

Estudio descriptivo de un grupo psicoterapéutico de pacientes obstétricas con trastorno mental

JOSÉ GABRIEL ESPÍNDOLA-HERNÁNDEZ,^a FRANCISCO MORALES-CARMONA,^b EDGAR DÍAZ-FRANCO,^a PILAR MEZA-RODRÍGUEZ,^a CLAUDIA SÁNCHEZ-BRAVO,^a JORGE CARREÑO-MELÉNDEZ,^a ALEJANDRO ESCALANTE-VARELA,^c ANNA IBARRA MEDINA-MORA,^d ANA LAURA BRULL-JIMÉNEZ^e

RESUMEN

Antecedentes: El embarazo y el puerperio son factores de riesgo para la aparición de psicopatología. El padecimiento de un trastorno mental pregestacional es un factor de alto riesgo perinatal que requiere atención psicológica.

Objetivo: Presentar los resultados de un grupo de psicoterapia focalizada, breve y con objetivos específicos.

Material y método: Se evaluó un grupo de 24 mujeres. Se obtuvo información sociodemográfica, obstétrica y neonatal. Las mujeres se manejaron en sesiones que fueron grupales.

Resultados: El trastorno depresivo fue el diagnóstico más frecuente, seguido del trastorno bipolar, de ansiedad, personalidad y abuso de sustancias. Resalta el hecho de que nueve de las 24 pacientes padecían ideación suicida en el mes previo al embarazo y cinco de ellas, contaban con al menos un intento suicida. Durante el proceso de psicoterapia u hospitalización, no hubo intentos de suicidio y ninguna de las nueve mujeres con diagnóstico de depresión presentó depresión puerperal, sólo una presentó autolesiones. La psicoterapia grupal breve y el esquema mixto, fueron efectivos en el manejo sintomático de las pacientes.

PALABRAS GUÍA: *Embarazo, psicoterapia de grupo, trastorno mental, tratamiento.*

INTRODUCCIÓN

En el año 2004, Currid¹ describió el embarazo y el puerperio como una condición fisiológica que se

acompaña de cambios emocionales, físicos y sociales en la madre, su pareja y el resto de la familia. Para muchas mujeres esta condición puede llevar a un estado de grave estrés psicosocial, mismo que puede incrementar el riesgo de la madre y su familia de padecer alguna crisis psicológica o enfermedad mental. Otros autores,² sugieren que además de los cambios fisiológicos y somáticos, el embarazo es un fenómeno complejo que incluye cambios psicológicos y sociales. Consideran al embarazo en general y a la primera gestación en particular, como un poderoso evento psicológico que se asocia con cambios fundamentales en el funcionamiento mental. Los mismos autores informaron que cada uno de los pensamientos de la mujer sobre su embarazo, le genera miedos en el

^a Psicólogo adscrito al Departamento de Psicología INPerIER.

^b Jefe del Departamento de Psicología INPerIER.

^c Residente de Psiquiatría Instituto Nacional de Psiquiatría "Juan Ramón de la Fuente Muñoz".

^d Estudiante de licenciatura de la Universidad Iberoamericana.

^e Estudiante de licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia:

José Gabriel Espíndola Hernández

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes",
Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes, C.P. 11000. Torre de Investigación, Departamento de Psicología.

Recibido: 15 de octubre de 2006.

Aceptado: 18 de diciembre de 2006.



curso del mismo y su posible solución, lo que puede alcanzar el grado de fobias en la paciente.

Morales-Carmona,³ al referirse a la población que se atiende en una institución de tercer nivel de atención (cuyo objetivo primordial no es la atención de la salud mental, sino de eventos médicos relacionados a la reproducción humana) sugiere que generalmente estos eventos facilitan la aparición de respuestas emocionales que, bajo otros contextos, pueden ser catalogadas como respuestas patológicas. Sin embargo, las reacciones observadas están claramente relacionadas con la situación médica y reproductiva por la que atraviesa la mujer. Morales-Carmona⁴ también informa que la enfermedad física induce, en quien la padece, una amplia gama de emociones que de acuerdo con el tipo de padecimiento y pronóstico, tendrán una particular forma de expresión y solución.

