

Modelo de intervención temprana en la depresión posparto en un hospital de tercer nivel

Lilia Arranz Lara,* Jaime Ruiz Ornelas,** Wilfrido Aguirre Rivera,*** Eduardo Carsi Bocanegra,****
Georgina Ochoa Madrigal,¹ Margarita Camacho Díaz,² Salvador Gaviño Ambriz,****
José Francisco Cervantes Chávez²

RESUMEN

Antecedentes: la depresión posparto afecta a 10-13% de las mujeres recién paridas. La interacción entre las pacientes con depresión posparto y sus hijos se distingue por falta de responsabilidad, pasividad, alejamiento o evitación. Se ha destacado el beneficio de las intervenciones psicológicas tempranas, ya que las alteraciones en el vínculo materno-infantil afectan de manera determinante la conducta y el desarrollo del niño.

Objetivos: establecer un modelo de intervención temprana multidisciplinaria en un hospital de tercer nivel de atención para madres con depresión posparto que permita reducir la morbilidad de este padecimiento y mejorar la calidad del vínculo materno-infantil.

Pacientes y métodos: se hizo un estudio de 17 pacientes con síntomas de depresión posparto hospitalizadas durante dos semanas en el área de Medicina Materno-Fetal del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, en una habitación compartida con su lactante. Madre e hijo tuvieron durante el internamiento una atención multidisciplinaria. La depresión posparto se determinó a través de la prueba de Edinburg de depresión posnatal. La calidad en la relación madre-hijo se estudió por medio de la escala de interacción materno-infantil (Bethlem).

Resultados: cuando se evaluó la asociación inicial entre los datos obtenidos en la prueba Edinburg y los de la prueba Bethlem se observó una correlación positiva entre la depresión posparto de la madre y su dificultad para establecer un buen vínculo con su hijo ($p = 0.01$). Después del tratamiento multidisciplinario, en la escala Edinburg se apreció una reducción media de 11 puntos con respecto al puntaje inicial. En la escala de Bethlem, el promedio de reducción fue de 2.65 puntos.

Conclusiones: la hospitalización en un área especialmente diseñada para lograr la relajación de la madre y la atención multidisciplinaria oportuna contribuyen de manera importante a disminuir los síntomas de depresión posparto y mejorar el vínculo materno-infantil.

Palabras clave: depresión posparto, vínculo madre-hijo.

ABSTRACT

Background: 10 to 13% of new mothers are affected by postpartum depression. Interaction between depressed mother and her child is characterized by lack of responsibility, passivity or avoidance. Early psychological interventions are beneficial since alterations in mother-infant interaction affect decisively behavior and development of the child.

Objectives: To establish a multidisciplinary early intervention model in a tertiary care hospital for mothers affected by postpartum depression to reduce morbidity and improve the quality of mother-infant relationship.

Patients and methods: We performed a study of 17 patients with symptoms of postpartum depression hospitalized for two weeks in Maternal-Fetal Medicine Unit, CMN 20 de Noviembre, ISSSTE, in a room shared with their infant. Mother and son had a multidisciplinary care during hospitalization. Postpartum depression was determined using the test of Edinburg from postnatal depression. The quality of the mother-child relationship was studied through the scale of mother-infant interaction (Bethlem).

Results: When we assessed the initial relation between the data obtained in the Edinburg and Bethlem tests a positive correlation was observed between the depressed new mother and her difficult to establish a good relationship with her son ($p = 0.01$). After the multidisciplinary treatment, on the scale Edinburg we appreciated an average reduction of 11 points from the initial score. On the scale of Bethlem, the average reduction was 2.65 points.

Conclusions: Hospitalization in an area specially designed to achieve the relaxation of the mother, and a multidisciplinary and timely attention contribute significantly to decrease the symptoms of postpartum depression and improve mother-infant interaction.

Key words: postpartum depression, mother-infant interaction.

La reacción depresiva puerperal afecta a 30-75% de las mujeres recién paridas y se expresa mediante modificaciones del estado de ánimo debidas, principalmente, a alteraciones hormonales y psicosociales.^{1,2} Los cambios de humor en el posparto se manifiestan como sentimientos de tristeza, ansiedad y desesperación por la dificultad en el manejo del neonato.^{3,4} Estos cambios emocionales son de alivio espontáneo y no requieren un tratamiento específico.^{1,5} Menos común es la depresión posparto, que afecta a 10-13% de las mujeres recién paridas^{1,6} y tiene una repercusión significativa en la salud física y mental de la madre y el hijo.^{7,8} Si bien es cierto que la mayor parte de los síntomas de la depresión posparto cesan de manera natural, se ha corroborado que esto ocurre en un tiempo no menor a seis meses, e incluso en algunos casos entre 12 y 15 meses después del parto.⁹ Estos datos se han comprobado en la población mexicana.^{10,11} Es frecuente que este diagnóstico se retarde o minimice debido a la incapacidad de diferenciarlo, por su proximidad temporal, de la reacción depresiva puerperal o *baby blues*.¹

