

Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto

Lilia Cristina Arranz Lara,* Wilfrido Aguirre Rivera,** Jaime Ruiz Ornelas,** Salvador Gaviño Ambriz,*** José Francisco Cervantes Chávez,*** Eduardo Carsi Bocanegra,**** Margarita Camacho Díaz,¹ Martha Georgina Ochoa Madrigal**

RESUMEN

La depresión posparto es un padecimiento multifactorial que padecen 15% de las mujeres que han parido. Se comunica el caso clínico de una mujer de 32 años de edad, internada en la Clínica de Depresión Postparto de la Coordinación de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, de la Ciudad de México. La paciente la valoró el personal de los servicios de psiquiatría y psicología, quienes le diagnosticaron depresión posparto. Se decidió el internamiento conjunto con su hijo durante dos semanas para estudio y tratamiento específico. Se le efectuaron varias pruebas de valoración y se diseñaron las intervenciones específicas por parte del equipo multidisciplinario.

Palabras clave: depresión posparto, estrés, enfoque multidisciplinario.

ABSTRACT

Postpartum depression is a multifactorial condition suffered by 15% of women after delivery. We report a clinical case of a 32 years old female admitted at Postpartum depression clinic of gyneco-obstetric coordination at Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, Mexico City. Patient was evaluated by psychiatric and psychological service personnel and diagnosed as with postpartum depression. She was admitted with her child during two weeks to be studied and treated. Several evaluation tests were applied and specific interventions by multidisciplinary team were designed.

Key words: postpartum depression, stress, multidisciplinary approach.

RÉSUMÉ

15% des femmes qui ont accouché souffrent dépression post-natale. On rapporte le cas d'une femme de 32 ans, internée à la Clinique de Dépression Post-natale de la Coordination de Gynécologie et Obstétrique du Centre Médical National 20 Novembre, ISSSTE, de la Ville de Mexico. La patiente a été valorisée par le personnel de services de psychiatrie et psychologie, qui ont diagnostiqué dépression post-natale. On a décidé l'internement conjoint avec son enfant pendant deux semaines pour étude et traitement spécifique. On a effectué plusieurs tests de valorisation et on a dessiné les interventions spécifiques de la part de l'équipe multidisciplinaire. L'identification opportune et l'intervention multidisciplinaire précoce ont permis de diminuer le temps de la souffrance et l'impact sur le nourrisson par des situations de détachement émotionnel. Le séjour dans une zone d'hospitalisation spécialement dessinée pour la meilleure relaxation de la mère et cohabitation agréable avec son enfant dans une zone non psychiatrique contribue au fait que la mère et sa famille perçoivent cette souffrance comme un événement qui peut arriver fréquemment dans les suites de couche.

Mots-clés: dépression post-natale, stress, approche multidisciplinaire.

* Doctora en psicología. Área de intervención psicológica, Coordinación de Ginecología y Obstetricia.
** Médico especialista, adscrito al servicio de psiquiatría.
*** Médico especialista, adscrito a la Coordinación de Ginecología y Obstetricia.
**** Médico especialista, adscrito a la Coordinación de Pediatría.
1 Médico especialista, adscrito al servicio de medicina materno fetal de la Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

Correspondencia: Dra. Lilia Cristina Arranz Lara. Coordinación de Ginecología y Obstetricia. CMN 20 de Noviembre, ISSSTE. Av. Coyoacán y Félix Cuevas. Colonia del Valle. México 03100, DF. Recibido: noviembre, 2007. Aceptado: abril, 2008.

Este artículo debe citarse como: Arranz LLC, Aguirre RW, Ruiz OJ, Gaviño AS y col. Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. Ginecol Obstet Mex 2008;76(6):341-8.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

RESUMO

Em 15% das mulheres que tiveram filhos padeceram de depressão pós-parto. Comunica-se um caso de uma mulher com 32 anos de idade, internada na Clínica de Depressão Pós-parto da Coordenação de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Médico Nacional 20 de Novembro, SUS, da Cidade do México. A paciente foi tratada pelo pessoal de psiquiatria e psicologia, o qual diagnosticaram depressão pós-parto. Decidiu-se então o internamento conjunto com seu filho durante suas semanas para estudos e tratamento específico. Foram feitas várias provas de valorização e traçaram intervenções específicas por parte da equipe multidisciplinária. A identificação adequada e a intervenção multidisciplinária precoce permitiram diminuir o tempo de padecimento e o impacto na lactante por situações de desapego emocional. A permanência em uma área de hospitalização especialmente psiquiátrica ajuda a mãe e a seus familiares a perceber o padecimento como uma situação que freqüentemente pode ocorrer no pós-parto.