En México la estadística de trastornos mentales durante el embarazo y puerperio es poco clara, sin embargo, se observa un ligero incremento en la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa. En población abierta, Medina-Mora⁵ refiere que 11.6% de las mujeres han padecido algún tipo de trastorno mental en el último año y 4.6% en el último mes.

En una muestra de 264 mujeres embarazadas del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER) de la Ciudad de México, se informó⁶ un incremento de dos a tres puntos porcentuales con respecto a la media poblacional. El incremento correspondió, fundamentalmente, a la presencia de un probable episodio depresivo y de sintomatología ansiosa, asociada a complicaciones médicas, sociales, familiares y de rol. Por otra parte, la prevalencia de trastornos psiquiátricos en el INPerIER en el año 2004, fue del 1.8%.⁷ Sin embargo, las manifestaciones emocionales reactivas a eventos estresores, caracterizadas como probable malestar psicológico, correspondieron a 52.2%.⁸

La intervención psicológica durante el embarazo es fundamental, ya que se ha demostrado que es útil en la prevención de diversos trastornos mentales, fundamentalmente en la depresión y la ansiedad.^{1,2,9,10} Por ejemplo, en un hospital de Dinamarca se documentó¹¹ una prevalencia de 87% de diagnósticos de trastorno de ajuste (CIE-10. F43.2), en embarazadas referidas al servicio de psiquiatría. Así mismo, 52% de las pacientes atendidas contuvieron su sintomatología y mostraron mejoría, después de una o cuatro sesiones de psicoterapia.

Los estudios que aluden a la atención de los trastornos mentales en mujeres obstétricas (particularmente los focalizados a la depresión perinatal y puerperal) son diversos en relación con el abordaje metodológico y el tipo de población.¹²⁻¹⁸ Sin embargo, la mayoría de los trabajos sugieren los beneficios de la psicoterapia y la intervención farmacológica como tratamientos de elección, aun cuando en algunos de ellos, se ha informado que esta última opción, es poco efectiva.¹⁹

Desde el punto de vista psicoterapéutico, existen tres modelos de intervención²⁰ para el tratamiento de la mujer embarazada con algún trastorno mental y, particularmente, de aquellas con trastorno depresivo: la psicoterapia cognitiva,²¹ la psicoterapia interpersonal o psicodinámica²² y los tratamientos farmacológicos.²³ Estos tres modelos de intervención son en los que se ha generado la mayor evidencia clínica.²⁴

El presente trabajo tiene como objetivo mostrar el resultado de la psicoterapia grupal breve, interpersonal, abierta, focalizada, y de objetivos específicos durante el embarazo en gestantes con diagnóstico de trastorno mental.

MATERIAL Y MÉTODO

A lo largo de 18 meses (de marzo de 2004 a septiembre de 2005), se invitó a participar en un grupo de psicoterapia breve a las embarazadas con diagnóstico de trastorno mental, de acuerdo con los criterios del DSM-IV,²⁵ las cuales fueron seguidas durante su control prenatal en el INPerIER. La selección de la muestra se realizó mediante una estrategia de muestreo por cuota, utilizando como criterios de inclusión: padecer algún tipo de trastorno mental, estar embarazada y tener escolaridad mínima de seis años. Así mismo, se incluyeron a las mujeres que contaran con expediente clínico en la institución y fueran canalizadas al Departamento de Psicología del INPerIER, para su atención en salud mental. Los criterios de exclusión fueron: presentar retraso mental, tener psicopatía o sintomatología paranoide y pertenecer a otros protocolos institucionales en el área de salud mental.

Se realizaron dos entrevistas diagnósticas, una estructurada y otra semi-estructurada, llevadas a cabo por especialistas en salud mental (un psiquiatra y un psicólogo clínico). Para su inclusión en el grupo de psicoterapia, los casos fueron discutidos por los

especialistas en sesión conjunta.¹¹ El grupo fue dirigido por un terapeuta y coterapeuta, con regularidad de una sesión a la semana y duración de 90 minutos. La psicoterapia se mantuvo a lo largo de la gestación. El tipo de psicoterapia brindada fue de tipo breve, psicodinámica, interpersonal, focalizada y de objetivos específicos.