Los síntomas depresivos más comunes en las mujeres púerperas son: problemas de sueño,¹² falta de energía o fatiga crónica,¹³ inapetencia, cambios de peso corporal, alteraciones gastrointestinales y menoscabo en el funcionamiento cognitivo y sexual.^{12,14} Otros síntomas de mayor gravedad son la ansiedad que puede llegar a estados de pánico,³ irritabilidad que se vuelve enojo, culpabilidad, sensación constante de ser sobrepasada por

la vida cotidiana y sentimientos de inadecuación.^{15,16} Con respecto a su relación con el neonato, pueden aparecer dificultades para la lactancia,¹⁷ sentimientos de ser un fracaso como madre y de no embonar emocionalmente con el menor,¹⁸⁻²¹ descuido o desapego²² y mala regulación afectiva con el bebé.^{9,23} En algunas madres pueden existir sentimientos obsesivos o pensamientos mórbidos, y a veces de daño al bebé.²⁴ La psicosis posparto, de muy baja frecuencia entre la población femenina, puede inducir síntomas como falta de contacto con la realidad, alucinaciones, alteraciones en el pensamiento y, en casos graves, actos que pueden llevar al infanticidio.²⁵

Las mujeres con antecedentes de depresión crónica, bipolaridad u otras psicopatologías son más susceptibles de tener depresión posparto;^{26,27} de la misma forma, las que han sufrido episodios previos de depresión posparto están en mayor riesgo de volver a experimentarla.²⁸ Datos significativos señalan que la depresión y el estrés durante la época perinatal pueden afectar adversamente la evolución obstétrica y el bienestar del niño.²⁹⁻³¹ Asimismo, existen variables sociodemográficas como la insatisfacción laboral o económica que influyen en este padecimiento.⁸

La interacción entre mujeres con depresión posparto y sus hijos se distingue por falta de responsabilidad, pasividad, alejamiento o evitación.³² Una investigación que incluyó 4,873 madres reveló que las afectadas por este tipo de depresión (17.8%) eran más propensas a suspender la lactancia.³³ En un estudio se mencionó el hecho de que la falta de contacto físico con su madre produce en el bebé problemas de alimentación.³⁴ En estudios longitudinales se ha encontrado una desviación estándar menos en el nivel de inteligencia de los hijos de madres que sufrieron depresión posparto una década anterior.^{35,36} Asimismo, se han correlacionado positivamente casos de niños hiperactivos con comportamiento violento con el hecho de que sus madres hayan sufrido depresión posparto.³⁷ En la actualidad se busca minimizar los efectos en el desarrollo infantil del estresor externo que implica estar bajo el cuidado de una madre que sufre depresión posparto.^{38,39}

Se ha destacado en múltiples publicaciones el beneficio de las intervenciones psicológicas tempranas,^{3,40} dado que el trastorno en el vínculo materno-infantil afecta de manera determinante la conducta del niño.^{41,42} De forma

* Doctora en psicología adscrita al Servicio de Reproducción Humana.

** Médico adscrito al Servicio de Psiquiatría.

*** Médico adscrito al Servicio de Pediatría.

**** Médico adscrito al Servicio de Medicina Materno-Fetal.

¹ Médico adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia.

² Coordinador de Ginecología y Obstetricia.

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

Correspondencia: Dra. en Psic. Lilia Arranz Lara. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Av. Félix Cuevas 540, colonia Del Valle, CP 03100, México, DF.

Correo electrónico: arranzlilia@yahoo.com

Recibido: febrero, 2012. Aceptado: junio, 2012.

Este artículo debe citarse como: Arranz-Lara L, Ruiz-Ornelas J, Aguirre-Rivera W, Carsi-Bocanegra E y col. Modelo de intervención temprana en la depresión posparto en un hospital de tercer nivel. Rev Esp Med Quir 2012;17(2):100-108.

específica, se observa este efecto a través del cuestionario de interacción madre-hijo Bethlem Mother-Infant Interaction Scale.^{27,43} La depresión posparto materna puede valorarse mediante la prueba de Edinburgh,⁴⁴ cuya validación al español muestra una buena consistencia interna.⁴⁵ Es relevante vigilar el grado de estrés de la madre y de su menor, lo que puede lograrse a través de las concentraciones altas de cortisol,^{29,46} que es un indicador biológico.

OBJETIVO

El propósito general de esta investigación fue establecer un modelo de intervención temprana en un hospital de tercer nivel de atención para madres con diagnóstico de depresión posparto que permitiera reducir la morbilidad, sobre todo en lo referente a la calidad del vínculo materno-infantil, y disminuir el grado de estrés del lactante.

PACIENTES Y MÉTODOS

El estudio se realizó en un periodo de tres años con 17 pacientes con síntomas de depresión posparto que fueron referidas de clínicas y hospitales regionales y de segundo nivel del ISSSTE del área metropolitana, y que permanecieron hospitalizadas durante dos semanas en el Servicio de Medicina Materno Fetal del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, en habitación compartida con su hijo lactante, de acuerdo con la experiencia australiana.⁴⁷ Madre e hijo recibieron atención multidisciplinaria con el objetivo de disminuir la depresión posparto materna y mejorar el vínculo materno-infantil.