Palavras-chave: depressão pós-parto, estresse, enfoque multidisciplinário.

La maternidad tiene muchas facetas, no todas agradables, como la depresión posparto. Entre sus consecuencias negativas están: falta de bienestar del recién nacido, tristeza, angustia y desesperación de la madre, conflictos familiares o psicosociales y, en muchos casos, problemas de moderados a graves en el desarrollo infantil. Éste es un fenómeno que padecen cerca de 15% de las mujeres que dan a luz.

DEFINICIÓN

Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las cuatro y las seis semanas posparto.¹

Es importante diferenciar la reacción depresiva puerperal de la depresión posparto. La reacción depresiva puerperal, conocida también como *baby blues* es común y afecta del 30 al 75% de las mujeres que acaban de tener un hijo. Esta forma de cambios de humor en el posparto se debe, principalmente, a la súbita caída hormonal, es de alivio espontáneo y no requiere tratamiento específico, más allá de la educación y el apoyo familiar.²

La depresión posparto tiene un efecto significativo en la salud del neonato porque es frecuente que sufra diversas formas de abandono o alejamiento afectivo. Además de la causa endocrina de la depresión posparto, sus síntomas centrales se refieren a problemas de autopercepción y conflicto psicosocial. Algunos de los cambios emocionales son: tristeza, llanto fácil, ansiedad, sensación de estar rebasada, pensamientos obsesivos, enojo, irritabilidad, aislamiento, sentimiento de soledad, culpa, desinterés por las cosas y cansancio, entre otros.³

Los conflictos más comunes con el recién nacido son: dificultades e inseguridad en el rol materno, ambivalencia

y rechazo a ser madre, problemas de comunicación con el padre del niño o con su propia madre. Los factores sociales, económicos e interpersonales, y el antecedente de depresiones previas contribuyen, en buena medida, a la evolución de este padecimiento. En los episodios depresivos graves del posparto se deteriora seriamente la actividad social o laboral, hay dificultades para alimentarse, vestirse o mantener un mínimo de higiene personal y, sobre todo, maltrato o descuido al neonato; en algunos casos pensamientos suicidas o de daño al menor.⁴

Los factores de riesgo son: antecedentes de psicopatología y depresión posparto, problemas psicológicos durante el embarazo, bajo soporte social, malas relaciones maritales, estilos de vida muy estresantes y eventos traumáticos recientes.⁵

MODELOS TERAPÉUTICOS

De acuerdo con los consensos internacionales, el tratamiento de la depresión posparto puede ser:

Farmacológico

Antidepresivos. En estudios controlados se ha demostrado que el tratamiento antidepresivo tiene un efecto benéfico en las pacientes con depresión posnatal moderada, sobre todo la fluoxetina.

Ansiolíticos. Son útiles como tratamiento concomitante con antidepresivos, sobre todo cuando los problemas de sueño perturban el funcionamiento de la madre.

Terapia hormonal. Diversos estudios señalan que para contrarrestar los efectos desestabilizadores de los esteroides gonadales en el estado de ánimo pueden indicarse estrógenos transdérmicos con progesterona cíclica, que han demostrado ser más efectivos que el placebo en pacientes con depresión posnatal de moderada a grave. Algunos datos preliminares sugieren que el estrógeno com-

binado con tratamiento antidepresivo puede ser benéfico. Sin embargo, la preocupación por sus efectos colaterales, particularmente la hiperplasia endometrial y la trombosis, puede limitar su indicación.

Psicosocial

En la bibliografía está demostrado el papel que ejercen las intervenciones psicosociales, como la consejería y la psicoterapia. Entre los diversos enfoques psicoterapéuticos está la terapia cognitivo-conductual, que se considera un instrumento terapéutico de elección preferencial para el manejo de la depresión posparto, por su capacidad de lograr modificaciones importantes en un lapso breve, debido a que puede reintegrar a la madre a una situación de bienestar personal y de cuidado del menor.⁶ Esta terapia se basa en el cambio de la premisa que tiene la paciente de la distorsión de la realidad, ocasionada por los pensamientos negativos que la persona tiene de sí misma, del futuro y del mundo. Ésta es la llamada tríada cognitiva: visión negativa e irrealista de la realidad (visión negativa del mundo), pérdida de la esperanza respecto al futuro (visión negativa del futuro) y baja autoestima con pensamientos autodestructivos (visión negativa de sí mismos).