Los objetivos que se pretendieron alcanzar fueron los siguientes:

- Contención sintomática, incluida la ansiedad gestacional.
- Ampliación del juicio de realidad.
- Fortalecimiento de las estructuras yoicas.
- Adherencia terapéutica a tratamiento obstétrico y psiquiátrico,
- Preparación de la madre para los cuidados maternos y nuevo rol.

La evaluación de los objetivos se realizó mediante indicadores clínicos, tales como: presencia de intentos suicidas, aceptación y realización de los cuidados maternos y de crianza, necesidad de esquemas psicofarmacológicos de emergencia en el área de hospitalización, diagnósticos de depresión puerperal, presencia de autolesiones o conductas auto o heteroagresivas.

La captura de los datos de la madre obtenidos en la entrevista y la de los neonatos, obtenidos mediante expediente clínico en el puerperio, se realizó y analizó en el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 10.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 24 pacientes que cursaban con embarazo de alto riesgo y que padecían algún tipo de trastorno mental, de un total de 146 pacientes, la cual fue derivada al Departamento. Esta cifra representa 16.4 % de las pacientes psiquiátricas atendidas en la institución en un periodo de 18 meses. Las 24 mujeres recibieron psicoterapia de grupo con los mismos terapeutas y bajo las mismas condiciones de encuadre terapéutico.

La mitad de la muestra (12) eran primigestas; la otra, cursaba entre la segunda y quinta semana de gestación. La escolaridad tuvo un intervalo de seis a 16 años de estudio, con una media de 12 (± 2.84) años. En cuanto al estado civil, la mitad estaban casadas, cinco vivían en unión libre y siete se encontraban sin pareja; de éstas, seis eran solteras y una divorciada. Las pacientes recibieron un promedio de 16 sesiones (± 6), con un mínimo de seis y un máximo de 28. El número de sesiones estuvo en relación con la edad gestacional, el ingreso y la duración de la gestación.

La distribución del tipo de diagnóstico psicológico se caracterizó por la mayor presencia de trastornos afectivos. El diagnóstico de depresión fue el de mayor aparición con nueve casos, seguido de otros trastornos afectivos (bipolaridad), con cuatro casos. Los trastornos de la personalidad y de alimentación se identificaron en tres mujeres; mientras que los trastornos de ansiedad y los de tipo secundario al consumo de sustancias, estuvieron presentes en dos pacientes (Tabla 1).

Tabla 1
Proporción diagnóstica y esquema de tratamiento

| | Psicoterapia de grupo N = 13 | Psicoterapia + farmacológico N = 11 | Total |
|---|------------------------------------|---|-------|
| Trastornos de la personalidad | 0.08 | 0.04 | 0.12 |
| Depresión | 0.20 | 0.16 | 0.36 |
| Trastornos de ansiedad | 0.04 | 0.04 | 0.08 |
| Otros trastornos afectivos | 0.08 | 0.08 | 0.16 |
| Trastornos por abuso o dependencia de sustancias | 0.04 | 0.04 | 0.08 |
| Trastornos de la conducta alimentaria | 0.04 | 0.08 | 0.12 |
| Trastornos somatomorfos | 0.04 | 0.00 | 0.04 |

Tabla 2
Distribución del tipo de psicofármacos. N = 24

| Psicofármacos | Frecuencia | Proporción |
|-------------------------|------------|------------|
| Antidepresivos | 2 | 0.08 |
| Ansiolíticos | 1 | 0.04 |
| Neurolépticos | 1 | 0.04 |
| Dos o más psicofármacos | 8 | 0.33 |
| Anticomisiales | 1 | 0.04 |
| Ninguno | 11 | 0.45 |

En cuanto al tipo de tratamiento en salud mental, 11 de las pacientes recibieron psicoterapia de grupo como única intervención terapéutica y 13 recibieron tratamiento mixto. De las trece pacientes que recibieron un esquema de psicofármacos, a ocho de ellas se les indicó un esquema de dos o más medicamentos (Tabla 2).