Selección de pacientes

Las pacientes con síntomas de depresión posparto fueron referidas a la Clínica de Depresión Posparto del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre por médicos familiares, ginecoobstetras, pediatras, neonatólogos, enfermeras, puericulturistas, psiquiatras o psicólogos pertenecientes a todos los niveles de atención del ISSSTE.

La Coordinación de Ginecología y Obstetricia, la Coordinación de Pediatría y el Servicio de Psiquiatría del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE propusieron una intervención oportuna^{48,49} en

madres que padeciesen síntomas de depresión severa, nerviosismo extremo por el cuidado del neonato o de descuido, desatención y hasta violencia hacia el recién nacido o hacia sí misma. Asimismo, fueron valoradas por el área de intervención psicológica de este nosocomio todas las mujeres recién paridas que refirieron síntomas de depresión gestacional moderada y grave, y aquellas con antecedentes de depresión crónica o enfermedad bipolar, con especial atención a las que tuvieron embarazos de alto riesgo, atendidas por el Servicio de Medicina Materno-Fetal del Centro Médico Nacional. También se evaluaron las mujeres que lograron su embarazo mediante técnicas de reproducción asistida en el Servicio de Reproducción Humana. Las mujeres que cumplieron con los criterios para ser incluidas en la Clínica de Depresión Posparto fueron atendidas por la psicóloga especializada en la consulta externa de ginecología y obstetricia, de acuerdo con lineamientos previamente establecidos:

1. Haber pasado la cuarta semana posparto.
2. Tener antecedentes de depresión crónica, enfermedad bipolar (ambos criterios son suficientes para la remisión inmediata), depresión gestacional o rechazo al producto desde el embarazo.
3. Si ha experimentado en el posparto, y por lo menos durante una semana:^{14,25,50}
 - Ánimo triste acompañado de ansiedad severa.
 - Pérdida del apetito acompañada de pérdida de peso.
 - Dificultades del sueño, ya sea hipersomnia, insomnio o sueño fragmentado, independientes de la atención al neonato.
 - Sentimientos de inutilidad, autorreproche o culpa excesiva.
 - Disminución de la capacidad de concentración o pensamiento.
 - Agitación o enlentecimiento psicomotor.
4. Cumplir por lo menos uno de los siguientes criterios en relación con el neonato:
 - Falta de responsabilidad o fuerte indiferencia hacia el cuidado neonatal.
 - Dificultad, sobre todo afectiva, para alimentar al seno materno al recién nacido.
 - Escasa expresión de afecto o franco rechazo hacia el neonato.

- Incapacidad para regular el afecto (llanto en particular) del recién nacido.
- Agresión hacia el neonato o pensamientos infanticidas.
- Severos problemas de pareja o familiares a raíz del nuevo nacimiento (episodios de violencia intrafamiliar).
- Descuido grave en la atención y cuidado de otros hijos o de sí misma.
- Consumo de alcohol y drogas antes del embarazo.
- Ausencia de apoyo social (pareja, familiares o amigos) para la manutención o el cuidado del neonato, sobre todo si se trató de parto múltiple.
- Diferencia significativa entre las expectativas de la maternidad y los logros cotidianos en la crianza neonatal que provoca fuerte frustración.

La psicóloga responsable les aplicó a todas ellas la prueba de Edinburg, con el fin de detectar depresión posnatal. Ésta es una prueba de alta confiabilidad, ya que logra identificar a 60% de las mujeres con este padecimiento en las primeras 20 semanas y a 80% en el primer año posparto.⁵¹ Asimismo, se les aplicó la escala de interacción materno-infantil (BMIS) y una entrevista psicológica a profundidad. Si reunían los criterios suficientes, se les ofreció hospitalización en una habitación del Servicio de Medicina Materno-Fetal asignada específicamente para la atención de la depresión posparto.

Manejo por especialidades

La intervención multidisciplinaria consistió en visitas diarias durante el tiempo de hospitalización por parte de diferentes especialistas para realizar psicoterapia diseñada para manejo de depresión posparto, valoración psiquiátrica con vigilancia de medicamentos indicados, vigilancia neonatal, asesoría en el manejo y cuidado del lactante y evaluaciones hormonales.¹

Ginecología y obstetricia: manejo de deficiencias hormonales, metabólicas (en especial, el desequilibrio electrolítico o la intolerancia a la glucosa), vitamínicas o problemas ginecológicos posparto.^{2,52-56}

Pediatría: exploración y vigilancia durante la hospitalización del estado general de salud del lactante.⁵⁷ Se destaca especialmente la detección y el manejo de

deficiencias específicas detectadas, como: cólicos, intolerancia a la lactosa, estreñimiento, llanto excesivo, entre otros síntomas que tuvieran relación con el estrés materno.^{40,57,58}

Enfermería: evaluación de la capacidad de crianza, enseñanza de cuidados perinatales básicos, vigilancia rutinaria de la madre y el menor,^{38,47,59-61} y masaje terapéutico infantil.²⁵