La depresión posparto genera en la mujer un elevado índice de pensamientos negativos, generalmente relacionados con una tendencia notoria a considerarse inútil, inadecuada, deficiente o insuficiente, incapaz, con falta de voluntad. Con frecuencia aparecen sentimientos de ambivalencia hacia el recién nacido, su pareja y familiares. Miran el futuro complicado y sin esperanza alguna. Mediante la terapia cognitiva el terapeuta intenta corregir estas “distorsiones cognitivas”. Así mismo, se recomienda que el terapeuta fomente el refuerzo de redes de apoyo (*social support*), sobre todo, promover que la pareja y sus familiares cercanos se involucren y apoyen a la madre en el cuidado del menor, de forma que la madre perciba esta ayuda como auxiliadora, sin intrusión en su intimidad.

Físico

Está demostrado que el ejercicio físico y de relajación, lo mismo que la fototerapia, contribuyen a reducir los grados de depresión. La terapia de relajación y antiestrés y la terapia con luz brillante son muy recomendables porque ayudan a la madre a obtener una sensación de tranquilidad y bienestar físico.

Internamiento en habitación conjunta (madre-hijo)

Muchos estudios han determinado como una aproximación efectiva al tratamiento de este padecimiento, el internamiento hospitalario conjunto de la madre y su hijo. Las ventajas más importantes son: la promoción del acercamiento sin temor de la madre a su hijo, encauzar a la madre a que encuentre su rol de manera natural y, al mismo tiempo, se promueve y se da apoyo a la pareja y a los familiares cercanos, para que colaboren en esta dinámica. El internamiento de la madre y su recién nacido en áreas psiquiátricas está prohibido en todo el mundo, debido a los riesgos inherentes de esta área para la madre y su hijo, quienes deben hospitalizarse en áreas que brinden seguridad y bienestar para ellos. Por esta situación, el equipo multidisciplinario que se formó para la investigación y tratamiento de la depresión posparto promovió la creación de la Clínica de Depresión Postparto en la Coordinación de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en la Ciudad de México en enero de 2006. Es una clínica precursora en América Latina en un instituto de seguridad social, con un modelo similar de intervención al que se realiza en clínicas privadas o en hospitales universitarios, como: *Australian Masada Clinic, Winnicott Unit Research*,⁷ *Harvard University Medical School, Wisconsin Medical School* y los lineamientos del *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*.¹

OBJETIVO

Describir la intervención multidisciplinaria que permitió que una mujer con diagnóstico de depresión posparto moderada pudiera disminuir los síntomas más agudos de este padecimiento en tres semanas.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 36 años de edad, con escolaridad universitaria, trabajadora, de estrato socioeconómico medio, casada, sin diagnóstico psiquiátrico previo, aparentemente sana, primigesta, sin complicaciones en el embarazo y parto, con cinco semanas de puerperio y con diagnóstico de depresión posparto moderada.

El diseño de la investigación es de tipo experimental, longitudinal, prospectivo, comparativo (antes-después)

y abierta, con una intervención multidisciplinaria que tuvo lugar en la Clínica de Depresión Postparto, del servicio de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, donde fue adaptada una habitación específica para mejor tratamiento de esta enfermedad. El diseño de la habitación y del mobiliario es con colores que proporcionan a la madre y a su hijo un ambiente de tranquilidad y relativa comodidad, con el propósito de eliminar estresantes externos que, de alguna forma, exacerbaban este padecimiento.

El internamiento fue durante diez días, con una semana intermedia de externamiento para observación. Las evaluaciones se realizaron al inicio de la primera semana de internamiento, y se repitieron al terminar la segunda semana de hospitalización. Al mismo tiempo se vigiló a la lactante, quien no tuvo diagnóstico sobresaliente. La intervención fue multidisciplinaria y los servicios implicados realizaron las siguientes acciones:

Ginecología y obstetricia

Evaluación y tratamiento de los problemas endocrinos o ginecoobstétricos del posparto, sobre todo la indicación de terapia para el desequilibrio hormonal, que es uno de los factores bioquímicos que puede coexistir en estos padecimientos.^{8,9} A la paciente se le realizaron los siguientes estudios de laboratorio y gabinete:

1) Cortisol en suero (como indicador biológico del estrés crónico antes y después de los tratamientos). Se evalúa para registrar los cambios de su concentración en la sangre para que el clínico pueda tener un panorama del funcionamiento del psicofármaco.¹⁰

2) Perfil hormonal, que permite la vigilancia metabólica del posparto, en particular las concentraciones de estradiol, progesterona y prolactina.

