

Depresión en la etapa perinatal*

TERESA LARTIGUE,^a J. MARTÍN MALDONADO-DURÁN,^b
ITZEL GONZÁLEZ-PACHECO^c JUAN MANUEL SAUCEDA-GARCÍA^d

RESUMEN

En este artículo se describen los principales fenómenos asociados con la depresión durante el embarazo y en la etapa posparto, su frecuencia, fenomenología y estrategias de tratamiento y detección. Se describen brevemente los principales efectos de la depresión en el bebé. Todo profesional de la salud debe tener en cuenta la posibilidad de depresión en la mujer en la etapa perinatal, es decir, durante el embarazo y el posparto. Sin embargo, la mayoría de las mujeres que están deprimidas en la etapa perinatal no buscan o reciben tratamiento específico. Es necesario que el clínico/a esté familiarizado con su fenomenología y que aprenda a reconocerla, que entienda sus causas y estrategias de ayuda, así como la importancia de la intervención temprana para la nueva madre y para su bebé. En este artículo se describen un número de instrumentos de detección de la depresión, así como las formas principales de intervención psicológica, como el brindar apoyo psicosocial, alguna forma de psicoterapia individual, terapias complementarias o alternativas y el posible uso de medicamentos. La depresión durante el embarazo puede tener efectos negativos en el feto, por ejemplo, suele asociarse con una elevación del nivel sérico de cortisol, alteraciones en el funcionamiento hipofisario-suprarrenal y del sistema de endorfinas; asimismo, se sabe que la presencia de estos efectos indeseables están asociados con una mayor frecuencia de prematuridad, menor peso al nacer y menor grado de actividad fetal. Se han logrado identificar los principales factores de riesgo para la depresión y la posibilidad de ser prevenibles, si hubiera una intervención que pudiera instrumentarse con las mujeres en alto riesgo.

PALABRAS GUÍA: Depresión, perinatal, embarazo, prevención.

* Este artículo forma parte del informe final de la investigación "La depresión materna. Su efecto en las interacciones madre-hijo en el primer año de vida" realizado con apoyo económico del CONACYT, el Instituto Nacional de Perinatología y la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

^a Doctora en Investigación Psicológica, Co-Chair para Latinoamérica del Comité de Mujeres y Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Psicoanalista Didáctica Asociación Psicoanalítica Mexicana.

^b Associate Professor, Dep. of Psychiatry, School of Medicine University of Missouri, Kansas City.

^c Maestra en Psicología Clínica y Psicoterapia, investigadora en Ciencias Médicas del INPerIER.

^d Servicio de Salud Mental, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia:

Psic. Itzel González Pacheco

Instituto Nacional de Perinatología. Departamento de Investigación Psicosocial

Torre de Investigación, primer piso. Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes. Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11000. Tel.: 55 20 99 00, Ext. 129 y 486. Correo electrónico: lartiguet@prodigy.net.mx Ixchel74@hotmail.com

Recibido: 5 de febrero de 2008.

Aceptado: 10 de marzo de 2008.



INTRODUCCIÓN

En este artículo se describen los principales fenómenos asociados con la depresión durante el embarazo y en la etapa posparto, su frecuencia, fenomenología y estrategias de tratamiento y detección. También se señalan brevemente los principales efectos de la depresión en el bebé.

Todo profesional de la salud debe tener en cuenta la posibilidad de que una mujer presente en la etapa perinatal un cuadro de depresión, es decir, durante el embarazo y el posparto, esto debido a que se considera un fenómeno con una frecuencia relativamente alta y que por otra parte ocasiona una etapa difícil de sufrimiento en la mujer y en quienes la rodean. Además se trata de un trastorno que responde relativamente bien al tratamiento y, por lo tanto, generalmente es posible remediar cuando se le identifica y se interviene a tiempo. Sin embargo, la mayoría de las mujeres que están deprimidas en la etapa perinatal no buscan ni reciben un tratamiento específico.¹ Es necesario que el clínico/a esté familiarizado con su fenomenología y que aprenda a reconocer el cuadro y que entienda sus causas, así como las estrategias de ayuda que se pueden implementar. Asimismo, es necesario señalar la importancia que puede tener una intervención temprana para la nueva madre, su bebé, su esposo o compañero y el resto de la familia.

En general se reconoce que el *status* nosológico de la “depresión posparto” *per se* es incierto, debido a que no existe una demostración científica sobre la presencia de una fenomenología o epidemiología específica en el periodo puerperal.² También, es probable que no se trate de un trastorno único, sino de varios estados afectivos que, aunque tengan en común la presencia de síntomas depresivos, en realidad se trate de distintos trastornos, con diferentes causas, curso clínico y diferente tratamiento. Puede también haber variaciones en cuanto a la gravedad de la sintomatología, su momento de aparición después del parto y factores asociados. También, existe incertidumbre en cuanto a la duración de la depresión mayor posparto. Algunos episodios pueden remitir en unos cuantos meses espontáneamente, mientras que otros, pueden durar hasta un año.³ Sin embargo,

en la opinión pública, la noción de la presencia de depresión puerperal o posparto, ha ganado popularidad y esto puede ser útil, ya que ayuda a las mujeres a identificar sus dificultades, a buscar ayuda y a sentirse menos estigmatizadas cuando se les diagnostica el problema.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

En general, la depresión es dos veces más frecuente en las mujeres en edad adulta que en los varones. De hecho, mundialmente, la depresión en mujeres (entre 18 y 44 años de edad) es la causa más frecuente de incapacidad laboral.⁴ No se sabe con certeza la razón de esto; sin embargo, se han sugerido un número de factores, que incluyen la situación menos privilegiada de las mujeres en la mayoría de las sociedades. Otros factores, son los cambios hormonales que se presentan durante los ciclos menstruales.

Se ha estimado que el cinco por ciento de las mujeres embarazadas en Estados Unidos de América (EUA) sufre de depresión mayor.⁵ Otro estudio epidemiológico realizado en el mismo país,⁶ encontró una prevalencia de 10% de depresión *mayor* en mujeres durante la gestación. La frecuencia de depresión puede ser mucho mayor en mujeres que están expuestas a más factores de riesgo, como por ejemplo: vivir en condiciones de pobreza, cuidar de otros hijos pequeños en casa y ser madres solteras. Lo mismo se ha encontrado en países del “tercer mundo”, donde hay una prevalencia endémicamente alta de pobreza y muchos otros factores de riesgo adicionales.

En México, la prevalencia de depresión (probable episodio depresivo) en dos muestras distintas de embarazadas que acudieron a su control prenatal al Instituto Nacional de Perinatología (INPer), fue de alrededor de 17%. Estas muestras fueron evaluadas a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS por sus siglas en inglés) de Cox, Holden y Sagosky con un punto de corte de 12 a 13; cuando se utilizó como punto de corte 7 y 8, la prevalencia fue de 29.4%.

La prevalencia de depresión fue aún mayor, cuando la evaluación se realizó mediante una

entrevista clínica estructurada (como el SCID-I) con el fin de confirmar el diagnóstico de trastorno depresivo. En una muestra de mujeres gestantes sin infecciones de transmisión sexual (ITS) la prevalencia fue de 32.5%; mientras que en una muestra de embarazadas con ITS de origen viral (VIH/SIDA o Virus de Papiloma Humano) la cifra se elevó a 39.4%.⁷

La depresión posparto también es frecuente y ocurre entre 10 y 20% de las mujeres en etapa postnatal. En Brasil, una encuesta reciente, llevada a cabo en 240 mujeres, encontró una prevalencia de 19%.⁸ Muchas de las mujeres que tienen depresión puerperal han estado deprimidas y durante el embarazo presentan nuevamente los síntomas depresivos. En México en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER), en una muestra con 97 mujeres se obtuvo una prevalencia de 14.3%, a las seis semanas posparto.⁹ Al subdividir este grupo de mujeres, se encontró que: ocho mujeres estuvieron deprimidas, tanto en el embarazo como el posparto (puntuación promedio de EPDS 17; DE 2.8); otras 12 estuvieron deprimidas durante su gestación pero se lograron recuperar en el posparto (EPDS 14.2; DE 2.7); por el contrario, seis mujeres no estuvieron deprimidas durante el embarazo, se deprimieron en el posparto (media = 8.5; DE 27 y 71 mujeres no manifestaron síntomas de depresión en el embarazo ni en el posparto [media 5.7; DE 28]).¹⁰

Factores de riesgo

El principal factor de riesgo para cualquier depresión fue señalado por Freud hace noventa y un años (1917)¹¹ y se refiere al hecho de haber sufrido una pérdida significativa. Las pérdidas pueden ser diversas, como: perder al esposo o compañero; un hijo/a (o de cualquier tipo de pérdida perinatal); los padres u otros familiares; el amor de la pareja; la ciudad o país de origen (en los casos de migración, principalmente por guerra, hambre o desastres naturales); o bien, la pérdida de la integridad corporal (por enfermedad, accidente, etc.).

Como consecuencia de la pérdida, emerge la fijación a un deseo irrealizable, el cual no puede ser compensado o reemplazado por otros deseos,

lo que se acompaña de un sentimiento de impotencia y desesperanza al no alcanzarlo.¹² Este factor se combina con otros factores de riesgo, que pueden ser biológicos, psicológicos y sociales.