Psiquiatría: manejo de deficiencias bioquímicas que produzcan depresión, ansiedad o insomnio en la madre,⁶²⁻⁶⁵ evaluación de los niveles de estrés a través de cortisol en suero;^{29,66} manejo cognitivo-conductual del estrés,^{1,15} enseñanza de terapia de relajación y entrevistas para mejorar el estado de ánimo en casa.^{19,67}

Paidopsiquiatría: evaluación del vínculo materno-infantil por la prueba BMIS,⁴³ manejo de sueño, ansiedad y otras enfermedades psíquicas en el lactante,^{42,68} así como terapia de apego.^{22,34,41}

Atención psicológica: evaluaciones de depresión,^{50,69} estrés⁷⁰ y patrones de sueño^{12,71} en la madre, patrones de maternaje (Comité 7, 23), autoestima, autocuidado y arreglo personal,^{9,72} consejería psicosexual,⁷³ exploración de fantasías inconscientes de daño al niño,^{42,74} así como psicoterapia breve para mejorar la relación de pareja.^{75,76}

Trabajo social: detección de estresores sociales graves en el ambiente familiar y tipo de redes de apoyo de la madre, así como visitas domiciliarias para verificar que el ambiente físico sea adecuado para el menor^{16,60} en casos de maltrato evidente.

Nutrición: manejo de déficit nutricional, dieta anties-trés, consejería sobre hábitos alimenticios sanos para la madre y el menor y diseño de dieta individualizada, sobre todo en caso de problemas metabólicos como diabetes mellitus.⁷⁷

El grado de estrés bioquímico en la madre se observó en el cortisol en suero (puntaje ≤ 400 ng/dL) y cortisol en sangre.^{78,79} La depresión posparto (variable independiente) se valoró a través de la prueba de Edinburg de depresión posnatal (puntaje ≥ 11). La calidad en la relación madre-hijo (variable dependiente) se estudió por medio de la escala de interacción materno-infantil (*Bethlem Mother-Infant Interaction Scale*), que califica como sigue: de 0 a 2, adecuada relación materno-infantil y de 3 a 4, interacción inadecuada o ausente.⁸⁰ El grupo de estudio fue su propio testigo; posteriormente se ana-

lizaron los resultados de forma cuantitativa y cualitativa para obtener conclusiones significativas.

RESULTADOS

A pesar de que la población era pequeña ($n = 17$), en el lapso de tres años se pudo observar el efecto del tratamiento multidisciplinario de la depresión posparto a través de evaluaciones antes-después realizadas a las pacientes diagnosticadas con este padecimiento (Cuadro 1).

La concentración de cortisol sanguíneo de las pacientes deprimidas como marcador de estrés antes del tratamiento tuvo un valor medio de 561 ± 356.39 . Después del tratamiento, el valor medio obtenido fue de 408.64 ± 165.0 . Se mostró una reducción media de 152.36 puntos con respecto a la evaluación inicial (no hubo reactivos para realizar las pruebas en tres pacientes; $n = 14$). El coeficiente de correlación fue de 0.625.

De manera general, puede mostrarse que en la escala Edinburgh de depresión posparto antes del tratamiento, el valor medio fue de 19.7, con un punto de corte de 11 ± 8.56 . Después del tratamiento, el valor medio obtenido fue de 4.1 ± 4.4 . Hubo una reducción media de 11 puntos con respecto al puntaje inicial en la prueba. En la prueba de Edinburg, al finalizar el tratamiento, se obtuvieron coeficientes de correlación adecuados (0.792).

En cuanto a la escala Bethlehem de interacción materno-infantil, los índices en los que se pudo apreciar el cambio fueron los de contacto visual ($p = 0.018$), contacto físico ($p = 0.008$) y estado de ánimo materno ($p = 0.008$).

Antes del tratamiento, la perturbación en la escala de contacto visual se encontraba en 29.4% de las mujeres estudiadas; la de contacto físico en 29.3%; la de contacto verbal en 41%; la de estado de ánimo de la madre en 82.2%; la de rutina general en 47%; la de riesgo para el bebé en 17.5% y la de condición para el lactante en 11.7%.

La perturbación en las diferentes escalas después del tratamiento se registró de la siguiente manera: contacto visual, 5.5%; contacto físico, 11.1%; contacto verbal, 16.6%; estado de ánimo de la madre, 16.6%; rutina general, 16.6%; riesgo para el bebé, 0; y condición para el lactante, 5.5%.

El promedio de puntajes brutos del total de las mujeres estudiadas para la prueba de Bethlehem antes del tratamiento fue de 4.17 ± 1.3 , y después del tratamiento fue de 1.52 ± 0.43 .

Cuando se evaluaron los datos obtenidos en las pruebas Edinburg y Bethlehem se observó una correlación positiva entre la depresión posparto de la madre y su dificultad para establecer un buen vínculo con su hijo ($p = 0.01$).