3) Química sanguínea, para determinar la homeostasis de la paciente, con insistencia en el estudio de glucosa en sangre para descartar diabetes que pudiera influir en los estados depresivos.

4) Ultrasonido, para descartar alteraciones estructurales del útero y del ovario que no se hayan detectado previamente, como: miomatosis o tumores de ovario (de células germinales) que afectan a mujeres en edad fértil y que pudieran ocasionar alguna alteración hormonal que influya en la condición médica.

Psicología

Evaluación de la depresión posparto y de los síntomas concomitantes de acuerdo con los siguientes instrumentos:

Escala perinatal de Edinburgh. Este instrumento permite la detección y cuantificación de la depresión posparto. Es un cuestionario de 10 preguntas, fácil de aplicar. Si la mujer tiene un puntaje de 13 o más puntos indica que existe el criterio de clasificación de depresión posparto. Una breve entrevista clínica de revisión de los síntomas puede contribuir a establecer este diagnóstico.¹¹

Escala de estrés subjetivo (Levenstein's Perceived Stress Questionnaire). Este instrumento permite medir el grado de estrés durante el posparto y evalúa si las experiencias subjetivas son estresantes y clasifica siete aspectos del estrés: sentirse sobrecargado, hostigamiento, irritabilidad, falta de alegría o interés, fatiga, preocupaciones y tensión.¹²

Cuestionario de evaluación del sueño (Pittsburg Sleep Diary) de Monk y Reynolds. Este instrumento es útil para el registro de toda la información relacionada con el sueño: tiempo total de sueño, interrupción del sueño, tiempo de alerta, número y tiempo de siestas, horario para acostarse y levantarse.¹³

Pruebas proyectivas de la personalidad. Test del árbol, casa y persona (*House, Tree and Person*), test del dibujo de la persona humana (*Machover*), test de la pareja en interacción y test desiderativo. Estas pruebas se aplicaron con la finalidad de descartar un padecimiento grave y como fuente de información para el diseño de las diferentes terapias.

Paidopsiquiatría

Evaluación de la interacción materno-infantil por medio de la escala de interacción materno-infantil (*Bethlem Mother-Infant Interaction Scale*) de Kumar-Hypwell que analiza la calidad y cantidad de la interacción materno-infantil. Evalúa el contacto visual, físico y verbal, el estado de ánimo, la rutina general, el riesgo para el infante y la condición de éste.¹⁴

Psiquiatría

Se realizó una historia clínica psiquiátrica para determinar la gravedad del trastorno depresivo y de la ansiedad, con base en los criterios establecidos por el *Manual*

diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR).¹⁵ De acuerdo con el diagnóstico efectuado se evaluó la indicación del medicamento antidepresivo.¹⁶ Para disminuir el cuadro de depresión posparto moderada se indicó clorhidrato de paroxetina a la dosis de 20 mg diarios. Este medicamento tiene un perfil antidepresivo y ansiolítico potente y se administró durante seis meses. Durante la estancia hospitalaria se vigiló diariamente a la paciente, y a su egreso hospitalario se le citó para revisión quincenal y, posteriormente, una vez al mes, durante seis meses. Se realizaron sesiones diarias de una hora de duración de psicoterapia cognitivo-conductual con la madre. El tratamiento cognitivo conductual de la depresión posparto diseñado para nuestro centro médico es para manejo intensivo, se realiza al menos cinco días hábiles si se requiere de hospitalización breve y máximo 10 días, cuando el caso así lo amerita. Siempre con un periodo de egreso intermedio de la paciente.