En lo relativo a factores de tipo biológico, los cuales podrían tener un rol causal en la depresión posparto o en la gestación, se ha sugerido que en algunas mujeres, la presencia de anticuerpos antitiroideos pueden contribuir a una baja de la hormona tiroidea en la sangre y en consecuencia, producir una disminución del estado de ánimo, bajo nivel de energía y cansancio. Durante el embarazo existe un aumento en la concentración sérica de globulina ligadora de hormonas y hay un aumento de T3 y T4;¹³ después del parto, se presenta un súbito cambio de estas concentraciones. Puede ocurrir que 5% de las mujeres en la etapa posparto sufran de un hipotiroidismo pasajero; se ha demostrado una asociación entre la presencia de anticuerpos antitiroideos y depresión postnatal. Por otra parte, los anticuerpos antitiroideos se presentan en 10% de las mujeres normales y resultaría fácil el estudiar los anticuerpos antitiroideos en la etapa posparto. Cabe hacer notar que la depresión mayor se ha asociado también con cambios en el funcionamiento tiroideo.

Es importante consignar, además, que durante el embarazo la cantidad de progeserona y estrógenos es varias veces mayor que después de éste; en el posparto hay una súbita caída en la cantidad de estas hormonas. Se ha sugerido como factor contribuyente una baja en el nivel sanguíneo de progeserona y una elevación del nivel de cortisol. Además, se ha encontrado una correlación entre la concentración elevada de cortisol y mayor tristeza posparto. Como se sabe, los corticosteroides suelen estar elevados en personas que sufren de depresión mayor.

En cuanto a la progeserona, se ha observado que ésta tiene efectos sedantes en varios animales y puede que esto ocurra a través de facilitar la función del sistema de ácido gamma aminobutírico en el sistema nervioso central. Hubo hace tiempo un creciente entusiasmo por el uso de progeserona para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo posparto y muchos clínicos/as han pensado que puede ser

útil, aunque no haya estudios que hayan demostrado esto en forma definitiva. No se ha podido demostrar una clara asociación entre la tristeza posparto y los cambios en el estradiol sanguíneo.

Entre los factores psicológicos de riesgo en la infancia y/o en la adolescencia se ha encontrado una relación positiva cuando la mujer tiene antecedentes de haber sufrido pérdidas tempranas; esto puede involucrar la pérdida de uno de los padres antes de los 10 años de edad o haber perdido contacto con alguno de ellos por abandono, separación o divorcio de los padres. Asimismo, haber sido objeto de maltrato físico, emocional o sexual en la infancia, son experiencias que predisponen a la mujer a tener depresión en la edad adulta. En realidad, no se trata de fenómenos que sean raros ya que alrededor de 15 a 20% de mujeres han sido objeto de alguna forma de abuso sexual antes de alcanzar la edad adulta.^{14,15} Los maltratos crean una vulnerabilidad emocional importante en la mujer adulta.

En Estados Unidos de América, Vincent y cols.¹⁶ encontraron que las personas que habían estado expuestas a cuatro o más experiencias adversas en los primeros 18 años de vida (medidas mediante el instrumento denominado ACE, que indaga acerca de las experiencias de separación de padres, haber padecido abuso físico, emocional o sexual, ser testigo de violencia, tener padres con problemas de alcoholismo, farmacodependencia o con la ley) en comparación con aquellas que no habían experimentado ninguno, habían intentado suicidarse doce veces más; haberse inyectado drogas diez veces más; se consideraban a sí mismas como alcohólicas (RM: 7.4); habían usado drogas ilícitas (RM 4.7) o bien que; habían padecido un estado de ánimo depresivo dos o más semanas en el último año (RM 4.6); habían tenido más de 50 parejas sexuales (RM 3.2) y habían tenido una ITS (RM 2.5). Las siete categorías de experiencias adversas en la infancia estaban interrelacionadas fuertemente entre sí. En el INPerIER, se encontró que haber estado expuesta a tres o más tipos de experiencias adversas, incrementaba la posibilidad de desarrollar un trastorno límite de la personalidad y/o depresivo (RM: 2.4) en la vida adulta.¹⁵

Cabe señalar que no sólo causa depresión el haber perdido uno o ambos padres, sino también el haber establecido una mala relación con ellos. Se ha documentado que una mujer que ha tenido una mala relación con sus padres, cuando ella misma está a punto de hacer la transición a volverse madre, puede tener mayor dificultad para asumir este nuevo papel en su vida; también cuando la mujer ha tenido que cuidar de sus hermanos menores, siendo ella una niña, sin tener los recursos psíquicos para ello (haber sido “una pequeña madre”).

Entre los factores de riesgo psicológico actuales se encuentra el padecer de violencia conyugal en cualquiera de sus modalidades¹⁷ o bien el tener una pareja que no le brinde apoyo emocional. Aunque el compañero esté presente en la casa, la mujer no puede hablar con él de cómo se siente, o éste le dice simplemente que no piense en esas cosas o que trate de sentirse mejor. Muchos hombres no están acostumbrados a hablar de sentimientos y no saben cómo responder cuando su mujer habla de sentirse triste, abrumada, incierta sobre cómo cuidar al bebé o dice que tiene miedo al futuro, etc. Otro factor de riesgo es el ser madre soltera; así como el no haber deseado ni planeado el embarazo. Asimismo, el tener que atender otros niños pequeños en su hogar en virtud de que requieren de múltiples cuidados y si hay varios de ellos antes del presente embarazo, puede propiciar que la mujer se sienta abrumada. Cabe destacar que el haber tenido episodios depresivos anteriormente, es otro factor de riesgo para experimentar depresión en el embarazo y/o en el posparto.

Entre los factores de tipo social se encuentra la pobreza o vulnerabilidad social, dificultades económicas, el no poder pagar los diversos servicios esenciales (pagar la luz, la renta, etc.) o acceso a servicios como cuidados médicos,¹⁸ al igual que el aislamiento social. Es decir, que la mujer no tenga una red de personas que la apoyen emocionalmente, con poca oportunidad de contar con su familia extendida (su madre, padre, hermanos u otros parientes) o escaso contacto con amigas o compañeras que pudieran ayudarla o escucharla. Asimismo, estar experimentando un número alto de factores de estrés: vivir en un

medio habitacional difícil, peligroso, de violencia, aunado a pocas oportunidades de recreación, placer y entretenimiento. El estudio realizado por Murray y cols,¹⁹ muestra la interacción de los diversos factores; al revisar las características de 232 mujeres con depresión (con el objetivo de buscar las diferencias entre mujeres en el periodo posparto y otras no posparto), se encontró que las mujeres con depresión posparto, tenían una historia de haber tenido una peor relación con sus padres, y mayores dificultades ocupacionales. La depresión no posparto se asoció con menor ingreso económico, y tener tres o más niños en la casa, así como insatisfacción con el trabajo que realizaban. La fenomenología de la depresión fue la misma en ambos grupos, usando la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS).

Emilce Dio Bleichmar, por su parte,²⁰ hace alusión también a la multicausalidad de la depresión, establece que los caminos de ingreso (factores de riesgo) a la depresión en mujeres que son madres, son los siguientes: a) una realidad externa traumática, como la muerte de la madre durante la infancia; condiciones de aislamiento social por migración, cambio de residencia, etc.; tener a su cargo más de dos hijos/as pequeños y carencia de una red de apoyo; b) conflictos psicológicos relacionados con problemas de pareja; establecimiento de vínculos adictivos; trastornos de autoestima y vulnerabilidad a las pérdidas, y c) condiciones de género, entre las que se encuentra una adhesión rígida al estereotipo de feminidad con ausencia de todo atributo de feminidad; la presencia de los atributos más negativos de la feminidad y ausencia de los atributos positivos de la misma y de las actividades de autocuidado.

DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO O PERÍODO POSPARTO

La depresión es un trastorno que se considera “dimensional”, es decir, que los sentimientos que se experimentan durante una depresión son normales debido a que muchos de ellos pueden ocurrir en cualquier persona en forma pasajera o en un grado ligero. Sólo se considera un

trastorno cuando por su gravedad, frecuencia y repercusión en el funcionamiento psicosocial de la mujer, es excesivo. Esto quiere decir que muchas personas pueden sentirse tristes a veces o abrumadas en forma pasajera. Pero cuando la mujer se siente intensamente triste, la mayor parte del tiempo o tiene pensamientos pesimistas o de culpa o autorreproches persistentes, deseos de morir o de suicidarse, ya se consideran como anormales y parte de un trastorno depresivo. La depresión tiende a coexistir también con síntomas de un trastorno de ansiedad.²¹ Al principio, o cuando la depresión no es grave, puede ser difícil distinguir los síntomas depresivos de las quejas comunes durante el embarazo o puerperio (como cansancio, dolores vagos, falta de energía, dificultades para dormir).

En la mujer embarazada, la depresión se asocia con una peor alimentación y menos búsqueda de cuidados prenatales. También, la mujer tenderá a fumar y a usar alcohol con mayor frecuencia y tendrá peor higiene.⁴ Entre más deprimida está la mujer, la naturaleza del problema hace que precisamente busque menos ayuda y no busque servicios para mejorarlala.

La depresión es relativamente fácil de diagnosticar si el clínico hace preguntas a la persona deprimida y está dispuesto a escuchar las respuestas. Por supuesto que debe haber un clima mínimo de confianza entre la mujer y el entrevistador. Sin embargo, la mayoría de las personas deprimidas expresan abiertamente sus sentimientos y hablan de su estado de ánimo.

Entre las barreras para detectar la depresión está la concepción generalizada de que el embarazo y el puerperio deben ser etapas llenas de felicidad y que no debe haber lugar para la tristeza. Esto puede hacer que la o el clínico sólo “quiera oír” pensamientos optimistas y, sin darse cuenta, transmita este mensaje a la mujer. Otra barrera está en la misma mujer, que puede sentirse culpable de que no está enteramente feliz ante la situación actual (embarazo o posparto) pues “debería estar contenta”. También, la familia puede presionarla para que no verbalice sentimientos negativos que de hecho tiene.