DISCUSIÓN

En cuanto a las limitaciones del estudio, hay que mencionar que no fue posible valorar el estrés infantil de manera directa, debido a la dificultad para obtener los resultados de cortisol salival por la temprana edad del lactante y su poca salivación; sin embargo, la prueba de vínculo materno-infantil proporcionó información relevante sobre las áreas de efecto directo que tiene en el menor la depresión materna. El cambio en los resultados de las subescalas estudiadas en un porcentaje significativo de pacientes muestra que una madre que mejora su estado de ánimo puede vincularse de manera más eficiente con el bebé a su cargo. Esto producirá una sensación de bienestar que contribuirá al desarrollo integral infantil.

La detección oportuna y la intervención multidisciplinaria temprana de este padecimiento tienen como beneficio principal no sólo detener su evolución, sino, de manera fundamental, reducir el efecto que puede tener en el menor lactante por situaciones de desapego emocional,²² descuido en la atención básica, abandono de la lactancia y, en algunos casos, maltrato abierto, eventos que dejan al menor muy susceptible ante los estresores psicosociales.^{16,76,31}

La labor principal del personal de ginecología fue la vigilancia médica y el reestablecimiento del equilibrio metabólico y hormonal de la mujer en el posparto.⁵³⁻⁵⁶

Las funciones de los pediatras fueron la vigilancia y el cuidado de los menores durante las semanas de hospitalización, sobre todo porque muchos de ellos se vuelven llorones, irritables, inquietos y padecen trastornos como cólicos tempranos, inquietud nocturna, alergias o reflujo.⁶⁸

La visita diaria del personal del servicio de psiquiatría significó una terapia de apoyo cognitiva para la paciente y la administración de la dosis óptima de medicación, de

Cuadro 1. Valoraciones antes y después del tratamiento ($n = 17$)

<i>Prueba aplicada</i>	<i>Evaluación inicial</i>	<i>Evaluación final</i>
Cuantificación de depresión posparto*	Sin depresión (0) Depresión moderada (5.8%) Depresión severa (52.9%) Depresión muy severa (41.1%)	Sin depresión (88.2%) Depresión moderada (11.7%) Depresión severa (0) Depresión muy severa (0)
Nivel de estrés**	Cortisol muy elevado (52.9%) Cortisol elevado (29.4%) Cortisol normal (0) Sin reactivo (17.6%)	Cortisol muy elevado (29.4%) Cortisol elevado (29.4%) Cortisol normal (23.5%) Sin reactivo (17.6%)
Interacción materno-infantil***	<p>Contacto visual</p> <p>Interacción normal (70.5%) Perturbación leve (29.4%) Perturbación moderada (0) Perturbación severa (0)</p> <p>Contacto físico</p> <p>Interacción normal (64.7%) Perturbación leve (23.5%) Perturbación moderada (11.7%) Perturbación severa (0)</p> <p>Contacto verbal</p> <p>Interacción normal (52.9%) Perturbación leve (23.5%) Perturbación moderada (11.7%) Perturbación severa (5.8%)</p> <p>Estado de ánimo de la madre</p> <p>Normal (0) Perturbación leve (76.4%) Perturbación moderada (11.7%) Perturbación severa (11.7%)</p> <p>Rutina general</p> <p>Interacción normal (52.9%) Perturbación leve (23.5%) Perturbación moderada (23.5%) Perturbación severa (0)</p> <p>Riesgo para el bebé</p> <p>Sin riesgo (82.3%) Riesgo ligero (0) Riesgo moderado (11.7%) Riesgo severo (5.8%)</p> <p>Condición del lactante</p> <p>Buena (88.2%) Regular (11.7%) Mala (0) Muy mala (0)</p>	<p>Contacto visual</p> <p>Interacción normal (94.1%) Perturbación leve (5.5%) Perturbación moderada (0) Perturbación severa (0)</p> <p>Contacto físico</p> <p>Interacción normal (88.2%) Perturbación leve (11.1%) Perturbación moderada (0) Perturbación severa (0)</p> <p>Contacto verbal</p> <p>Interacción normal (82.3%) Perturbación leve (17.6%) Perturbación moderada (0) Perturbación severa (0)</p> <p>Estado de ánimo de la madre</p> <p>Normal (88.2%) Perturbación leve (11.1%) Perturbación moderada (0) Perturbación severa (0%)</p> <p>Rutina general</p> <p>Interacción normal (88.2%) Perturbación leve (11.7%) Perturbación moderada (0) Perturbación severa (0)</p> <p>Riesgo para el bebé</p> <p>Sin riesgo (100%) Riesgo ligero (0) Riesgo moderado (0) Riesgo severo (0)</p> <p>Condición del lactante</p> <p>Buena (94.5%) Regular (5.5%) Mala (0) Muy mala (0)</p>

* Escala perinatal de Edinburgh (1-11: sin depresión, 12-15: depresión moderada, 16-20: depresión severa, ≥ 21 : depresión muy severa).

