



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIO DE POSGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
ISSSTE

RELACION MATERNO INFANTIL EN PACIENTES CON DEPRESION
POSTPARTO

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA
PRESENTA:

DRA. MARGARITA OLMOS LOPEZ
RESIDENTE DE 4º. AÑO
CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

TUTOR DE TESIS

DRA. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA COORDINACION





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Este trabajo de Tesis con No. _____, presentado por la alumna Margarita Olmos López, se presenta en forma con visto bueno por el Tutor principal de la Tesis Dra. Marta Georgina Ochoa Madrigal, con fecha de julio del 2009 para su impresión final.

**Dra. Marta Georgina Ochoa Madrigal
Tutor principal**

AUTORIZACIONES

Dr. Mauricio Di Silvio López
Subdirector de Enseñanza e Investigación

Dr. Francisco Javier Valencia Granados
Jefe del servicio de Psiquiatría

Dra. Marta Georgina Ochoa Madrigal
Jefe de Enseñanza de la Coordinación



RELACION MATERNO INFANTIL EN PACIENTES CON DEPRESION POSTPARTO

Investigador responsable:

Dra. Marta Georgina Ochoa Madrigal

Firma _____

Investigador principal:

Dra. Margarita Olmos López

Firma _____

Colaboradores:

Dra. Andrea Pardo Martínez

Firma _____

Colaboradores:

Dr. Rafael Chong Avalos

Firma _____

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo Alejandro por estar siempre a mi lado, por su amor, comprensión y respeto.

A mi hija Sofía por ser la fuente de mi inspiración.

A mis padres por ser un ejemplo a seguir, por su amor, dedicación y apoyo incondicional.

Al Dr. Francisco Javier Valencia Granados y a la Dra. Marta Georgina Ochoa Madrigal por su enseñanza y apoyo en todo momento.

INDICE

Introducción	8
Resumen	9
Abstract	10
Antecedentes	11
Justificación	20
Objetivos :	21
Objetivo general	21
Objetivo específico	22
Hipótesis	23
Diseño metodológico	24
Criterios de inclusión	25
Criterios de exclusión	26
Criterios de eliminación	27
Resultados	28
Conclusiones	42
Bibliografía	43

INTRODUCCION

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

RESUMEN

INTRODUCCION:

Se considera Depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento de su hijo (a).

La dependencia extrema de los infantes de su cuidador, su sensibilidad a los contactos interpersonales y el hecho, de que en la gran mayoría de los casos, la madre constituye el ambiente principal del infante en los primeros meses después del parto, nos hace pensar en el impacto de que la Depresión ocurra en este tiempo de particular importancia.

OBJETIVOS:

- Evaluar la relación materno-infantil en las pacientes diagnosticadas con Depresión posparto.
- Evaluar si el tratamiento en las pacientes con Depresión posparto mejora la relación materno-infantil.

RESULTADOS:

La mayoría de las pacientes tenían 38 años de edad, ocupando el 23.08 % de la muestra; el 38.46 % tuvieron como grado máximo de escolaridad el bachillerato; el 61.54 % de las pacientes estaban casadas; el 69.23 % de la muestra recibió tratamiento a base de ISRS y el 30.77 % recibió tratamiento a base de ISRS + BZD.

Se observó una notoria mejoría tanto de la Depresión como de la relación materno-infantil posterior a tres semanas de recibir el tratamiento psicofarmacológico.

CONCLUSIONES:

La relación materno-infantil en pacientes con Depresión posparto es afectada notablemente, lo cual se comprobó al utilizar la Escala de Bethlem para su valoración.

El tratamiento farmacológico (ISRS y benzodiazepinas) en conjunto con la Terapia Cognitivo-Conductual disminuyeron considerablemente los datos de Depresión posparto, mejorando así la relación materno infantil, que se comprobó al observar la disminución de 1 punto en la Escala de Bethlem a las tres semanas de recibir el tratamiento.

ABSTRACT

INTRODUCTION:

Postpartum Depression is considered any non-psychotic depressive illness in the mother occurring during the first year after the birth of their child.

The dependence of infants on their carrier, their sensitivity to interpersonal contacts and the fact that the vast majority of cases the mother is the main room of the baby in the first months after birth, we think the impact of the Depression that occurs in this time is of particular importance.

OBJECTIVES:

- Assess the mother-child relationship in patients diagnosed with postpartum depression.
- To assess whether the treatment in patients with postpartum depression improves maternal-infant relationship.

RESULTS:

Most patients were 38 years of age, occupying 23.08% of the sample, the 38.46% had the highest high school education, 61.54% of the patients were married, and 69.23% of the sample received treatment with of SSRIs and 30.77% received treatment with SSRI + BZD. There was a noticeable improvement in both depression and the mother-child relationship after three weeks of receiving psychopharmacological treatment.