Durante el proceso de terapia grupal y la entrevista de primera vez, se detectó que al menos nueve de las 24 pacientes tuvieron ideación suicida en el mes previo al embarazo. Por otro lado, al menos cinco de estas pacientes, habían tenido un intento suicida en su vida. Sin embargo, ninguna de estas pacientes presentó actuaciones suicidas durante el tratamiento, la hospitalización o las primeras cuatro semanas del puerperio.

Sólo una de las 24 pacientes presentó, durante el periodo de psicoterapia, autolesiones (golpes en la cabeza) las cuales no requirieron de intervención médica adicional. La adherencia a los procesos terapéuticos fue adecuada, en tanto que 24 mujeres terminaron su proceso terapéutico y acudieron a cita de seguimiento en el puerperio. Todas las pacientes fueron canalizadas a una institución especializadas en salud mental para el seguimiento de su tratamiento, ya sea psicofarmacológico y/o psicoterapéutico.

De las nueve mujeres que se identificaron con diagnóstico de trastorno depresivo, ninguna de ellas reportó (durante el puerperio inmediato) sintomatología compatible con depresión puerperal. Así mismo, en ninguno de los casos existió la necesidad de trasladar a la paciente a una unidad de hospitalización psiquiátrica o de indicar el uso de esquemas farmacológicos de emergencia durante la hospitalización, para la resolución del evento obstétrico.

Al inicio del tratamiento, cinco de las 24 mujeres rechazaban abiertamente el embarazo, refiriendo un

deseo real de dar en adopción a los neonatos en cuanto se resolviera el evento obstétrico. Al finalizar el tratamiento, las 24 mujeres decidieron hacerse cargo de los cuidados maternos y crianza de sus hijos.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo sugieren que las pacientes que formaron parte de la muestra resolvieron su embarazo con éxito y sin alteraciones neonatales importantes. La escolaridad promedio del grupo fue superior a la esperada (preparatoria terminada) en comparación con la media institucional.

En cuanto a la distribución obtenida para diagnóstico psicológico, observamos que el tipo de trastorno y su prevalencia, fue similar a lo informado en trabajos previos a nivel nacional.⁵ Se encontró una mayor cantidad de trastornos afectivos, de personalidad y ansiosos, seguidos por el abuso o consumo de sustancias. Sin embargo, es poco adecuada la comparación de estos resultados, debido a la estrategia de asignación de sujetos en este estudio y la carencia de métodos aleatorios para la selección de la muestra.

El tratamiento se consideró exitoso, en la medida que se cumplieron los objetivos de contención sintomática severa, adherencia al tratamiento y fortalecimiento de la estructura psicológica para la preparación de la madre, en relación con los cuidados maternos que deberá realizar.

La presencia de autolesiones, en uno de los casos, se atribuyó a la gravedad del diagnóstico (trastorno límite de la personalidad) y su evolución (superior a 15 años). Los pacientes con trastorno límite suelen evacuar de manera masiva la angustia. En múltiples ocasiones lo hacen mediante acciones (*acting out*) que anulan la persecución y agresividad contenida en dichas ansiedades, las que perciben como des-

estructurantes. El tratamiento sugerido para este tipo de pacientes requiere de mayor regularidad en las sesiones, un tipo particular de encuadre y características que, aun en instituciones de salud mental, suele ser difícil de satisfacer. Aun cuando consideramos que la sintomatología se mantuvo moderadamente contenida y los objetivos se cumplieron parcialmente, es necesario que se realicen nuevas investigaciones que evalúen el tratamiento de este tipo de pacientes (con personalidad límitrofe) en instituciones ajenas a la salud mental.

El éxito en el uso de tratamiento psicoterapéutico y mixto en la contención de la sintomatología severa, probablemente sea producto de un encuadre grupal breve, abierto, focalizado, de orientación psicodinámica y con sesiones regulares (de una vez por semana de 90 minutos). Las diversas estrategias aluden a una matriz grupal, constituyéndose ésta en una psicoterapia de grupo y no en un relato individual dentro de un contexto grupal.