No obstante todo esto, si la o el clínico observa a una mujer que parece intensamente triste, exhausta, abrumada por la responsabilidad futura o presente del bebé, excesivamente tensa o preocupada, esto debe darle la pauta de preguntarle cómo se siente. El clínico también puede explicar a la mujer que en el embarazo y después del parto, a pesar de que pueda ser una etapa de felicidad, puede haber otros sentimientos, como el temor, la tristeza, la incertidumbre, etc. Esto puede abrir la puerta para que la mujer exprese sus sentimientos más francamente.

Manifestaciones clínicas

Las más comunes son: sentirse triste la mayor parte del tiempo, tener pensamientos pesimistas sobre el futuro (“todo irá mal, tengo mala suerte, seguramente habrá complicaciones, no seré una buena madre”, etc.). Puede tener también pensamientos de autoreproche (“debería ser mejor madre, trabajar más duro, hacerlo todo en la casa, no sentirme cansada, atender mejor al marido”, etc.). La mujer puede expresar sentirse abrumada por su situación presente, por ejemplo, no poder llevar a cabo el embarazo o no poder cuidar al bebé. Ocasionalmente siente que no podrá hacer frente a todas estas nuevas responsabilidades y se siente aterrada de estar sola con el niño en la casa, temiendo no poder satisfacer sus necesidades (amamantarlo, bañarlo, cambiarlo, etc.) y se siente paralizada.

La mujer deprimida puede sentirse muy triste, no estar animada con nada, no tener deseos de salir ni de arreglarse, tener mucha dificultad para moverse y salir de la cama, sentirse cansada todo el tiempo o dormir muchas horas. A veces, en vez de tristeza y llanto fácil, hay marcada irritabilidad hacia el marido, el bebé y otros parientes. La mujer puede sentirse fácilmente exasperada y al borde de perder la paciencia ante pequeñas frustraciones. Puede tener deseos intensos de comer más de lo normal o de comer chocolates u otros dulces. El caso contrario también es frecuente, que pierda el apetito y que no pueda dormir al irse a acostar (insomnio) o que se despierte muy temprano en la mañana sin poder volverse a dormir. Puede también tener pensamientos negativos sobre el bebé,

que la aterran, como temer que podría dañarlo, tirarlo, sofocarlo u olvidarse de él o ella.

Se cree que en las culturas menos “verbales”, donde las personas no están tan acostumbradas a hablar de sus sentimientos, puede no haber manifestaciones como los autoreproches ni sensación de culpa intensa. Entonces la depresión se puede manifestar más bien por un gran “cansancio” o sentir agotamiento constante. En algunos grupos sociales se utilizan palabras como “agotamiento” o “estar cansada” para indicar el equivalente de un estado depresivo. La mujer más bien siente que con frecuencia le duele la cabeza, la espalda, que no tiene energía y puede haber sentimientos de sospecha y recelo hacia los demás (que no la quieren, que hablan mal de ella, que le tienen envidia, que traman algo en su contra, etc.). Se han hecho investigaciones en EUA con mujeres latinas provenientes del medio rural, y se ha observado que si se les pregunta si se sienten deprimidas pueden decir que no, pero si se pregunta por los síntomas psicosomáticos que suelen acompañar a la depresión, mencionados arriba, es mucho más fácil que admitan tener esos síntomas.

En el caso de que la familia sea de tipo nuclear, la mujer puede no contar con el apoyo de su familia extendida y sólo tratar de hablar con su marido respecto a sus sentimientos. A veces la respuesta es muy positiva y de apoyo. Por desgracia, frecuentemente el marido o compañero no sabe cómo responder ante estas verbalizaciones de frustración, tristeza o miedo y en vez de escuchar a su mujer, sólo trata de tranquilizarla indicando que “no hay razón” para sentirse así y que debería tratar de sentirse más contenta. Esto se añade a la frustración que ella ya está sufriendo en primer lugar, pues se siente incomprendida y es incapaz de sólo con “fuerza de voluntad” no sentirse ya deprimida.

En la depresión posparto puede haber algunas manifestaciones adicionales. Cuando la depresión es grave, puede tener una sensación de futilidad y sentir que no vale la pena vivir, y que por lo tanto, ayudaría a su niño si éste muriera junto con ella. Puede pensar que no valió la pena traerlo al mundo a sufrir. Los casos de infanticidio son raros cuando la mujer está deprimida solamente (y no psicótica) pero es

algo que el clínico debe tener en mente como una posibilidad.

La mujer deprimida como ya se mencionó, tendrá un mayor riesgo de abuso de sustancias ilegales o drogas, de alcohol así como de tener un pobre cuidado prenatal. Es decir, la mujer no buscará atención ni cuidados prenatales.²² Otro problema es la baja ingestión de alimentos y el consecuente poco aumento de peso, que también puede tener consecuencias desfavorables para el bebé y su crecimiento *in utero*. Cuando una mujer ya ha tenido un episodio de depresión mayor posparto, tiene un riesgo de aproximadamente 25% de sufrir una recurrencia en un parto subsecuente.²³

Manifestaciones clínicas de la tristeza posparto (*blues*)

La tristeza posparto no es realmente un trastorno *per se*. Es un problema pasajero, que se estima ocurre hasta en 50 a 60% de mujeres. Consiste en labilidad emocional, tristeza, sentimientos de temor hacia el futuro, dudas sobre su competencia como madre, y llanto fácil. No es un trastorno grave y cede por sí solo en unas cuantas semanas. La tristeza posparto sólo requiere de tranquilizar a la madre y a quienes la rodean. Suele aparecer hacia el 40 o 50 día posparto. Se ha sugerido que algunos factores que predisponen a la aparición de estos sentimientos, son el antecedente de tener síndrome de tensión premenstrual, el aumento de peso durante el embarazo y la supresión súbita de progesterona después del parto.

INTERVENCIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO

Lamentablemente, la mayoría de las mujeres deprimidas no reciben tratamiento; estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica han encontrado que sólo 10% de las mujeres que sufren depresión en la etapa perinatal buscan o reciben tratamiento.^{1,24}

El primer paso para el tratamiento de la depresión en el embarazo o posparto es el detectarla e identificarla. El personal de salud primaria (el médico familiar, el personal de enfermería, el gineco-obstetra o el pediatra del niño) están en condiciones de detectar la

depresión, ya sea en forma sistemática o cuando observan signos “de alarma” (la mujer se queja de múltiples quejas psicosomáticas, cansancio, dolores; hace múltiples llamadas para pedir ayuda, llora intensamente o se observa muy triste). Como se mencionó hay barreras sociales y culturales importantes para pensar en algo triste cuando se “debe” tratar de momentos de felicidad.

Existen un número de instrumentos de detección o tamizaje de la depresión. Estos son breves cuestionarios, fáciles de leer y que se llenan en unos cuantos minutos, tales como: la Escala de Depresión Postnatal (o Perinatal de Edimburgo) de Cox, Holden y Sagoovsky;²⁵ el inventario de Depresión de Beck;²⁶ el Test Psicométrico de Depresión de Hamilton.²⁷ Hay que tener en cuenta que aun cuando una mujer sea identificada como deprimida, es sorprendente que muchas de ellas no aceptarán ser entrevistadas por un psiquiatra o un profesional de salud mental, sino que prefieren hablar con una enfermera u otro profesional de salud primaria.³ Las formas principales de intervención psicológica son:

1. Brindar apoyo psicosocial a la mujer y/o familia.
2. Proporcionar alguna forma de psicoterapia individual, por ejemplo la psicoterapia interpersonal, la cognoscitivo conductual, la psicoterapia breve, o bien, la psicoterapia madre-bebé, o padres-bebé.
3. Otorgar terapias complementarias o alternativas.
4. Indicar el posible uso de medicamentos en caso de gravedad suficiente.

Apoyo psicosocial

(familiares y/o personal de salud)

Toda mujer deprimida o triste puede beneficiarse de un mayor nivel de apoyo interpersonal; este apoyo puede óptimamente ser brindado por la madre de la parturienta, alguna hermana, su marido o compañero, amigas o parientes, tales como la suegra o una cuñada que esté cercana emocionalmente. Hay que indicar a la nueva madre que los sentimientos de tristeza, el haber dejado de estar embarazada y

que su bebé ya no esté adentro de ella, pueden dar una sensación de tristeza, que esto es normal, y que en esta etapa vulnerable, es natural que se necesite más ayuda, compañía y apoyo.

Cuando existe un trastorno depresivo marcado, hay que identificar su gravedad. Ésta depende del número y la intensidad de los síntomas que presente, y qué riesgo hay para el niño en términos de si su madre podría cuidarlo por sí sola. En algunos países europeos (Alemania, Francia, Inglaterra) cuando la mujer está gravemente deprimida, puede ser ingresada al medio hospitalario junto con el bebé en una unidad especializada “madre-bebé”. Así el personal puede vigilar la situación de cerca, ayudar a la madre con sus síntomas depresivos y apoyarla en su nuevo papel de madre, por ejemplo, dándole sugerencias de cómo atender a su bebé.

Cuando la depresión no es muy grave y la embarazada o recién parida no se encuentra “paralizada” por la depresión o se siente totalmente incapaz de hacer frente a la situación, los métodos de intervención por medio de apoyo psicosocial suelen ser eficaces. El personal de salud primaria puede ayudar a la mujer deprimida a buscar oportunidades de estar con otras personas, visitar o ser visitada por seres queridos, lograr que éstos le den apoyo y que le brinden ayuda práctica. Se requiere que la paciente no tenga demasiado temor de ser un tanto más “dependiente” de otros de modo temporal.