CONCLUSIONS:

The mother-child relationship in patients with postpartum depression is affected significantly, which was found by using the Scale for assessment of Bethlem.

Pharmacological treatment (SSRIs and benzodiazepines) in conjunction with cognitive behavioral therapy significantly reduced the data of postpartum depression, thereby improving the mother-child relationship, which was found by observing the decrease of 1 point on the scale of Bethlem after three weeks of receiving treatment.

ANTECEDENTES

Se considera Depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento de su hijo (a).

Estudios epidemiológicos de muestras puerperales han revelado consistentemente la prevalencia de Trastorno depresivo mayor no psicótico en las primeras semanas después del parto, en alrededor de un 10 %. El grado de inicio de la Depresión parece presentarse en los primeros 3 meses después del parto, en comparación con los siguientes 9 meses. Esto es de suma importancia, ya que se presenta en un tiempo importante en la vida de una mujer: el periodo postparto temprano es el tiempo en que se lleva a cabo la relación materno-infantil (9).

La dependencia extrema de los infantes de su cuidador, su sensibilidad a los contactos interpersonales y el hecho, de que en la gran mayoría de los casos, la madre constituye el ambiente principal del infante en los primeros meses después del parto, nos hace pensar en el impacto de que la Depresión ocurra en este tiempo de particular importancia.

Las madres con Depresión postparto presentan mayores problemas al alimentar a sus hijos, con el llanto y con el sueño, así como más problemas en la relación con sus hijos. La naturaleza de la relación en el contexto de la Depresión es predictivo del curso del desarrollo cognitivo, emocional y social del niño (11).

Es importante diferenciar la reacción depresiva puerperal de la Depresión posparto. La reacción depresiva puerperal, conocida también como *baby blues* es común y afecta del 30 al 75 % de las mujeres que acaban de tener un hijo. Esta forma de cambios de humor en el posparto se debe, principalmente, a la súbita caída hormonal, es de alivio espontáneo y no requiere tratamiento específico, más allá de la educación y el apoyo familiar. Los factores obstétricos pueden ser importantes en un subgrupo vulnerable de mujeres. Murray y Cartwright encontraron que sólo aquellas con antecedentes de Trastornos depresivos, que tuvieron complicaciones en el parto se asociaban con Depresión postparto.

Los eventos estresores de la vida en general y el desempleo en particular, la presencia de conflictos de pareja, y la ausencia general de apoyo personal del esposo, familia y amigos aumentan el riesgo de la presentación de este problema. También la irritabilidad del infante y el pobre comportamiento motor desencadenan la patología (9).

La Depresión posparto tiene un efecto significativo en la salud del neonato porque es frecuente que sufra diversas formas de abandono o alejamiento afectivo.

Además de la causa endócrina de la Depresión posparto, sus síntomas centrales se refieren a problemas de autopercepción y conflicto psicosocial. Algunos de los cambios emocionales son: tristeza, llanto fácil, labilidad emocional, ansiedad, sensación de estar rebasada, pensamientos obsesivos, enojo, irritabilidad, aislamiento, sentimiento de soledad, culpa, desinterés por las cosas, insomnio y fatiga, entre otros. Puede haber ideas delirantes en el 50 % de los casos y alucinaciones en el 25 % (3).

Los conflictos más comunes con el recién nacido son: dificultades e inseguridad en el rol materno, ambivalencia y rechazo a ser madre, en algunos casos, de querer dañar al bebé o a ellas mismas, o a ambos, problemas de comunicación con el padre del niño (a) o con su propia madre. Los factores sociales, económicos e interpersonales, y el antecedente de depresiones

previas contribuyen, en buena medida, a la evolución de este padecimiento. En los episodios depresivos graves del posparto se deteriora seriamente la actividad social o laboral, hay dificultades para alimentarse, vestirse o mantener un mínimo de higiene personal y, sobre todo, maltrato o descuido al neonato; en algunos casos pensamientos suicidas o de daño al menor.