Los objetivos terapéuticos grupales, se adhieren a las necesidades de la institución de forma paralela a las necesidades del paciente, se orientan al desarrollo de la adherencia terapéutica, la contención de síntomas, la ampliación de la conciencia, la preparación para la crianza y la amplitud en las modalidades de respuesta, producto de las representaciones internas.

Durante las sesiones terapéuticas, la coordinación del grupo utilizó diversas estrategias de intervención tales como: confrontaciones, señalamientos, clarificaciones e interpretaciones. Siempre dentro de un contexto temporal del aquí y ahora, y nunca de tipo transferencial. La comprensión de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales es una de las herramientas más valiosas del terapeuta, sin embargo, no es recomendable hacer explícito este tipo de relación médico-paciente, debido a la brevedad de la intervención, los objetivos limitados y el riesgo de promover fenómenos incompatibles con el tratamiento institucional.

La contención de la sintomatología severa en las pacientes no medicadas pudiera, también, responder al manejo de la agresión dentro del encuadre terapéutico puesto que sus contenidos (manifiestos y latentes) en cada una de las sesiones, aluden a procesos altamente destructivos que generan patrones de repetición rígida de las estrategias de solución, apuntando el daño hacia sí mismas y a los demás, lo

que se convierte en paradójicos intentos de resolución de conflictos internos. Ignorar los contenidos verbales agresivos y sus motivaciones hacia el grupo, en lo latente y manifiesto, impide a las pacientes encontrar un espacio donde se pueda metabolizar dichos elementos, lo que incrementa el uso de estrategias defensivas poco funcionales y obstruye los procesos de contención y resignificación de las imágenes representacionales, factor que disminuye la disposición al “*acting out*”. A su vez, la adherencia al grupo, mediante fenómenos identificatorios, el manejo de la coordinación respecto de la agresividad y sus representantes simbólicos, así como los fenómenos catárticos y de trabajo sobre la matriz representacional de las pacientes, fortalece estructuras de control interno.

Debido al éxito psicoterapéutico en la contención sintomática, consideramos que la psicoterapia se constituye como un elemento adecuado de tratamiento primario o complementario en pacientes graves que cursan un periodo gestacional, aun cuando resulta indispensable en el futuro realizar estudios controlados que puedan respaldar las observaciones vertidas en el presente trabajo.

Es conveniente establecer líneas de investigación que permitan mayor especificidad en la selección del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico o tratamiento conjunto. El uso de psicofármacos bajo las indicaciones adecuadas e indicado por un médico psiquiatra, como en el presente estudio, es una herramienta de primera mano y altamente eficaz para el abatimiento de la sintomatología. La psicoterapia es, a su vez, una herramienta adecuada para la contención y abatimiento de diversos síntomas que, además, otorga a la paciente la percepción de retomar el control de sus emociones y la posibilidad de modificar su sufrimiento. Si la indicación terapéutica se limita al uso de fármacos, es altamente probable que la paciente mejore el desempeño de las diversas funciones mentales alteradas; sin embargo, la percepción de sufrimiento, la sensación de vacío y la confusión, suelen ser síntomas que permanecen aun cuando existe la mejoría de otros síntomas, lo que deja en la persona poco espacio para el goce y produce amplios márgenes de frustración.

Los resultados arrojados en el presente trabajo, no permiten la generalización de las conclusiones debido al tamaño de la muestra y a la falta de aleatorización

de los tratamientos, sin embargo consideramos que pueden ser valiosos para la reflexión y el impulso de

líneas de investigación relacionadas al tema de la salud mental en pacientes obstétricas.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy and postpartum are considered high risk factors for the development of psychopathologies. Suffering a mental disorder previous pregnancy constitutes a high risk perinatal factor, which requires psychological attention.

Objective: Present the results of psychological attention group with focalized, brief and specific objectives.