Apoyo por parte de los pares (o compañeras)

Se han creado modelos de apoyo psicosocial “de madre a madre” o de grupos de autoayuda. La evidencia sobre su eficacia es equívoca, se ha sugerido que las mujeres deprimidas, tal vez prefieran la compañía de otras personas deprimidas y que el hablar con quienes no están deprimidos podría hacerlas sentirse peor. En un estudio realizado por Chen y cols.,²⁸ en Taiwán, con un grupo de mujeres con síntomas depresivos (detectados con la Escala de Depresión de Beck), 30 fueron asignadas a un grupo de intervención (apoyo) y el resto a un grupo control. Cuatro semanas más tarde, en el grupo de intervención

había 33% de mujeres con síntomas de depresión, en contraste, en el grupo control 60% de las mujeres tenían síntomas depresivos. Otro grupo en Australia, mostró también resultados positivos usando técnicas de grupo (ocho sesiones) con elementos cognoscitivo conductuales.²⁹ En otro modelo, llevado a cabo en Canadá,³⁰ se realizó una intervención de apoyo por compañeras a través de llamadas telefónicas.

Contención y acompañamiento

Muchos profesionales de salud primaria, como obstetras, enfermeras, pediatras, etc. de hecho hacen intervenciones de “salud mental” al escuchar y asistir a sus pacientes en forma cotidiana. Para algunas pacientes, es muy importante ser escuchadas y sentir que alguien entiende por lo que están pasando. Esto en sí, ya es un elemento terapéutico.

Esta forma de apoyo tendrá como objeto acompañar a la mujer en su nueva situación y ayudarla a hacer frente a ella. Ingredientes importantes son “normalizar” sus sentimientos. Es decir, es importante que no se le haga sentir como una persona fracasada, sino señalarle que muchas mujeres enfrentan un problema similar y sobre todo, debido a la situación particular de la mujer que se esté tratando. Es necesario escuchar los sentimientos, temores y fantasías de la futura o nueva madre y no darle la sensación de que “debería sentirse” de otro modo. Es importante que la o el profesional “contenga” las emociones y pensamientos de la mujer, aunque éstos consistan en sentimientos de ambivalencia hacia el bebé, resentimiento por todo lo que su presencia provoca y sensación de impotencia al no poder hacer frente a la situación, etc.

Es útil que el profesional, como ya se mencionó, ayude a la futura o nueva madre a no estar aislada de la compañía de otras personas queridas, parientes o amigos. Es necesario que ella tenga alguien con quien hablar de sus sentimientos, experiencias, temores e incertidumbre, sin ser criticada o juzgada como una persona mala. De hecho, podría decirse que la mujer embarazada o recién parida necesita de un grado de “maternaje”, es decir, de recibir cuidados que separen los que una madre propor-

ciona a su hija. La depresión crea sentimientos de impotencia, incapacidad y de ansiedad que hacen que la mujer se comporte de un modo un tanto regresivo. El clínico puede llamar al marido o compañero y explicar que la paciente está sufriendo de depresión, informar de los síntomas y sugerir formas concretas de apoyo. Muchos de ellos, al pedirles su ayuda, no dudarán en proporcionarla.

Las intervenciones educativas son también de gran ayuda para la embarazada o en el periodo posparto, por ejemplo Lara,³¹ mostró que una intervención grupal (seis sesiones de dos horas) organizadas alrededor del material educativo: *¿Es difícil ser mujer? Una guía para la depresión*, disminuyó los síntomas de depresión en 39 mujeres; a los dos años del estudio de seguimiento, alrededor de 80% de la muestra consideró que había sido de "gran influencia en su vida y en sus problemas". En la misma línea, Muñoz y cols.³² construyeron un curso intitulado, "Mamás y bebés": *Cómo construir una realidad saludable*.* Dicho curso está organizado por 12 sesiones (que se pueden impartir en seis semanas consecutivas) que se dividen en rubros de cuatro sesiones, cada una de las cuales contiene los temas necesarios para trabajar la construcción de los pensamientos, el estado de ánimo y el contacto con otras personas. El curso propone técnicas de intervención grupal con mujeres embarazadas que pueden presentar características de depresión. Asimismo, contiene dinámicas que permiten la autoexploración de pensamientos, sensaciones y actividades respecto a sus vivencias cotidianas entre ellas mismas y con los seres de su entorno social y familiar. Cabe destacar que dicho curso fue aplicado por una licenciada en comunicación y una pasante del doctorado en antropología, con gestantes que libremente aceptaron participar en una investigación sobre depresión materna en el Departamento de Investigación Psicosocial del INPerIER. Uno de los logros de las gestantes fue el haber podido identificar los factores de riesgo que propiciaron su estado depresivo.³³

Psicoterapia interpersonal

Se ha demostrado empíricamente que la "psicoterapia interpersonal" puede ser útil. Se trata de sesiones de apoyo emocional con algunos componentes psicodinámicos, pero que no son de tipo psicoanalítico.³⁴ Esta variedad puede realizarse individualmente o en grupos de mujeres o de parejas que están enfrentando la depresión. El terapeuta se enfoca en el estilo de relacionarse de la persona. Algunos terapeutas exploran esto basándose en la historia de apego (de la paciente con sus propios padres) y sus modelos de trabajo de las relaciones interpersonales. Se suele trabajar en el cambio de rol que experimenta la mujer en cuanto a la transición a la maternidad. Las nuevas demandas que habrá sobre ella y cómo repercutirán en su vida, cómo balancear otras obligaciones con los requerimientos del bebé. La terapia tiene un enfoque basado en el "aquí y ahora" y se requiere que el terapeuta no dude en dar consejos y sugerencias a la mujer de cómo enfrentar su situación. El terapeuta explica a la paciente que sufre de depresión que éste es un problema frecuente en esta etapa de la vida. Enfatiza que los síntomas de depresión no son culpa de ella, y que la depresión es altamente tratable y la respuesta terapéutica es generalmente buena. Otro punto de enfoque en las sesiones, son los cambios que tendrán lugar en la relación entre la mujer y su marido o compañero durante el embarazo y después del parto y ayudarle a comunicar sus necesidades más directamente al marido. Las sesiones ocurren cada semana si es posible y la terapia es de tiempo limitado, por ejemplo, durante 12 sesiones.

Varios estudios muestran que la terapia interpersonal es eficaz en forma individual y grupal. Se trata de estudios con grupos relativamente pequeños de mujeres donde se compara generalmente la terapia con un grupo mujeres que están en lista de espera.³⁵ Un estudio de O'Hara y cols.³⁶ incluyó 60 mujeres en terapia y 60 en lista de espera. Todas habían sido diagnosticadas con depresión mayor posparto y fueron asignadas al azar a psicoterapia interpersonal por 12 semanas o a lista de espera. De las mujeres que participaron en la terapia, una alta proporción tuvieron calificaciones más bajas en

* El curso se tomó de la página de Internet: <http://www.medschool.ucsf.edu/latino/manuals.aspx>

las escalas de depresión de Hamilton y de Beck: 37% y 43%, respectivamente, en comparación con las mujeres en lista de espera (13% con ambos instrumentos). Es decir, hubo una mayor remisión de síntomas en el grupo de terapia. Existen varios manuales para el uso de esta variedad terapéutica.³⁷

Psicoterapia cognoscitivo conductual

Esta forma de psicoterapia, también breve, ha sido estudiada y demostrada su eficacia en el tratamiento de la depresión. Su objetivo es aliviar los síntomas depresivos a través de ayudar a la persona a identificar patrones y tendencias negativas y combatirlas paulatinamente. Es decir, a tener menos opiniones negativas de sí misma y de su situación (cogniciones negativas); a través de la terapia se examinan las situaciones y reacciones de la persona deprimida, ayudándola a notar las distorsiones en su pensamiento, la tendencia a ver las cosas más negativas de lo que son y en forma pesimista. Esto paulatinamente ayuda a mejorar el estado de ánimo de la persona.³⁸ Sin embargo, a pesar de estas ideas fundamentales, la investigación empírica no siempre ha mostrado que las personas que han mejorado en su depresión tienen menos cogniciones disfuncionales (negativas o depresivas).

El pensamiento disfuncional se refiere a la tendencia de la persona a realizar atribuciones negativas globalizadas de diversas situaciones. Por ejemplo, si alguien nos hace algo desgradable, una atribución más benigna sería pensar que esa persona estaba en un mal día, cansada o molesta temporalmente, etc. Una cognición negativa sería que la persona nos odia y nos ha detestado por un tiempo largo y esto será inmodificable. Otro ejemplo, sería que si alguien trata mal a la persona deprimida, ésta concluya que le cae mal a todo el mundo y todos siempre la detestan. Es decir, en vez de hacer atribuciones específicas, de tiempo limitado al presente, la persona hará atribuciones globales, donde verá la situación con ojos pesimistas y pensará que serán duraderas e inmodificables. Durante las sesiones, es necesario enfocarse a situaciones concretas y en los síntomas de la paciente, el terapeuta ayuda a la mujer a notar

estas distorsiones en su pensamiento y a etiquetarlas como lo que son: alteraciones que no tienen base en la realidad. El terapeuta suele darle “tareas” a la paciente para que continúe identificando fuera de las sesiones cuáles son sus reacciones, sus distorsiones y los “pensamientos negativos” o falsos. También se le puede dar como tarea el sustituir estos pensamientos por otros menos globales, más centrados en la realidad de lo que sucedió y sin distorsiones. Otras actividades, pueden ser disminuir su aislamiento, dar oportunidad a otros de ayudarla, enseñarla a pedir ayuda, a confiar en los demás, etc.