** Cortisol en sangre (valor de referencia normal: 126-300 nMol/L, elevado: 301-500 nMol/L, muy elevado: ≥ 501 nMol/L).

*** *Bethlem Mother-Infant Interaction Scale* (puntuaciones 0-4 en escalas de contacto visual [E1], contacto físico [E2], contacto verbal [E3], estado de ánimo [E4], rutina general [E5], riesgo para el bebé [E6] y condición del infante [E7]).

acuerdo con sus síntomas.^{63,65} En una revisión de 2010, los medicamentos más prescritos fueron: sertralina⁸¹ y fluoxetina como antidepresivos, e imipramina como an-

siolítico;⁶⁵ en otras revisiones se prescribió paroxetina.⁸² Todos esos fármacos han demostrado un costo-beneficio adecuado, sobre todo durante la lactancia.^{58,64}

Las evaluaciones psicológicas representaron apoyo individual y familiar en los puntos de conflicto que se detectaron. Las psicoterapias de enfoque cognitivo-conductual o psicoanalítico coadyuvaron a la mejor comprensión del padecimiento y a que la paciente por sí misma encontrara vías para el manejo de situaciones que le generaban estrés crónico, ansiedad, angustia y tristeza.

Es relevante mencionar el papel de las asesorías que impartió a la paciente el personal de los servicios de enfermería, nutrición y trabajo social con respecto a las modificaciones que tenía que realizar para optimizar el cuidado de su menor lactante y de su entorno.⁸³

El hecho de que haya mejorado el estado de ánimo de la paciente en un tiempo relativamente corto incidió de forma importante en su vinculación con el menor, sobre todo en las áreas de contacto visual y físico (Cuadro 1).

CONCLUSIONES

El objetivo de esta investigación fue registrar los resultados de una intervención antes-después del equipo multidisciplinario en la Clínica de Depresión Posparto del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE.

Puede concluirse que la hospitalización en un área especialmente diseñada para que la madre se relaje y la atención multidisciplinaria oportuna contribuyen de manera fundamental a disminuir los síntomas de depresión posparto y mejoran el vínculo materno-infantil; sobre todo, reducen el efecto de este padecimiento en el menor en sus primeros seis meses de desarrollo.

Una ayuda importante en la mejoría de la madre es hospitalizarla en un área no psiquiátrica, como la materno-fetal, ya que promueve en ésta y sus familiares el reconocimiento del padecimiento como un evento que con cierta frecuencia puede ocurrir en el puerperio.^{84,85}

Es necesario crear conciencia de la existencia de esta enfermedad y sus repercusiones en el neonato, sobre todo entre el médico familiar, el ginecoobstetra que atiende embarazo y puerperio, y el pediatra responsable del neonato, para que pueda establecerse un diagnóstico oportuno y la referencia temprana a un centro de atención especializado.

La Clínica de Depresión Posparto del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE ha sido precursora en México de

este modelo de intervención, por lo que se buscó mostrar la labor realizada en un grupo de mujeres con este diagnóstico, con la finalidad de disminuir de manera oportuna el efecto en sus lactantes de un fenómeno biopsicosocial que se manifiesta cada vez con mayor frecuencia en la población derechohabiente.^{83,86}

REFERENCIAS

1. Misri S, Lusskin S. Postpartum blues and depression. Up to date 2005;13(2).
2. Gutiérrez R, Contreras D. ¿Cómo actúa la progesterona sobre el sistema nervioso central? *Rev Mex Salud Mental* 2000;23(2):42-48.
3. Austin MP, Priest SR. Clinical issues in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:97-104.
4. Stowe Z, Hostetter B, Newport J. The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:522-526.
5. Seyfried LS, Marcus SM. Postpartum mood disorders. *Int Rev Psychiatr* 2003;15 (3):231-242.
6. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression. A meta-analysis. *Int Rev Psychiatr* 1996;8:37-54.
7. Comité de la Pédiatrie Psychosociale, Société Canadienne de Pédiatrie (SCP). La depression de la mère et le développement de l' enfant. *Paediatr Child Health* 2004;9(8):589-598.
8. Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM, Mount JH. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol* 1991;100(2):122-132.
9. O'Hara MW, Zekoski MW, Phillips EM. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol* 1990;1:11-61.
10. De Castri F, Hernández B. Postnatal depression in Mexican women and its impact on child developmental outcomes at 18 months. Instituto Nacional de Salud Pública. Research Grant Program 2010.
11. Ocampo R, Martin G, Ontiveros M. Detección de depresión posparto en el Instituto Nacional de Perinatología. *Psiquiatría* 2007;23(3):18-22.
12. Swain A, O'Hara M, Starr K, Gorman L. A prospective study of sleep, mood, and cognitive function in postpartum and nonpostpartum women. *Obstet Gynecol* 1997;90(3):381-386.
13. Fisher J, Feekery C, Rowe H. Nature, severity and correlates of psychological distress in women admitted to a private motherbaby unit. *J Paediatr Child Health* 2002;38(2):140-142.
14. López-Ibor J, Valdés M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2002:471-472.
15. Tatano-Beck C, Driscoll J. Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide. Sudbury, Mass: Jones Publishers; 2006.
16. Lloyd B, Hawe P. Solutions forgone? How health profes-