Se estableció el plan de trabajo cognitivo del tratamiento, que consistió de cinco pasos. En el primero se realizó una historia de vida psicológica de la paciente. En el segundo se trabajó en “desmitificar” la depresión; es decir, mediante información de tipo médico (breve, sin tecnicismos), se le señaló a la paciente que el trastorno depresivo se debe a una variedad de factores neurobioquímicos, estrés y presiones sociales, pero no a deficiencias psicológicas personales. Esto ayudó, en gran medida, a disminuir la depresión, la ansiedad y la culpa. En seguida, en el tercer paso, se educó a la paciente para distinguir las distorsiones en su pensamiento y las relaciones que éste guarda con sus emociones y su actuar. Cuarto paso: se educó a la paciente para la búsqueda de pruebas objetivas, a favor y en contra, de que sus pensamientos distorsionados (también llamados ideas irrationales) exacerbaban la depresión. Estas ideas irrationales se sometieron a una prueba de realidad para verificar la realidad o distorsión de las mismas. Y, finalmente, quinto paso, con lo logrado en el cuarto paso se realizó el reencuadre de las situaciones actuales, buscando la parte útil de la experiencia. El tratamiento conductual se reforzó con sesiones de relajación, para favorecer la reducción importante del estrés.¹⁷

Pediatria

Vigilancia y control diario durante la hospitalización conjunta del lactante, sobre todo observación directa de posibles efectos adversos, si la madre está lactando

mientras toma antidepresivos. El plan semanal consistió en un enfoque de información y aprendizaje en el manejo del lactante sano.¹⁸

RESULTADOS

Todas las especialidades participantes hicieron evaluaciones antes y después del tratamiento. Con estos datos se realizaron las diferentes acciones terapéuticas por especialidad y se obtuvieron los siguientes resultados:

Tratamiento ginecoobstétrico. Los estudios de laboratorio arrojaron los resultados que se señalan en el cuadro 1.

Debido a la disminución reportada de las concentraciones hormonales y para regular sus ciclos menstruales, el ginecólogo especializado le indicó acetato de clormadinona (2 mg) y mestranol (80 mg) durante 20 días, a los tres meses del parto. Al terminar este tratamiento, y debido a la negativa de la paciente a tener relaciones sexuales por el temor a un nuevo embarazo y, sobre todo, volver a padecer los síntomas depresivos, se le sugirió la anticoncepción oral con levonogestrel (0.15 mg) y etinilestradiol (0.03 mg). Posteriormente, se revaloraron las concentraciones hormonales que demostraron mejoría importante de las concentraciones de estradiol y prolactina (cuadro 1). También se le indicó tratamiento específico para flora bacteriana mixta, debido a que en la biopsia de fondo de saco vaginal se apreció inflamación crónica inespecífica subepitelial.

En los estudios de ultrasonografía se encontró: útero en AVF 76 por 44 por 40 mm; ecosonograma endometrial 10 mm, cara anterior del útero con imagen hipoecoica de 16 mm de diámetro intramural, compatible con mioma; ambos ovarios sonográficamente normales; miomatosis de pequeños elementos. La afección anatómica no tenía relación con su problema hormonal. A la paciente se le dio asesoría específica por parte de la médica perinatóloga, para el manejo de esta problemática.

Tratamiento psiquiátrico. Los resultados de la valoración psiquiátrica realizada de acuerdo con el *Manual diagnóstico y estadístico IV* de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (cuadro 2).

De acuerdo con los resultados anteriores y los datos que arrojó el estudio de cortisol, que en principio mostró concentraciones muy elevadas, indicadoras de estrés (cua-

Cuadro 1. Resultado de algunos valores de la química sanguínea y estudios independientes de hormonas

Estudio	Primera valoración	Segunda valoración	Valor de referencia
Cortisol en suero	800 nmol/L	546 nmol/L	126-662 nmol/L
Glucosa en sangre	81.0 mg/dL	74.0 mg/dL	70-108 mg/dL
Prolactina	447 mUI/L	Sin reactivo	21.2-610 mUI/L
Estradiol	< 73.4 pmol/L	218 pmol/L	111-962 pmol/L
Progesterona	< 0.636 nmol/L	1.69 nmol/L	F.F.:1.0-6.3, F.L. 12.9-69 nmol/L

dro 1), se confirmó el diagnóstico de depresión grave con ansiedad; por esto se le indicaron a la paciente 20 mg al día de clorhidrato de paroxetina. Este medicamento tiene un perfil antidepresivo y ansiolítico potente. La mejoría clínica esperada se apreció luego de 20 días, como es característico con los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Se administró durante seis meses, de acuerdo con la evolución. Mientras estuvo hospitalizada se le vigiló; después de salir del hospital se le citó para revisión cada 15 días. Por la franca disminución de los síntomas ansiosos y depresivos las consultas se espaciaron a una por mes en el lapso de seis meses (cuadro 2).