Existen pocos estudios sobre la eficacia de esta terapia, específicamente en la etapa perinatal. Un estudio realizado en Francia,³⁹ con 258 mujeres en riesgo de tener depresión posparto (calificación de 8 o mayor en la escala de Edimburgo) fueron asignadas a un grupo control (30 mujeres) o de terapia (18 mujeres). Las cinco u ocho sesiones realizadas ocurrieron en la casa de la paciente. Hubo una tasa de recuperación de síntomas depresivos mayor en el grupo de terapia (66%) que en el control (6%).

Es importante señalar que otros estudios han sugerido que no hay mayor diferencia entre el “contenido” de la terapia, cuando se comparan terapias específicas con grupos de apoyo en general, donde el promotor escucha a la paciente y trata de ayudarla.⁴⁰ Esto sugiere la importancia del apoyo psicosocial en general, durante ese momento de la vida.

Psicoterapia breve psicodinámica

A partir de los trabajos de Greta Bibring, Dinora Pines, Marie Langer y otras psicoanalistas, Vives y Lartigue⁴¹ diseñaron un *Manual de psicoterapia breve durante el embarazo y la lactancia*, susceptible de ser aplicado por psicoterapeutas o por psicólogos/as o médicos/as en proceso de formación como psicoterapeutas; las metas de la psicoterapia son dos, una inmediata y otra a largo plazo. La primera es la ayuda que se brinda a la gestante para hacer consciente y metabolizar los conflictos ambivalentes que tuvo que enfrentar desde antes de la concepción y que emergieron ante la

posibilidad misma de embarazarse. Resulta fundamental integrar las partes rechazadas (sean conscientes o inconscientes) con las deseadas y aceptadas del hijo/a por nacer y que son determinantes para la solución y eventual transitoriedad de una serie de fantasías –a veces atemorizantes– en relación a la muerte, daño, defectos al nacimiento o aborto del feto y su contrapartida relativa, que se manifiesta por temores de muerte de la madre en el parto y otras vicisitudes desafortunadas, como la posibilidad fantaseada de una ulterior esterilidad, de daño corporal o de pérdida del amor del compañero.

La segunda meta es más a largo plazo y está relacionada con la necesidad de favorecer el establecimiento de un vínculo materno infantil saludable, desde los precursores de dicha liga en la fase preconceptiva, hasta su clara conformación en el posparto. Para lograr estas metas, es importante elaborar una cuidadosa impresión diagnóstica y clave psicodinámica de la gestante y si es posible, también de la pareja.

Este modelo de terapia fue aplicado por psicólogas estudiantes de la Maestría en Psicoterapia General del Centro de Estudios de Postgrado de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (CEP/APM) con éxito en el INPerIER, con gestantes adolescentes que al resolver la ambivalencia hacia el producto, lograron incrementar su ganancia de peso en mayor proporción (alrededor de tres kilos) que las adolescentes que no recibieron este tipo de psicoterapia, sino el tratamiento habitual que brindaba la institución; asimismo, pudieron sostener con éxito el reto de la lactancia por un mayor tiempo.⁴² Al ser aplicado en gestantes adultas, se observó que el tratamiento ayudó a reforzar las partes positivas del *Self* o sí mismo de las gestantes y de conformar el nicho psicológico, es decir, el espacio psíquico para el o la bebé por nacer⁴³ y al mismo tiempo, promover la alianza de trabajo y/o alianza terapéutica.⁴⁴

Por su parte, Rodríguez⁴⁵ elaboró otro modelo de psicoterapia breve institucional (para su aplicación específica con gestantes deprimidas), con un doble propósito: prevenir una depresión *postpartum* y ayudar a la madre en el desarrollo

de un espacio psíquico para acoger al hijo/a por llegar. Esto implicó trabajar para aliviar los problemas detectados en los precursores del vínculo materno infantil. Para integrar el modelo terapéutico se consideraron diversas propuestas psicoanalíticas de autores de psicoterapia breve, como: Kesselman (1977), Pinkus (1984) y Wolberg (1980) y específicamente en embarazadas;⁴¹ así mismo de psicoterapia breve de la depresión, Bellak⁴⁶ y las recomendaciones de tres autores.⁴⁷ Las primeras experiencias de trabajo con pacientes tratadas (también por estudiantes del CEP/APM) en el Departamento de Investigación Psicosocial del INPerIER, son positivas en lo que se refiere a la disminución de la sintomatología depresiva a los tres meses posparto (evaluada a través del EPDS) y el fortalecimiento de las funciones del yo.⁴⁸

Psicoterapia bebé-padres

Con base en los trabajos pioneros de Donald W. Winnicott (1970), Selma Fraiberg y cols. (1975) y Serge Lebociv (1987), en las últimas décadas han emergido nuevas modalidades de tratamiento que se agrupan bajo el nombre de “psicoterapias padres-bebé”, cuyos objetivos principales son: ayudar a desarrollar la “parentalidad”, esto es, el proceso psicológico de convertirse en madre y/o padre.^{49,50} Así como, fomentar la adquisición de competencias maternas y/o paternas, principalmente la sensibilidad, disponibilidad emocional, sintonía afectiva y mentalización (o capacidad reflexiva), al igual que favorecer en el recién nacido, lactante o preescolar, todas las líneas de desarrollo (emocional, cognoscitivo, del lenguaje, social) con objeto de que cursen de manera óptima, o bien, si existiese un desarrollo alterado, que pueda éste volver a su cauce conforme a lo esperado por la edad y grupo cultural de referencia.^{51,52}

Terapia de pareja

Las crisis por las que pasa la pareja serán cada vez más uno de los principales factores de riesgo para experimentar depresión, lo cual se hace más evidente en la gestación debido a la vulnerabilidad física y psicológica de la mujer, ya sea por problemas de infidelidad,

insatisfacción en las áreas amorosa y sexual, por amenaza de separación o por la consumación de la misma. Si bien el *Manual psicodinámico constructivista para el tratamiento de conflictos de pareja*,⁵³ no fue diseñado específicamente para parejas con depresión, en el INPerIER probó ser un instrumento de gran utilidad para el tratamiento de la mujer con diagnóstico de depresión clínica y su pareja, comprobando ser un instrumento de gran utilidad en el tratamiento de mujeres y hombres con sintomatología depresiva. La psicoterapia de pareja permite que ambos muestren cómo se relacionan en la cotidianidad, que se establezca un compromiso de trabajo mutuo, ya que a través de las tareas que se sugieren, producto del trabajo en la terapia, se observa en las parejas la posibilidad de modificar o sustituir una respuesta que favorezca la mejoría de los síntomas de la depresión en quienes la padecen, así como evitar sus consecuencias en la dinámica familiar.⁵⁴

Otras estrategias terapéuticas

Es cierto que para la mayoría de estas estrategias de intervención no se puede afirmar científicamente que sean eficaces, debido a la escasez de estudios de tratamiento y grupos control con asignación al azar, y otros requisitos metodológicos.^{30,35} Sin embargo, varios métodos han mostrado ser promisorios en los estudios que existen hasta ahora.

- **Masajes.** Tiene efectos terapéuticos tranquilizantes y produce cambios bioquímicos que pueden aliviar la depresión.⁵⁵ Puede ser practicado por un masajista o en su defecto por el esposo, la madre u otra persona adulta, que puede ser entrenada brevemente para tal propósito. Field y cols.⁵⁵ han mostrado los efectos benéficos del masaje en otros problemas, tales como los trastornos de ansiedad y también lo han utilizado con éxito en los bebés. Este grupo ha demostrado que practicar el masaje en el bebé ayuda también a la madre, en términos de aumentar su nivel sérico de algunas endorfinas, lo cual tendría un efecto tranquilizador en ella. Hay evidencia de que la terapia de masaje produce cambios bioquímicos importantes,

asociados con un menor nivel de estrés y depresión,⁵⁶ por ejemplo una baja del nivel de cortisol sérico, aumento de la concentración de serotonina y dopamina. Estas dos últimas sustancias químicas son neurotransmisores que se piensa, se encuentran disminuidas durante la depresión, por lo que su aumento se asociaría con una mejoría en el estado de ánimo y nivel de energía.

Un estudio de Field y cols.⁵⁷ con 84 mujeres embarazadas deprimidas, asignó al azar a las mujeres a un grupo de control, uno de relajación muscular y uno de masaje. El masaje era administrado por el compañero de la embarazada. Duró 16 semanas y se practicó por veinte minutos dos veces por semana. El mismo horario se mantuvo para el grupo con relajación muscular. Al final de las 16 semanas había menos síntomas de depresión y ansiedad en el grupo del masaje, con menor frecuencia asimismo de dolor de espalda y de piernas. Estas mujeres tenían niveles séricos más bajos de cortisol y noradrenalina, y más altos de serotonina y dopamina. Sus bebés, cuando nacieron, tuvieron una mejor calificación en la evaluación neonatal de Brazelton.

