tratamiento de primera línea, aunque se requieren estudios más consistentes metodológicamente para probarlo. De los siete estudios analizados, cinco constatan una mejoría de los síntomas de estrés posttraumático de las participantes, aunque solo tres (Borghini et al., 2014; Nieminen et al., 2016; Sandstrom et al., 2008) aportan mediciones objetivas, por lo que se puede concluir que la evidencia sobre el tratamiento del TEPT posparto es escasa. La visibilización del TEPT posparto y su prevención por parte de los profesionales de la salud tienen un papel central en el abordaje de este trastorno.

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2-3), 107-131.
2. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) (Fourth edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
3. Asamblea de la República Bolivariana de Venezuela. (2015). Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Retrieved from <http://www.minmujer.gob.ve/?q=descargas/leyes/ley-organica-sobre-el-derechos-de-las-mujeres-una-vida-libre-de-violencia>
4. Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., y Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(06), 1121-1134.
5. Ayers, S., Joseph, S., McKenzie-McHarg, K., Slade, P., y Wijma, K. (2008). Post-traumatic stress disorder following childbirth: Current issues and recommendations for future research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29(4), 240-250. 10.1080/01674820802034631 [doi]
6. Ayers, S., McKenzie-McHarg, K., y Eagle, A. (2007). Cognitive behaviour therapy for postnatal post-traumatic stress disorder: Case studies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 28(3), 177-184. 779653414 [pii]
7. Bastos, M. H., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K., y Bick, D. (2015). Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *The Cochrane Library*.
8. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893.
9. Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory-II*. San Antonio, 78(2), 490-498.
10. Beck, C. T. (2004a). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28-35.
11. Beck, C. T. (2004b). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath. *Nursing Research*, 53(4), 216-224.
12. Beck, C. T., y Driscoll, J. W. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders: A clinician's guide* Jones & Bartlett Learning.



13. Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Nessi, J., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., y Muller-Nix, C. (2014). Effects of an early intervention on maternal post-traumatic stress symptoms and the quality of mother-infant interaction: The case of preterm birth. *Infant Behavior & Development*, 37(4), 624-631. 10.1016/j.infbeh.2014.08.003 [doi]
14. Bydlowski, M., y Raoul-Duval, A. (1978). Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité: La névrose traumatique post-obstétricale. *Perspectives Psychiatriques*, 4, 321-328.
15. Coopersmith, S. (1981). SEI, self-esteem inventories. Consulting Psychologist Press.
16. Czarnocka, J., y Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 35-51.
17. Díaz Martínez, C., y Dema Moreno, S. (2013). Metodología no sexista en la investigación y producción del conocimiento. *Sociología Y Género/Coord. Por Capitolina Díaz Martínez Árbol Académico, Sandra Dema Moreno*.
18. Eichler, M. (1991). *Nonsexist research methods*. Londres: Routledge.
19. Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., y Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142-2153.
20. EuroQol Group. (1990). EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 16(3), 199-208.
21. Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., y Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the quality of life inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4(1), 92.
22. Gordon, V., y Tobin, M. (2002). *Insight: A cognitive enhancement program for women. facilitator's manual*. University of Minnesota School of Nursing, Minneapolis.
23. Grekin, R., y O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389-401.
24. Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática. (2016). *Reforma del artículo 60 de la ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del estado de México*. Retrieved from [http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2016/04/asun\\_3355435\\_20160405\\_1459875987.pdf](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2016/04/asun_3355435_20160405_1459875987.pdf)
25. Hetrick, S. E., Purcell, R., Garner, B., y Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post-traumatic stress disorder. *The Cochrane Library*.
26. Horsch, A. (2009). Post-traumatic stress disorder following childbirth and pregnancy loss. *Clinical psychology in practice* (pp. 274-287, Chapter xiv, 385 Pages) Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/622112529?accountid=14475>
27. Kitzinger, S. (2006). Birth as rape: There must be an end to just in case obstetrics. *British Journal of Midwifery*, 14(9), 544-545.
28. Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. (2001). The patient health questionnaire-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
29. Lapp, L. K., Agbokou, C., Peretti, C. S., y Ferreri, F. (2010). Management of post-traumatic stress disorder after childbirth: A review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 31(3), 113-122. 10.3109/0167482X.2010.503330 [doi]
30. Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Med*, 6(7), e1000100.
31. Maggioni, C., Margola, D., y Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 81-90.
32. McDonough, S. (2005). Interaction guidance: Promoting and nurturing the caregiving relationship. In A. J. Sameroff, S. C. McDonough & K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* (pp. 79-96). New York: Guilford Press.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud*.
34. Montoya, J. S., y Alzaga, G. P. (2007). Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. *Matronas Profesión*, (1), 12-19.
35. National Collaborating Centre for Mental Health, y NICE. (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guideline 26*. . Leicester (UK): The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society. NBK56494 [bookaccession]
36. Nieminen, K., Berg, I., Frankenstein, K., Viita, L., Larsson, K., Persson, U., Wijma, K. (2016). Internet-provided cognitive behaviour therapy of posttraumatic stress symptoms following childbirth-a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(4), 287-306. 10.1080/16506073.2016.1169626 [doi]
37. Olza Fernández, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos De Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace*, (111), 79-83.
38. Olza Fernandez, I. (2013). PTSD and obstetric violence. *Midwifery Today with International Midwife*, (105), 48-9, 68.
39. Onoye, J. M., Goebert, D., Morland, L., Matsu, C., y Wright, T. (2009). PTSD and postpartum mental health in a sample of caucasian, asian, and pacific islander women. *Archives of Women's Mental Health*, 12(6), 393-400.
40. Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*.
41. Peplau, H. E. (1952). Interpersonal relations in nursing. *The American Journal of Nursing*, 52(6), 765.
42. Russell, D. W. (1996). UCLA loneliness scale (version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40.
43. Sandstrom, M., Wiberg, B., Wikman, M., Willman, A. K., y Hogberg, U. (2008). A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery*, 24(1), 62-73. S0266-6138(06)00098-2 [pii]
44. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (2009). *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Retrieved from [https://www.oas.org/dil/esp/Ley\\_de\\_Proteccion\\_Integral\\_de\\_Mujeres\\_Argentina.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf)
45. Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: The Guilford Press.
46. Söderquist, J., Wijma, B., y Wijma, K. (2006). The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 113-119.
47. Sorenson, D. (2000a). *Post-traumatic stress disorder inventory*. Brookings, SD: South Dakota State University (Unpublished).
48. Sorenson, D. (2000b). *Quality of provider interactions inventory*. Brookings, SD: South Dakota State University (Unpublished).



49. Sorenson, D. S. (2003). Healing traumatizing provider interactions among women through short-term group therapy. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(6), 259-269. S0883941703001304 [pii]
50. Spielberger, C. D., y Gorsuch, R. L. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (form Y)*. Consulting Psychologists Press, Inc.
51. Stramrood, C. A., van der Velde, J., Doornbos, B., Marieke Paarlberg, K., Weijmar Schultz, W. C., y van Pampus, M. G. (2012). The patient observer: Eye-movement desensitization and reprocessing for the treatment of posttraumatic stress following childbirth. *Birth (Berkeley)*, 39(1), 70-76. 10.1111/j.1523-536X.2011.00517.x [doi]
52. TARRIER, N., y Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Behaviour Research and Therapy*, 42(12), 1377-1401.
53. Terán, P. (2013). Violencia obstétrica: Percepción de las usuarias. *Revista De Obstetricia Y Ginecología De Venezuela*, 73(3), 171-180.
54. Thomson, G., y Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: The link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 268-273.
55. Villegas Poljak, A. (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana De Estudios De La Mujer*, 14(32).
56. Waldenström, U., Hildingsson, I., y Ryding, E. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(6), 638-646.
57. Weiss, D. S. (2007). *The impact of event scale: Revised. Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (pp. 219-238) Springer.
58. Wijma, K., Söderquist, J., y Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(6), 587-597.
59. Wolpe, J. (1990). *The practice of behaviour therapy* (4th edition) Pergamon.
60. Zauderer, C. R. (2014). PTSD after childbirth: Early detection and treatment. *The Nurse Practitioner*, 39(3), 36-41. 10.1097/01.NPR.0000425827.90435.e1 [doi]