Tratamiento psicológico. Los resultados de las evaluaciones psicológicas se muestran en el cuadro 3.

Con base en los datos previos se diseñó el plan terapéutico y de relajación para esta paciente. En el modelo cognitivo-conductual el primer día se encontró con un grado de ansiedad importante. Posterior a la “desmitificación” del trastorno depresivo se advirtió disminución de la ansiedad y, específicamente, de su sentimiento de culpa.

La paciente se mostró cooperadora con el aprendizaje de los conceptos de la terapia y la evolución se orientó hacia la mejoría clínica. La terapia de relajación se realizó mediante imaginería, con buen grado de profundidad y con notoria disminución del estrés.

Tratamiento paidopsiquiátrico. El médico especialista indicó, después de la valoración de la interacción, recomendaciones específicas para mejorar la calidad del vínculo materno-infantil; entre las más relevantes estuvieron: promover el contacto verbal y visual con la menor, así como desensibilizar los temores maternos en el cuidado de su hija, áreas en las que obtuvo puntuación baja (cuadro 3).

Tratamiento pediátrico. Puesto que en la exploración física no se encontraron alteraciones y el desarrollo neurológico era congruente con la edad, se le trató como a cualquier lactante sano; sin embargo, en la valoración inicial se le encontró irritable, estreñida y con poco alimento. Al término de la segunda semana de ingreso se advirtió que se había alimentado mejor, evacuaba con regularidad y estaba menos irritable.

Cuadro 2. Evaluación psiquiátrica según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*

Diagnóstico DSM-IV-TR	Evaluación inicial	Evaluación final
Estado de ánimo	Triste, con pérdida de interés por actividades habituales	Más relajado, con mayor interés por actividades habituales
Sentimiento de inutilidad y autorreproche	Presente	Ausente
Capacidad de concentración y pensamiento	Reducida	Normal
Psicomotricidad	Lenta	Normal
Apetito	Disminuido	Normal
Sueño	Hipersomnia	Normal
Llanto	Frecuente	Esporádico
Irritabilidad	Frecuente	Esporádica
Ansiedad	Muy elevada, con ataques de pánico	Moderada
Pensamientos obsesivos	Frecuentes	Esporádicos
Pensamientos de muerte	Pensamientos esporádicos	Ausentes
Pensamientos de daño al hijo	Ninguno	Ninguno
Dificultad para el cuidado del hijo	Disminuida	Mejoría importante

Cuadro 3. Valoraciones psicológicas según la escala perinatal de Edinburgh,* escala de estrés percibido,** cuestionario de evaluación del sueño*** y escala de interacción materno-infantil****

Prueba aplicada	Evaluación inicial	Evaluación final
Cuantificación de la depresión posparto *	Depresión moderada	Sin depresión
Estrés subjetivo **	Estrés muy elevado	Estrés moderado
Evaluación del sueño ***	Reducida cantidad y calidad de sueño diario	Normal cantidad y calidad de sueño diario
Vínculo materno-infantil****	Perturbación leve	Sin perturbación

COMENTARIOS

Si bien es cierto que la mayor parte de los síntomas de la depresión posparto cesan espontáneamente, está demostrado que esto no sucede antes de seis meses; en algunos casos hasta los 12 o 15 meses. La importancia de la comunicación de este caso estriba en poder observar con detenimiento una intervención antes-después del equipo multidisciplinario en la clínica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. La identificación oportuna y la intervención multidisciplinaria temprana de este padecimiento tienen como ventaja principal no sólo disminuir el tiempo del padecimiento, sino sobre todo reducir el efecto en el lactante menor por situaciones de desapego emocional, descuido en los cuidados básicos, abandono de la lactancia y, en algunos casos, maltrato abierto, eventos que dejan al menor muy susceptible ante los estresantes psicosociales.

La principal labor de la intervención del ginecólogo fue la vigilancia médica y el re establecimiento del equilibrio metabólico y hormonal de la mujer en el posparto. La del pediatra vigilar y cuidar al menor durante las semanas de internamiento, sobre todo porque muchos de estos infantes se vuelven llorones, irritables, inquietos y sufren de cólicos tempranos, inquietud nocturna, alergias o reflujo. La visita diaria al psiquiatra permitió la adecuación de la paciente al medicamento antidepresivo y la dosis óptima de acuerdo con la evolución de los síntomas. Las psicoterapias de enfoque cognitivo-conductual contribuyeron a mejorar la comprensión del padecimiento y a que la paciente, por sí misma, encontrara vías individuales para el manejo de situaciones que le generaban estrés crónico, ansiedad, angustia y tristeza.