- **Acupuntura.** Ésta es otra terapia alternativa, sobre cuya eficacia hay una evidencia limitada con mujeres embarazadas y deprimidas.⁵⁸ Manber y cols. estudiaron un grupo de 61 mujeres embarazadas y deprimidas. Se asignaron 20 a un grupo de terapia de acupuntura activa, 21 a otro grupo de acupuntura no activa (falsa acupuntura, aunque las mujeres no sabían si la acupuntura era real o falsa) y a 20 se les proporcionó masaje. La acupuntura se administró por ocho semanas durante el embarazo. Los resultados mostraron que hubo una mayor remisión de los síntomas de depresión en las mujeres que tuvieron la acupuntura activa.
- **Fototerapia.** Otra intervención que puede ser útil en la depresión es la fototerapia, cuya eficacia en general para la depresión estacional ha sido demostrada empíricamente.⁵⁹ La depresión “estacional” es aquella que tiende a recurrir cada invierno todos los años; al revisar la evidencia de la fototerapia con luz brillante para la depresión no

estacional; se ha demostrado su eficacia, que es semejante a la del uso de medicamentos antidepresivos.⁶⁰ La fototerapia se puede intentar con cualquier mujer que esté deprimida,⁵ aunque la depresión no sea de tipo estacional y puede ser una alternativa útil en la embarazada⁶¹ y en la etapa posparto. La estimulación luminosa puede producir cambios bioquímicos en el cerebro que aumentan el nivel de neurotransmisores que elevan el estado de ánimo. Suele ser necesaria una lámpara de suficiente intensidad y luz blanca. Oren y cols.⁵ hicieron un estudio abierto con mujeres embarazadas (sólo 16) que tenían depresión según la escala de depresión de Hamilton. Después de estar expuestas a luz blanca intensa durante la mañana (todos los días), por un periodo de tres a cinco semanas, mejoraron en un 49% su nivel de depresión. Este estudio utilizó una lámpara fluorescente sin rayos ultravioleta de luminosidad de 10,000 lux a 33 cm de la cabeza de la paciente durante al menos 60 minutos, e iniciada 10 minutos después de despertarse. También puede ser útil una exposición durante dos horas con una intensidad de 2,500 lux, todos los días durante la mañana.

Medicamentos antidepresivos

En el caso de la depresión grave, o cuando hay frecuentes pensamientos de muerte o suicidas, o sentimientos de impotencia, insomnio grave o incapacidad de funcionar y atender al bebé, puede ser necesario usar medicamentos. Siempre será preferible, si esto es posible, evitar el uso de antidepresivos durante el primer trimestre del embarazo. La mayoría de mujeres y familiares preferirían no usar medicamentos.⁴ Actualmente, tienden a utilizarse los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS). Estos medicamentos se clasifican en EUA en el “grupo B”, lo que quiere decir que, aunque no se ha demostrado que sean completamente inocuos para el bebé, no hay evidencia de que produzcan malformaciones u otros trastornos graves en éste. Entonces se pueden prescribir durante el embarazo, pero sólo cuando los beneficios sean

mayores potencialmente que los riesgos de su uso.^{47,62}

Es necesario mencionar que los antidepresivos ISRS no han sido estudiados con métodos óptimos de investigación en términos de su diseño, poder estadístico, y de seguimiento a corto y largo plazo (para la madre y el bebé).⁴ En estudios con animales, cuando los ISRS han sido usados a dosis varias veces más altas de las usuales, sí ha habido reportes de malformaciones en los fetos y alteraciones en la duración del embarazo.⁶² Es claro que estos antidepresivos sí cruzan la barrera placentaria y, por lo tanto, el feto está expuesto a ellos. La mayoría de los estudios que han investigado teratogenicidad en humanos, no han encontrado evidencia de que se produzca ninguna malformación.^{47,62} Un estudio de casos en Suecia comparando antidepresivos ISRS con otros antidepresivos y el resultado en pacientes sin medicamento,⁶³ encontró sólo un riesgo de reducción de unas pocas semanas en la duración de la gestación (a 37 semanas). También se ha sugerido que el bebé podría tener un peso más bajo al nacer.

Los antidepresivos más utilizados son la fluoxetina, la paroxetina y la sertralina. Hay menos experiencia e información con los más nuevos, como la venlafaxina. Es necesario que el psiquiatra o neurólogo al hacer la recomendación de utilizar medicamento, informe a la paciente (y a su compañero u otro familiar) que no hay certeza de que éstos no tengan ningún efecto negativo en el bebé, aunque tampoco evidencia de que causen algún daño mayor.⁶⁴

Se ha observado un síndrome de supresión del antidepresivo en el recién nacido, cuando su madre ha usado el medicamento continuamente hasta antes del parto. El bebé manifiesta síntomas semejantes a los de la influenza y puede haber temblores y llanto excesivo por la supresión súbita del medicamento. Las dosis de antidepresivo deben de ajustarse según la respuesta clínica de la paciente. Los síntomas colaterales más comunes son: una mayor ansiedad, sudoración excesiva, sensación de inquietud y un sentimiento de indiferencia hacia lo que está

sucediendo. Los síntomas deseables son la mejoría en el estado de ánimo, de los síntomas neurovegetativos y psicosomáticos (cansancio, insomnio, falta de apetito, dolores vagos, etc.) y una mejor disposición para enfrentar los problemas de la vida diaria. El efecto benéfico puede tardar unas cuantas semanas en hacerse evidente.

En cuanto a la lactancia al seno materno, con los medicamentos mencionados, la mayoría de los expertos recomienda continuar amamantando aunque la madre esté tomando aquellos antidepresivos. Algunos recomiendan extraer (por bomba o exprimiendo) la "primera leche" que sale del seno en cada tetada, y luego proceder a amamantar. Esta leche inicial tendrá mayor concentración del medicamento, descartando esta leche, se minimiza la exposición del bebé a los antidepresivos.

Es preferible no utilizar otros medicamentos como los antidepresivos tricíclicos, el bupropión u otros por la mayor incertidumbre respecto a efectos en el feto. En la mujer con una depresión muy grave o que esté en estado suicida, puede ser necesario utilizar terapias adicionales como la electroconvulsiva.

Prevención

Como se mencionó anteriormente, se han logrado identificar los principales factores de riesgo para la depresión.⁶⁵ Entonces surge la pregunta de si los episodios depresivos podrían ser prevenibles si hubiera una intervención que pudiera instrumentarse con las mujeres en alto riesgo. Hay poca información empírica sobre esta posibilidad. Varios estudios han realizado intervenciones psicosociales para disminuir esta posibilidad y los resultados son aún inciertos, en términos de poder afirmar su eficacia preventiva. Algunos autores,^{66,23} han intentado la "prevención" de otros episodios de depresión posparto en mujeres que tenían el antecedente de haber sufrido anteriormente un episodio de depresión mayor posparto. Este estudio se hizo con unas cuantas mujeres y comparó la frecuencia de depresión cuando se había administrado sertralina antes del parto. Hubo una menor frecuencia en el grupo tratado con sertralina.

EFFECTOS DE LA DEPRESIÓN MATERNA EN EL NIÑO PEQUEÑO

La depresión durante el embarazo puede tener efectos negativos en el feto. Ésta suele asociarse con una elevación del nivel sérico de cortisol y alteraciones en el funcionamiento hipofisario-suprarrenal y del sistema de endorfinas. Todos estos efectos son negativos para el funcionamiento del feto.⁴ Entre estos efectos indeseables, está una mayor frecuencia de prematuridad, menor peso al nacer y menor grado de actividad fetal. Otros estudios han reportado menor tono muscular en el neonato y mayor irritabilidad.⁶⁷

Campbell⁶⁸ llama la atención sobre el hecho de que la depresión posparto puede ser de corta o larga duración. En un estudio realizado en mujeres primíparas en interacción con sus bebés, encontró claras diferencias dependiendo de si la depresión había durado los primeros seis meses de la vida del bebé o no. Se evaluó la relación entre la madre y el bebé en interacción cara a cara, durante el juego y en la situación de alimentación. En los primeros dos a tres meses no hubo diferencias entre mujeres deprimidas y no deprimidas, cuando sus videogramas fueron calificadas por personas que no sabían quién era deprimida y quién no. A los seis meses (depresión de duración larga) sí hubo diferencias: las mujeres deprimidas tuvieron menos interacciones positivas con el niño. Los niños tenían menos manifestaciones de alegría. Hay que señalar también que Campbell no encontró signos de hostilidad abierta, lo que han sido descritos por otros autores.⁶⁹ Más bien halló que a pesar de su depresión, muchas mujeres podían arreglárselas para responder a sus bebés y tener interacciones positivas con ellos, mientras que otras, parecían tener muy poca energía para hacer esto.

Stein y cols.⁷⁰ evaluaron a 49 mujeres que tenían historia de trastorno depresivo en el primer año postnatal y las compararon con 49 mujeres sin ningún trastorno. En el seguimiento de 19 meses después del nacimiento del niño, se examinaron en forma ciega, las interacciones entre madre e hijo o hija. Hubo una clara diferencia en la calidad de las interacciones. Los niños de las madres deprimidas tenían menos

capacidad para mostrar sus estados de ánimo y menos sociabilidad inicial con los extraños. Las madres parecían tener más dificultad para facilitar las interacciones y exploraciones de sus hijos. Esto era válido aun si la mujer en ese momento ya se había recuperado de su depresión. Hay que mencionar que estas mujeres suelen tener también mayores dificultades matrimoniales y esto confunde el efecto de la depresión *per se*.

Tiffany Field y cols. han expresado la opinión de que la depresión durante el embarazo literalmente produce cambios bioquímicos en el feto y que éstos lo predisponen a tener ciertas dificultades en su organización conductual en la etapa posparto y a futuro. Sus estudios han informado también que los bebés de alrededor de tres meses de mujeres con depresión posparto parecen "más deprimidos" que los niños de madres sin depresión (en evaluación ciega con videogramas).⁷¹ Field⁷² ha descrito que el niño ya de cuatro meses, cuando su madre está deprimida, aparece también con expresión facial deprimida o triste. El niño se voltea y evita la mirada de su madre más frecuentemente, está más irritable, y aun interactúa así cuando está frente a un extraño. Un estudio reciente,⁷³ sugirió una asociación entre depresión postnatal y dificultad en el bebé para aumentar de peso normalmente. No está claro el mecanismo específico de tal asociación.