- signals frame the problem of postnatal depression. *Soc Sci Med* 2003;57:1783-1795.
17. Shakespeare J, Blake F, García J. Breast-feeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. *Midwifery* 2004;20(3):251-260.
 18. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatr* 1998;59(2):34-39.
 19. Nonacs R. Postpartum depression. A metasynthesis. Up to Date 2005.
 20. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144:35-47.
 21. Stuchin A. Bonding failure: "I don't know this baby, she's nothing to do with me". *Clin Child Psychol Psychiatry* 1990;3:11-24.
 22. Ferber SG. Maternal touch could be used as a diagnostic tool for detection of mothers at risk. *Early Human Development* 2004;79(1):65-75.
 23. Reck C, Hunt A. Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology* 2004;37(6):272-280.
 24. Howard L, Kirkwood G, Latinovic R. Sudden infant death syndrome and maternal depression. *J Clin Psychiatry* 2007;68:8.
 25. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal depression and puerperal psychosis. Scotland Royal College of Physicians 2002.
 26. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144:35-47.
 27. Hypwell AE, Kumar R. Maternal psychopathology and prediction of outcome based on mother-infant interaction ratings (BMIS). *Br J Psychiatry* 1996;169(5):655-661.
 28. Philipps LH, O'Hara MW. Prospective study of postpartum depression: 4 ½-year follow-up of women and children. *J Abnorm Psychol* 1991;100(2):151-155.
 29. Huot RL, Brennan PA, Stowe ZN. Negative offspring of depressed mothers is predicted by infant cortisol levels at 6 months in infants. *Ann N Y Acad Sci* 2004;1032:234-236.
 30. Henry A, Stowe Z, Newport J. The fetus and maternal depression: implications for antenatal treatment guidelines. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):535-546.
 31. Murray L, Cooper P. Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child* 1997;77:99-101.
 32. Roselló-Pedrés A, Pérez T, Leal C. Influencia de la conducta, las actitudes y el estilo de crianza sobre el desarrollo del niño en madres con depresión posparto. *Ac Esp Psiq* 2002;30(5):292-300.
 33. Mac Learn K, Minkovitz C, Strobino DM. The timing of maternal depressive symptoms. *Pediatrics* 2006;118(1):174-182.
 34. Feldman R, Keren M, Gross-Rozval O, Tyano S. Mother-child touch patterns in infant feeding disorders: relation to maternal, child, and environmental factors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(9):1089-1097.
 35. Sharp D, Hay DF, Pawlby S. The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *J Child Psychology I Psychiatry & Allied Disciplines* 1995;36(8):1315-1336.
 36. Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, et al. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Clin Psychiatry* 1998;59(2):53-61.
 37. Hay DF, Pawlby S, Angold A, Harold GT, Sharp D. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Dev Psychol* 2003;39(6):1083-1094.
 38. Dennis C-L, Creedy D. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión posparto (Revisión Cochrane traducida) Biblioteca Cochrane Plus, 1, 2006. Oxford Updata Software.
 39. Morales-Carmona, Sánchez-Bravo F, Rivero J. Depresión materna y desarrollo infantil en hijos de madres deprimidas y no deprimidas. *Perinatol Reprod Hum* 1996;10(1):7-12.
 40. Weinberg MK, Tronick EZ. The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *J Clin Psychiatry* 1998;59(2):53.
 41. Lartigue T, Vives J. La formación del vínculo materno-infantil. Un estudio comparativo longitudinal. *Revista Mexicana de Psicología* 1992;9(2):127-142.
 42. Waters E, Crowell J, Elliot M. Bowlby's secure base theory and the social personality psychology styles. *Attach Hum Dev* 2002;4(2):230-242.
 43. Kumar R, Hipwell A. Development of a clinical rating scale to assess mother-infant interaction in a psychiatric mother and baby unit. The Royal College of Psychiatrists 1996;169(1):18-26.
 44. Cox JL, Holden JM, Sagovski R. Detection of the postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Post Natal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-786.
 45. Ortega L, Lartigue T. 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;44(2):11-20.
 46. Cameron OG, Starkman MN, Schleigert DE. The effect of elevated systemic cortisol levels on plasma catecholamines in patients with and without depressed mood. *J Psychiatr Res* 1995;29:347-360.
 47. Fisher J, Feekery C, Rowe H. Treatment of maternal mood disorder and infant behaviour disturbance in an Australian private mothercraft unit: a follow-up study. *Arch Womens Ment Health* 2004;7(1):89-93.
 48. Stuart S, O'Hara MW. Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:75-76.
 49. Clark R, Tluczeck A, Wenzel A. Psychotherapy for postpartum depression: a preliminary report. *Am J Orthopsych* 2003;73:441-454.
 50. Peindl KS, Wisner KI, Hanusa BH. Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. *J Affect Disord* 2004;80:37-44.
 51. Downie J, Wynaden D, McGowan S, Juliff D, et al. Using the Edinburgh Postnatal Scale to achieve best practice standards. *Nursing & Health Sciences* 2003;5(4):283-287.
 52. Hochberg Z, Pacak K, Chorusos G. Endocrine withdrawal syndromes. *Endocr Rev* 2003;24:523-538.
 53. Mac Coy SJ, Beal JM, Watson GH. Endocrine factors and postpartum depression. A selected review. *J Reprod Med* 2003;48:402.
 54. Gregoire AJ, Kumar R, Everitt B, Henderson AF. Transder-