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

El trabajo de Bowlby sobre el apego y la pérdida en los niños (1969, 1973, 1980) sigue siendo el más importante y del que parten todos los que estudian esta materia. Las autoras (1) explican como los niños establecen un apego emocional con sus cuidadores primarios y la ansiedad que sienten cuando son separados de ellos. Está convencido de que el niño necesita una relación cercana y continua con un cuidador primario para poder desarrollarse emocionalmente. Ha observado a niños con trastornos y dificultades de adaptación en entornos clínicos e institucionales, de bebés y niños separados de sus cuidadores primarios por un tiempo, e incluso a primates con sus madres. Por conducta de apego se entiende: "cualquier forma de conducta que tiene como resultado el que una persona obtenga o retenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido, que suele concebirse como más fuerte o más sabio". El niño (a) despliega una serie de conductas (sonrisa, llanto, seguimiento con la mirada), para mantener la proximidad del cuidador, y lógicamente se hace más intensa cuando el niño se siente en peligro. La figura de apego sirve como una base segura para poder explorar y dominar el entorno. Las tres funciones de una relación de apego son: la búsqueda de proximidad, la base segura y el refugio. Dentro del apego madre-hijo Ainsworth estudia tres estilos: apego inseguro evitativo, apego seguro y apego inseguro resistente o ansioso - ambivalente, dependiendo de la interacción madre hijo y de la sensibilidad y receptividad de la madre a las señales y necesidades del niño (aunque también se habla de una contribución genética). Otros investigadores añaden un cuarto grupo (la categoría desorganizada-desorientada del apego inseguro), útil para clasificar a niños que pertenecen a grupos de riesgo social (malos tratos, Depresión materna). Bowlby cree que el sistema de apego desempeña un papel fundamental a lo largo de la vida de un individuo. Morris señala los paralelismos existentes entre el apego ansioso y la mala elección de parejas sentimentales y el matrimonio fracasado (8).

El concepto de modelos internos o representaciones mentales es fundamental en la teoría del apego de Bowlby. Lo define como el mecanismo a través del cual las experiencias tempranas de apego afectan a una persona a lo largo de su vida. Los individuos necesitan tener un modelo de su entorno (modelo ambiental) y un modelo de sus propias habilidades y potencialidades (modelo organísmico), una especie de mapas o planos que utilizamos para predecir las conductas de los demás y para organizar nuestra propia conducta para lograr objetivos relacionales. Al parecer, estos modelos internos se desarrollan a partir de la historia de relaciones que ha mantenido el niño, cuando explora sus relaciones a través de conductas como la demanda de atención y consuelo. Cuando los padres cooperan es probable que los niños desarrollen relaciones positivas con los demás y que exploren su entorno con confianza. Estos modelos, en principio muy sencillos se van haciendo más elaborados a lo largo del desarrollo. Afectan a la selección e interpretación de los datos, a la forma en que evaluamos a los demás y a las relaciones que tenemos con ellos, y sobre todo a la conducta. Pero los modelos pueden modificarse en función de la experiencia, aunque suelen ser relativamente estables, porque tienden a funcionar de manera automática. A veces cambian, en situaciones

de transiciones vitales significativas, o a medida que la persona logre dar nuevas interpretaciones a sus experiencias pasadas, sea a través de procesos educativos o de terapias. El estilo de apego también afecta a la comunicación en las relaciones adultas de intimidad. Los individuos seguros presentan estilos más constructivos a la hora de enfrentarse a los conflictos (2).

Depresión anaclítica o Síndrome de hospitalismo es un término creado por el psicoanalista René Spitz en 1945 para designar un síndrome depresivo sobrevenido en el curso del primer año de vida del niño (a), consecutivo al alejamiento brutal y más o menos prolongado de la madre (hasta un máximo de tres meses) tras haber tenido el niño una relación normal con ella. El cuadro clínico que presenta es el siguiente: pérdida de la expresión mímica (de la sonrisa) mutismo, anorexia, insomnio, pérdida de peso y retardo psicomotor global. Sin embargo, la depresión anaclítica es reversible: si la ausencia de la madre no es muy prolongada, al reestablecerse el vínculo, la depresión cesa muy rápidamente. En este estado, también descrito por Spitz, la separación madre-hijo, durante un tiempo muy largo o total, desemboca en la imposibilidad del niño para entablar contactos afectivos permanentes; por ejemplo, porque está en una institución de salud que da tratamiento impersonal (4).

Field (1984) encontró que los niños de las madres deprimidas mostraban menos expresiones faciales positivas y más expresiones negativas y comportamientos de protesta. En 1985 estudió a infantes de 4 meses de edad de 12 madres con problemas durante el embarazo y notó que se encontraban más somnolientos y molestos y menos relajados y contenidos durante una interacción de 10 minutos (10).

Lyons-Ruth et al, encontraron que altos niveles de Depresión eran relacionados en 1 año con un desarrollo mental y motor pobre valorado con las escalas de Bayley. Murray encontró que los infantes de las madres que cursaron con Depresión postparto fallaban en el estadio V de las pruebas de objetos de Piaget.

El desarrollo temprano del apego seguro en la vida, es la clave que influencia las representaciones del niño (a) de sí mismo (a) y otros.