Puckering,⁷⁴ describe que las madres deprimidas son más indecisas respecto a qué hacer con su bebé. Manifiestan menos tendencia a sostener cadenas largas de interacciones con éste. También suelen usar lenguaje más simple al hablar con el bebé y en general interactúan por menor tiempo. El niño necesita emplear métodos más intensos o directos para lograr respuestas de su madre. Las interacciones placenteras se interrumpen más fácilmente. Los niños hablaron menos y hacían hablar menos a su mamá. Hay tendencia en los niños a llorar por períodos más prolongados. Las mujeres tienden a estar más preocupadas y ensimismadas. También se ha encontrado una mayor frecuencia de apego inseguro en los niños. El grupo de la Universidad de Reading (Reino Unido), ha hecho estudios de evaluación de los hijos de

mujeres deprimidas a corto y largo plazo, cabe señalar que los estudios se han hecho con grupos control. Murray y cols.¹⁹ encuentran también que muchas mujeres con depresión posparto ya habían estado deprimidas durante el embarazo, sugiriendo que podría haber un impacto en el niño/a, ya desde la etapa intrauterina. En los primeros meses de la vida, el niño tiene más frecuencia de llanto excesivo y persistente, así como dificultades con el dormir, despertándose más veces en la noche y siendo difícil que se vuelvan a dormir. Zuckerman y cols.⁷⁵ también informaron que había mayor irritabilidad en los neonatos de mujeres deprimidas.

En este contexto es necesario pensar cómo una mujer, que para empezar está deprimida, tendrá que hacerse cargo de un bebé particularmente difícil, que llora inconsolablemente por períodos largos y que tiene dificultades para dormir, haciendo que ella se sienta ineficaz y esté privada de suficiente sueño. Todo esto podría hacer que la depresión e irritabilidad empeoren en ella. Esto puede originar interacciones negativas en un círculo vicioso que puede poner en riesgo al niño.

Murray y su grupo han estudiado a los hijos de madres con depresión posparto, en la etapa preescolar y en la etapa escolar. Encuentran que los niños tienen más conducta agresiva y mayor hiperactividad y déficit de atención. A los siete años de edad, sobre todo en los varones, tiende a haber más problemas de conducta (agresividad), dificultades de aprendizaje e hiperactividad.

ESCALAS DE DETECCIÓN

En la tabla 1 se incluye la versión en español de la Escala de Depresión Postnatal (también denominada perinatal cuando se aplica en la gestación) de Edinburgh diseñada por Anthony Cox y cols.; se presenta la versión en español validada para su aplicación en gestantes y/o mujeres en el período posparto en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes por Ortega y cols.⁹ y por Lartigue y cols.⁷⁶ Por su parte, tanto Morales y cols.⁷⁷ como Okendo,⁷⁸ recomiendan emplear un punto de corte de 13/14. Este último autor encontró una sensibilidad de 90%, una especificidad de 82%,

Tabla 1
Versión en español de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) John Cox, Jeni Holden y R. Sagovsky; 1987*

1. He podido reírme y ver el lado chistoso de las cosas:
 - Tanto como siempre lo he hecho
 - No tanto en comparación a como siempre lo he hecho
 - Definitivamente no tanto ahora
 - De ninguna manera
2. He anticipado las cosas con gusto:
 - Tanto como siempre lo he hecho
 - Algo menos de como siempre lo he hecho
 - Definitivamente menos de como siempre lo he hecho
 - Casi nada
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:
 - Sí, casi todo el tiempo
 - Sí, a veces
 - No, muy a menudo
 - No, nunca
4. Me he sentido angustiada y preocupada sin ninguna razón:
 - No, definitivamente
 - Casi no
 - Sí, algunas veces
 - Sí, muchas veces
5. Me he sentido asustada o con bastante miedo sin ninguna razón:
 - Sí, bastante
 - Sí, algunas veces
 - No, no mucho
 - No, nunca
6. Las cosas me han rebasado (están fuera de mi control):
 - Sí, la mayor parte de las veces no las he sobrellevado tan bien como siempre
 - Sí, algunas veces no las he sobrellevado tan bien como siempre
 - No, la mayor parte del tiempo las he sobrellevado bastante bien
 - No, las he sobrellevado tan bien como siempre
7. He estado tan infeliz que he tenido problemas al dormir:
 - Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, a veces
 - No muy a menudo
 - No, nunca
8. Me he sentido triste o desgraciada:
 - Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, a veces
 - No muy a menudo
 - No, nunca
9. Me he sentido tan triste que he llorado:
 - Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, bastante seguido
 - Sólo ocasionalmente
 - No, nunca
10. He pensado en hacerme daño:
 - Sí, muy a menudo
 - Algunas veces
 - Casi nunca
 - Nunca

** Ver referencia 25. Cabe destacar que se presenta la versión validada en el Instituto Nacional de Perinatología⁷ tanto para la gestación como para el posparto, por lo que se denominó "Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo" con las mismas iniciales EPDS, según las recomendaciones de John Cox. Es importante consignar que la versión del INPer pregunta por los quince días anteriores –no siete– siguiendo el criterio A del DSM-IV^{77,78} para el diagnóstico de un probable episodio depresivo mayor (periodo de dos semanas). Las instrucciones para su uso en el posparto son las siguientes: Nos gustaría saber cómo se siente. Por favor marque con una X la respuesta que se acerque más a cómo se ha sentido en los últimos 15 días. Recuerde que no sólo hoy, sino los pasados 15 días (las últimas dos semanas). Ejemplo: Me he sentido feliz: Sí, todo el tiempo; X Sí, la mayor parte del tiempo, o No, no muy a menudo; o No, nunca.

un valor predictivo positivo de 77% y negativo de 94%. Utilizó como estándar de oro la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II Del DSM-IV y la Entrevista

Internacional Compuesta del Diagnóstico (CIDI), de la Organización Mundial de la Salud para establecer o descartar el diagnóstico de depresión.⁸⁰

ABSTRACT

In this article there are described the principal phenomena associated with the depression during the pregnancy and in the postpartum stage, his frequency, phenomenology and strategies of treatment and detection. The principal effects of the depression are described brief in the baby. Every professional of the health must bear the possibility of depression in mind in the woman in the perinatal stage, that is to say, during the pregnancy and the postpartum one. Nevertheless, the majority of the women who are depressed in the perinatal stage do not look or receive specific treatment. It is necessary that the clinical one is acquainted by his phenomenology and that it learns to recognize her, which should understand his reasons and strategies of help, as well as the importance of the early intervention for the new mother and for his baby. In this article there are described a number of instruments of detection of the depression, as well as the principal forms of psychological intervention, like to offer support psychosocial, some form of individual psychotherapy, complementary or alternative therapies and the possible use of medicines. The depression during the pregnancy can have negative effects in the fetus, for example, is in the habit of associating with an increase of the serum of cortisol level, alterations in the functioning hypophysial-suprarenal and of the system of endorphins; likewise, it is known that the presence of these undesirable effects is associated by them with a major frequency of premature, minor weight on having been born and minor degree of fetal activity. They have been achieved to identify the principal factors of risk for the depression and the possibility of being foreseeable, if there was an intervention that could be orchestrated by the women in high risk.

KEY WORDS: Depression, perinatal, pregnancy, prevention.

REFERENCIAS

1. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. Canadian Journal of Psychiatry 2004; 49(11): 726-35.
2. Brockington IF. Disorders specific to the puerperium. International Journal of Mental Health 1992; 21(2): 41-52.
3. Brockington I. Motherhood and mental illness. Oxford: Oxford University Press; 1996, p. 165-99.
4. Stewart D. Depression during pregnancy. Canadian Family Physician 2005; 51: 1061-3.
5. Oren D. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. American Journal of Psychiatry 2002; 159: 666-9.
6. Cohen LS, Rosenbaum JF. Psychotropic use during pregnancy: weighing the risks. Journal of Clinical Psychiatry 1998; 59: 18-28.
7. Lartigue T, González I, Vázquez G, Navarrete Benítez A, Córdova A, Vázquez M, et al. Prevalencia de trastornos mentales en

- gestantes mexicanas con ITS/VIH-SIDA y vulnerabilidad social. Capítulo de libro en Salud Psicológica. En prensa.
8. Lovisi GM, Lopez JR, Coutinho ES, Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychological Medicine* 2005; 35(10): 1485-92.
 9. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15(1): 11-20.
 10. Lartigue T. Dinámica inconsciente de la depresión perinatal. En: Kolteniuk M, et al. (comps.). *El Inconsciente freudiano*. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004, p. 139-53.
 11. Freud S. *Duelo y melancolía. Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1917, Tomo XIV.
 12. Bleichmar H. Avances en psicoterapia psicoanalítica. México: Piadós; 1997. Brown MA, Solchany JE. Two overlooked mood disorders in women: Subsydromal depression and prenatal depression. *Nurs Clin Morth Am* 2004; 39(1): 83-95.
 13. Harris B. Biological and Hormonal Aspects of Postpartum Depressed Mood. *British J Psych* 1994; 164: 288-92.
 14. Mendoza ME, Martínez G, Pizano ML, Lartigue T. Violencia conyugal asociada a la autoestima en mujeres con y sin embarazo en un área urbana de la ciudad de México. En prensa.
 15. González I, Lartigue T, Vázquez G. Experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual en la gestación. *Salud Mental* 2008. En prensa.
 16. Vincent J, Felitti V, Anda F, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 1998; 14(4): 245-58.
 17. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Population Reports: Para acabar con la violencia contra la mujer* 1999; 50(11): 1-43.
 18. Medina M, Rojas E. Mujer, pobreza y adicciones. *Perinatol Reprod Hum* 2003; 17(4): 230-44.
 19. Murray D, Cox JL, Chapman G, Jones P. Childbirth: Life event or start of a long term difficulty? Further data from the Stoke-on-Trent controlled study of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry* 1995; 166: 595-600.
 20. Bleichmar DE. *La Depresión en la mujer. España: Temas de Hoy*; 1991.
 21. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders* 2004; 80(1): 65-73.
 22. Miller LJ. Clinical strategies for the use of psychotropic drugs during pregnancy. *Psychological Medicine* 1991; 9: 275-98.
 23. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Piontek CM, Findling RL. Prevention of postpartum depression. A pilot randomized clinical trial. *Am J Psych* 2004; 161: 1290-2.
 24. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Women's Health (Larchmont)* 2003; 12: 373-80.
 25. Cox L, Holden LM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
 26. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
 27. Williams JB. A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry*. American Medical Association 1988; 45(8): 742-7.
 28. Chen CH, Tseng YF, Chou FH, et al. Effects of support group intervention in postnatally distressed women: a controlled study in Taiwan. *J Psychosomatic Research* 2000; 49: 395-9.