- mal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet* 1996;347:930.
55. Ahokas A, Aito M. Role of estradiol in puerperal psychosis. *Psychopharmacology* 1999;147(1):108-110.
56. Harris B, Lovett L, Newcombe RG. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *BMJ* 1994;308:943-953.
57. Currie ML, Rademacher R. The pediatrician's role in recognizing and intervening in postpartum depression. *Pediatr Clin North Am* 2004;51(3):785-801.
58. Ostrea E, Mantaring J, Silvestre MA. Drugs that affect the fetus and newborn infant via the placenta or breast milk. *Pediatr Clin North Am* 2004;51(3):539-579.
59. Hayes BA. From postnatal depression to perinatal anxiety and depression; key points of the National Perinatal Depression plan for nurses and midwives. *Contemp Nurse* 2010;35(1): 58-67.
60. Hung CH. Predictors of postpartum women's health status. *J Nursing Scholarship* 2003;36(4):345-351.
61. Muñoz L. Atención del recién nacido en puericultura. Servicio de Neonatología. Santiago: Hospital Clínico Universidad de Chile; 2001.
62. Dennis C-L. The effect of peer support on postpartum depression: A pilot randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42-(7):871-889.
63. Hoffbrand S, Howard L, Cravley H. Antidepressant treatment for post-natal depression (Cochrane Review). Issue 3.UK: Cochrane Library; 2004.
64. Aguirre W, Álvarez A, Arranz L, Borja A, et al. Lineamientos para el manejo de antidepresivos en la lactancia en la Clínica de Depresión Posparto del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE. *Rev Esp Med Quir* 2005;11:6-8.
65. Ng R, Hirata C, Yeung W, Haller E, Finley PR. Pharmacologic treatment for postpartum depression: a systematic review. *Pharmacotherapy* 2010;30(9):928-941.
66. Urizar G, Milazzo M, Delucci K. Impact of stress on cortisol levels. *Biol Psychol* 2004;67(3):275-282.
67. Smith JC. Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación. Bilbao: Desclee; 1992.
68. Newport DJ, Hostetter A. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *J Clin Psychiatry* 2002;63(supl 7):31-44.
69. Espíndola JG, Mota C, Morales F, Díaz E, Meza P. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgh en pacientes del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004;18:178-186.
70. Sanz-Carrillo, García-Campayo J, Rubio A, Saled MA, et al. Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *J Psychosom Res* 2002;52:167-172.
71. Grandner MA, Kripke D, Yoon MY. Criterion, validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index: Investigation in a non clinical sample. *Sleep Biol Rhythms* 2006;4:129-136.
72. Surkan P, Gottlieb BRE, McCormick M. Impact of a health promotion intervention on maternal depressive symptoms at 15 months postpartum. *Am J Pub Health* 2008;98(1):125-132.
73. Morof D, Barret G, Peacock J. Postnatal depression and sexual health after childbirth. *Obstet Gynecol* 2003;102(6):1318-1325.
74. Castro F. Developmental impact of early maternal attributions. *J Am Psychoanal Assoc* 2007;55(1):243-253.
75. Misri S, Kostaras X, Fox D. The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Can J Psychiatry* 2000;45:554-556.
76. Wisner K, Parry B. Postpartum depression (clinical practice). *N Eng J Med* 2002;347(3):194-199.
77. Surkan P, Kawachi I, Ryan L. Maternal depressive symptoms, parenting self-efficacy and child growth. *Am J Public Health* 2008;98(1):125-132.
78. Lai J, Phil D, Ng S. Optimism, positive affectivity and salivary cortisol. *Br J Health Psychol* 2005;10(4):467-484.
79. Daly M, Delaney L, Doran P. The role of awakening cortisol and psychological distress in chemical variations in affect. *Emotion* 2011;66(3):507-519.
80. Stocky AJ, Tonge BJ, Numi RJ. The reliability and validity of the Bethlem Mother-Infant Interaction Scale. *BJ Psych* 1996;169(1):27-29.
81. Perel J, Peindl K. Sertralina: prevención de la depresión postparto un ensayo piloto clínico aleatorizado. *Am J Psych* 2004;161:1290-1296.
82. Newport DJ, Stowe ZN. Clinical management of perinatal depression: focus on paroxetine. *Psychopharm Bull* 2002;37(1):148-166.
83. Arranz L, Aguirre W, Ruiz J, Gaviño S. Enfoque multidisciplinario en la depresión postparto. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76:341-348.
84. Beck CH. Postpartum depression: A metasynthesis. *Qual Health Res* 2002;12(4):453-472.
85. Grote V, Torstein V, Von Kries R, Luque V, et al. Maternal postnatal depression and child growth: a European cohort study. *BMC Pediatrics* 2010;10:1-8.
86. Ochoa G, Valencia F, Olmos M, Arranz L. Relación materno-infantil en pacientes con depresión posparto. *Psiquis* 2011;2:43-51.