Results: The most common mental disorder within the sample was depression followed by bipolar, anxiety, personality and addiction respectively. It is important to mention that 9 out of the 24 patients had suicidal ideation the month previous to her pregnancy, 5 of them had at least one suicidal attempt. During the psychotherapy process or hospitalization, none of the patients in the sample, tried to commit suicide, neither the 9 patients with depression presented postpartum depression, only one patient of the whole sample presented self-harm. Brief group psychotherapy and combined treatment were effective to manage the symptoms of the patients.

KEY WORDS: *Pregnancy, psychotherapy, group, mental disorders, treatment.*

REFERENCIAS

1. Currid TJ. Improving perinatal mental health care. *Nursing Standard* 2004; 19: 40-3.
2. Bjelica A, Kapor-Stanulovic N. Pregnancy as a psychological event. *Medicinski Pregled* 2004; 57: 144-8.
3. Morales CF, Díaz E, Espíndola G, Hernández C, Meza P, Mota C, et al. Concepto de salud psicológica. En: Temas selectos en psicología. *Creando alternativas. Manual Moderno*. México: Universidad Iberoamericana; 2005, p. 49-62.
4. Morales CF. Reproducción Humana. En: *Psicología de la Reproducción Humana. Un Enfoque Integral. Manual Moderno*. México: Instituto Nacional de Perinatología; 2002, p. 11-29.
5. Medina-Mora ME, Borges G, Muñoz LC, Benjet C, Jaimes BJ, Bautista FC, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26: 4.
6. Espíndola HJ, Morales CF, Mota GC, Díaz FE, Meza RP, Rodríguez PL. Calibración de un punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18: 179-86.
7. Espíndola HJ, Morales CF, Díaz FE, Pimentel ND, Henales AC, Varela EA, et al. Estudio Descriptivo de la población psiquiatriza del Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Mex* 2006; 74: 476-82.
8. Morales-Carmona FC, Luque-Coqui M, Barroso-Aguirre J. Alteraciones Emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. *Perinatol Reprod Hum* 2002; 16: 157-62.
9. Leithner K, Maar A, Maritsch F. Experiences with a psychological help service for women

- following a parental diagnosis: results of a follow-up study. *J Psychosomatic Obstet Gynecol* 2002; 23: 183-92.
10. Austin MP. Psychosocial assessment and management of depression and anxiety in pregnancy. Key aspects of antenatal care for general practice. *Aust Fam Physician* 2003; 32: 119-26.
 11. Knop J, Osterberg-Larsen B. Psychological intervention during pregnancy. A multidisciplinary hospital network. *Ugeskrift for Laeger* 2001; 163: 5018-22.
 12. Armstrong K, Fraser J, Dadds M, et al. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *J Paediatr Child Health* 1999; 35: 237-44.
 13. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, Teisseire N, Roge B, Mullet E. Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychol Med* 2002; 32: 1039-47.
 14. Chen CH, Tseng YF, Chou FH, et al. Effects of support group intervention in postnatally distressed women. A controlled study in Taiwan. *J Psychosom Res* 2000; 49: 395-9.
 15. Dennis CL. The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 115-24.
 16. Fleming AS, Klein E, Corder C. The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33: 685-98.
 17. Hiscock H, Wake M. Randomised controlled trial of behavioral infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *Br Med J* 2002; 324: 1062-5.
 18. Honey KL, Bennett P, Morgan M. A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression. *Br J Clin Psychol* 2002; 41: 405-9.
 19. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, et al. Prevention of recurrent postpartum depression: a randomized clinical trial. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 82-6.
 20. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. Summary, Evidence Report/Technology Assessment No. 119. AHRQ Publication No. 05-E006-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
 21. Cooper P, Murray L. The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. In: Cooper P, Murray L, (Eds.). *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford; 1997, p. 201-20.
 22. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 1039-45.
 23. Hoffbrand S, Howard L, Crawley H. Antidepressant treatment for post-natal depression. *Nurs Times* 2001; 97: 35.
 24. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depression (revision). *Am J Psychiatry* 2000; 157.
 25. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona-España: MASSON; 1995.