29. Morgan M, Matthey S, Barnett B, et al. A group programme for postnatally distressed women and their partners. *J Advanced Nursing* 1997; 26: 913-20.
30. Dennis C. The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. *Canadian J Psychiatry* 2003; 48: 61-70.
31. Lara MA, Navarro C, Navarrete L, Mondragón L, Rubí NA. Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta. *Salud Mental* 2003; 26(3): 27-36.
32. Muñoz R. La depresión y la salud de nuestros pueblos. *Salud Mental* 2005; 28(4): 1-9.
33. Chávez M, Hernández A, Arce E, Bolaños I, Lartigue T, González I. Experiencia grupal de mujeres embarazadas y en etapa posparto, y su relación con la depresión. Una perspectiva sociocultural. *Perinatal Reprol Hum* 2008. En prensa.
34. Spinelli MG. Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1028-30.
35. Dennis CLE. Treatment of postpartum depression. Part 2: A critical review of nonbiological interventions. *J Clinical Psychiatry* 2004; 65: 1252-65.
36. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch General Psych* 2000; 57: 1039-45.
37. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York: Basic Books; 2000.
38. Beevers CG, Ivan IW. Unlinking negative cognition and symptoms of depression: Evidence of a specific treatment effect for cognitive therapy. *J Consulting and Clinical Psychology* 2005; 73(1): 68-77.
39. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, et al. Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychological Medicine* 2002; 32: 1039-47.
40. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, et al. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression, 1: impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 412-9.
41. Vives J, Lartigue T. El tratamiento psicoanalítico durante el embarazo. En: Vives J, Lartigue T (eds.). *Manual de Psicoterapia breve durante el embarazo y la lactancia*. México: Universidad Iberoamericana; 1999.
42. Casanueva E, Legarreta D, Díaz-Barriga M, Soberanis I, Cárdenas T, Iturriaga A, et al. Weight gain during pregnancy in adolescents: evaluation of a non nutritional intervention. *Rev Invest Clin* 1994; 46(2): 157-61.
43. Zapata M. Psicoterapia psicoanalítica con gestantes. En: Vives J, Lartigue T (coord.). *Apego y vínculo materno infantil*. México: Universidad de Guadalajara/Asoc. Psicoanalítica Jaliciense; 1994.
44. Dávila P. El proceso de la alianza terapéutica en mujeres embarazadas durante el período perinatal en el INPer en psicoterapia breve. Tesis de Maestría. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana; 2004, p. 265.
45. Rodríguez MI. Modelos de psicoterapia breve de la depresión en la gestación 2005.
46. Bellak L, Siegel H. *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Ed. Manual Moderno; ISBN 968-426-368-6.
47. Wisner KL, Zarin DA, Holmboe ES, Appelbaum PS, Gelenberg AJ, Leonard HL, et al. Risk-benefit decision making for treatment of depression during pregnancy. *Am J Psychiatry* 2000; 157(12): 1933-40.
48. Romano A. Evaluación del funcionamiento Yoico en mujeres embarazadas deprimidas tratadas en psicoterapia psicodinámica breve: estudio de casos. Tesis de Maestría. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana; 1997, p. 259.
49. Solis-Ponton L. La Parentalidad, desafío para el tercer milenio. México: Ed. Manual Moderno; 2005.
50. Solis-Ponton L, Lartigue T, Maldonado M. Cultura de la parentalidad. Antídoto contra la violencia y la barbarie. México: Ed. Manual Moderno; 2006.

51. Maldonado Durán JM. Infant and toddler mental health :models of clinical intervention with infants and their families. American Psychiatric Pub Washington 2002.
52. Lartigue T, De la Cerdá D. El rol del orientador psicológico en los programas de prevención en el campo de la salud mental. Orientación psicológica Vol. 2, creando alternativas; 2005: 70-97.
53. Velasco F. Parejas en conflicto, conflictos de parejas. Manual psicodinámico constructivistas para su tratamiento. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana: Editores de Textos Mexicanos; 2004.
54. Nina E. Comunicación marital y estilo de comunicación. Tesis de Maestría. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1991.
55. Field T. Massage therapy effects. American Psychologist 1998; 53(12): 1270-81.
56. Field T, Hernandez-Reif M, Diego M, Schanberg S, Kuhn C. Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy. Inter J Neurosciences 2005; 115(10): 1397-413.
57. Field T, Diego MA, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C. Massage therapy effects on depressed pregnant women. J Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology 2004; 25(2): 115-22.
58. Manber R, Schnyer RN, Allen JJ, Rush AJ, Blasey CM. Acupuncture: a promising treatment for depression during pregnancy. J Affective Disorders 2004; 83(1): 89-95.
59. Thompson C. Evidence-based treatment, in seasonal affective disorder: Practice and research. En: Partonen T, Magnusson A (eds.). Oxford: Oxford University Press; 2001, p. 151-8.
60. Golden RN, Gaynes BN, Ekstrom RD, Hammer RM, Jacobsen FM, Suppes T, et al. The Efficacy of Light Therapy in the Treatment of Mood Disorders: A Review and metaanalysis of the evidence. The American Journal of Psychiatry 2005; 162(4): 656-62.
61. Corral M, Kuan A, Kostaras D. Bright light therapy's effect on postpartum depression (lcarta). American Journal of Psychiatry 2000; 157: 303-4.
62. Hallberg P, Sjöblom V. The use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and breast-feeding: A review and clinical aspects. Journal of Clinical Psychopharmacology 2005; 25(1): 59-73.
63. Ericson A, Kallen B, Wiholm B. Delivery outcome after the use of antidepressants in early pregnancy. European Journal of Clinical Pharmacology 1999; 7: 503-8.
64. Kulin NA, Pastuszak A, Sage SR, Schick-Boschetto B, Spivey G, Feldkamp. Pregnancy outcome following maternal use of the new selective serotonin reuptake inhibitors: a prospective controlled multicenter study. Journal of the American Medical Association 1998; 279: 609-10.
65. Unterman RR, Posner NA, Williams KN. Postpartum Depressive disorders. Changing Trends. Birth 1990; 17(3): 131-7.
66. Wisner KL, Gelenberg AJ, Leonard H, et al. Pharmacologic treatment of depression during pregnancy. Journal of the American Medical Association 1999; 281: 1264-9.
67. Lattimore KA, Donn SM, Kaciroti N, Kemper AR, Neal CR, Vazquez DM. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and effects on the fetus and newborn. A meta-analysis. Journal of Perinatology 2005; 25: 595-604.
68. Campbell SB, Cohn JF, Meyers T. Depression in First-Time Mothers: Mother-Infant Interaction and Depression Chronicity. Developmental Psychology 1995; 31(3): 349-57.
69. Cohn JF, Matias R, Tronick EZ, Connell D, Lyons-Ruth K. Face-to face- interaction of depressed mothers and their infants. En: Field T, Tronick EZ (eds.). Maternal depression and child disturbance. New directions for child development 1986. San Francisco: Jossey-Bass, p. 31-46.
70. Stein A, Gath DH, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ. The Relationship between post-natal depression and mother-child interaction. British Journal of Psychiatry 1991; 158: 46-52.

71. Field T, Healy B, Goldstein S, Perry S, Bendell D, Schanberg S, et al. Infants of depressed mothers show depressed behavior even with non-depressed adults. *Child Development* 1988; 59: 1569-79.
72. Field T. Early interaction between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behaviour and Development* 1984; 7: 527-32.
73. O'Brian LM, Heycock EG, Hanna M, Jones PW, Cox JL. Postnatal depression and faltering growth: a community study. *Pediatrics* 2004; 113: 1242-7.
74. Puckering C. Maternal Depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1989; 30(6): 807-17.
75. Zuckerman B, Bauchner H, Parker S, Cabral H. Maternal depressive symptoms during pregnancy, and newborn irritability. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 1990; 114: 190.
76. Lartigue T, Casanova G, Ortiz J, Aranda C. Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS-VIH/SIDA. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18(2): 73-90.
77. Espíndola JG, Morales F. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricos del Instituto Nacional de Perinatología. *Peripato Reprod Hum* 2004; 18: 179-80.
78. Okendo M. Validez y seguridad de la escala de depresión perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. Tesis de especialidad de ginecología y Obstetricia. México: Universidad Autónoma de México; 2007.
79. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. México: Masson, S.A.; 1994.
80. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) survey initiative versión of the World Health Organization, Composte Internacional Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods in Psychiatr Res* 2004; 13(2): 93-121.