Las evaluaciones psicológicas permitieron mejor apoyo individual y familiar en los puntos de conflicto más importantes. Los resultados de laboratorio, especialmente los del cortisol, que fue el patrón de referencia, indican disminución significativa del estrés crónico. La asesoría

a la paciente por parte de las enfermeras, nutriólogas y trabajadoras sociales, con respecto a las modificaciones que fue necesario efectuar para lograr mejor cuidado de su hijo y de su entorno, resultó favorable.

CONCLUSIONES

La estancia en un área de hospitalización especialmente diseñada para la mejor relajación de la madre y convivencia agradable con su hijo en un área no psiquiátrica, como la materno-fetal, ayuda a la madre y a sus familiares a percibir este padecimiento como un evento que frecuentemente puede ocurrir en el posparto. Es necesario crear conciencia de la posibilidad de padecer esta enfermedad en el médico ginecólogo y obstetra para que así pueda realizarse el diagnóstico oportuno y su referencia a un centro especializado. La Clínica de Depresión Postparto del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE es precursora en México, por ello esta publicación busca mostrar su metodología de trabajo.

REFERENCIAS

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal Depression and Puerperal Psychosis. Scotland Royal College of Physicians 2002.
2. Peindl KS, Wisner KL, Hanusa BH. Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. J Affective Disorders 2004;80:37-44.
3. Nonacs RM. Postpartum depression. [On line: <http://www.emedicine.com/med/topic3408.htm>] Updated 2005.
4. Austin MP, Priest SR. Clinical issues in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. Acta Psychiatr Scand 2005;112:97-104.
5. Tatano-Beck C, Driscoll J. Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide. Sudbury Mass: Jones Publishers, 2006.
6. Clark R, Tiuczeck A, Wenzel A. Psychotherapy for postpartum depression: a preliminary report. Am J Orthopsych 2003;73:441-54.

7. Fisher J, Feekery C, Rowe H. Treatment of maternal mood disorder and infant behavior disturbance in an Australian private mothercraft unit: a follow-up study. *Arch Wom Ment Health* 2004;7:89-93.
8. Jongitud-Aguilar A, Tomasso G, Cafferatta ML. Early postpartum discharge: systematic review of the literature. *Ginecol Obstet Mex* 2003;71:143-51.
9. Hochberg Z, Pacak K, Chorusos G. Endocrine withdrawal syndromes. *Endocr Rev* 2003;24:523-38.
10. Cameron OG, Starkman MN, Schleigert DE. The effect of elevated systemic cortisol levels on plasma catecholamines in patients with and without depressed mood. *J Psychiatr Res* 1995;29:347-60.
11. Espíndola JG, Mota C, Díaz E, Meza P, et al. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgh en pacientes del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004;18:178-86.
12. Sanz-Carrillo, García-Campayo J, Rubio A, Saled MA, et al. Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *J Psychosom Res* 2002;52:167-72.
13. Grandner MA, Kripke D, Yoon MY, et al. Criterion validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index: Investigation in a non clinical sample. *Sleep and Biological Rhythms* 2006;4:129-36.
14. Stocky AJ, Tonge BJ, Numi RJ. The reliability and validity of the Bethlehem Mother-Infant Interaction Scale. *BJ Psych* 1996;169(1):27-9.
15. López-Ibor J, Valdés M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). 1^a ed. Barcelona: Masson, 2002;pp:471-72.
16. Hoffbrand S, Howard L, Cravley H. Antidepressant treatment for post-natal depression (Cochrane Review). Issue 3. UK: Cochrane Library, 2004.
17. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1039-45.
18. Aguirre W, Álvarez A, Arranz L y col. Lineamientos para el manejo de antidepresivos en la lactancia en la clínica de depresión postparto del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE. *Rev Espec Med-Quir* 2005;11:6-8.

¿Puede la menstruación presentarse sin que tenga lugar la ovulación?

Esto está demostrado; se ha citado la persistencia del flujo menstrual, no obstante la castración ovárica bilateral, pero los hechos no son concluyentes. Sea como fuere, aparte las excepciones mencionadas, se puede sentar que los fenómenos ovulación y menstruación *coinciden* y que *una menstruación regular indica una ovulación normal*.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941;p:6.