Los niños con madres con Depresión postparto muestran menos afecto para compartir, un bajo grado de comportamiento interactivo, menor concentración y más respuestas negativas. También menos sociabilidad con extraños (12).

Las estrategias de un apego inseguro involucran principalmente; minimizar la expresión del apego (estilos evitativos), o maximizar dicha expresión (estilos ansiosos/enredados). Estas estrategias se relacionan con comportamientos maternos identificados, respectivamente, como distantes y privativos, o intrusivos y punitivos- comportamientos que son muy comunes en las madres con Depresión y en aquellas que viven en condiciones de adversidad social: una clase social baja y desempleo, ser soltero o vivir en compañía de otro, tener menos apoyo y menores contactos sociales y más experiencias disruptivas en la infancia (Murray et al, 1996) (8).

Se ha observado una asociación del estilo del apego adulto con la Depresión y la vulnerabilidad asociada con la Depresión, como experiencias adversas en la infancia (Muller y Lemieux, 2000).

El mal apego se asocia tanto con Depresión perinatal como postnatal. En las mujeres con estilos evitativos, se observa más el comienzo de la Depresión durante el embarazo, y en aquellas con estilos ansiosos, la Depresión es postparto.

Para las mujeres con estilos ansiosos, un bebé en el útero puede colmar necesidades para cercanía enmarañada y para el miedo de separación, las cuales pueden ser amenazadas por separaciones breves del recién nacido, incrementando así, los niveles de los síntomas postparto. También presentan más dificultad en satisfacer figuras de apoyo cuando existe competencia para tener la atención del bebé. Esto lleva a celos y conflictos con la pareja y/o con otras personas cercanas que atiendan al bebé.

Estudios longitudinales de infantes de madres que han experimentado Depresión postparto, indican un deterioro en el desarrollo como consecuencia, incluyendo problemas cognitivos y de lenguaje (Cigill et al, 1986; Murray, 1992, 1996; Sharp et al, 1995; Hay et al, 2001; Murray y Cooper 2003), un deterioro en las relaciones de amistad y problemas conductuales. Murray ha sugerido que si las deficiencias en la experiencia de interacción del infante son sensibles a confusiones, pueden actuar como mediador de un desarrollo pobre (1992, 1996).

Las Escalas de Determinación Global de la Interacción Madre-hijo (Murray et al, 1996) se desarrollaron para asesorar las diferencias en la interacción madre-hijo entre grupos de mujeres con y sin Depresión postparto. Utilizando estas escalas, reportaron una "sensibilidad" significativamente disminuida hacia el infante para las madres con este problema. Estas, son basadas en videos para asesorar la calidad de compromiso de la madre al hijo y pueden ser aplicadas de los 2 a los 6 meses posteriores al parto.

El comportamiento materno de las madres con Depresión ha sido descrito como menos competentes que aquellas sin Depresión, siendo menos útiles, desorganizadas, hostiles y críticas y menos responsables y activas (Gelfand y Teti, 1990; Goodman, 1992).

La versión del infante-niño de la Observación en Casa para la Medición del Ambiente (IT-HOME; Caldwell y Bradley, 1984) asesora la calidad y cantidad de estimulación y apoyo disponible al niño (a) en el ambiente del hogar. Como un predictivo del desarrollo tardío, muestra relaciones significativas con el desarrollo tardío del lenguaje del niño, la ejecución intelectual y el logro académico (Bradley et al, 1994). También tiene relaciones significativas con la pobreza, clase social, estado civil, edad materna, educación y salud mental (Watson et al, 1996).

Las mujeres que experimentan adversidades prenatales severas en el contexto social, muestran evidencia de puntajes más bajos en la escala de sensibilidad y hay indicadores de adversidades posnatales severas en el contexto de reproducción/calidad de madre, asociada con puntajes bajos para Depresión en las Escalas de Determinación Global.

Las madres sin Depresión con un buen apoyo postnatal tuvieron puntajes más altos que aquellas con Depresión y con pobre apoyo postnatal, lo que sugiere un efecto adicional.

Las puntuaciones fueron significativamente mayores cuando la madre ha tenido educación al nivel de bachillerato o licenciatura, en comparación con educación secundaria o menos, y cuando la clase social de la madre y el padre es no manual.

Los análisis de Depresión no mostraron hallazgos significativos cuando se considera como factor único (6).

Los problemas de sueño en los infantes y la Depresión postparto son comunes. En Australia 36-46 % de los padres reportan un problema respecto al sueño de sus hijos en los segundos seis meses de edad, y 10-15 % de las madres experimentan Depresión postparto en su primer

año después del parto. Estos 2 problemas se asocian con un aumento de estrés marital, separación familiar, abuso infantil, problemas de comportamiento en el niño (a) y ansiedad en la madre.

La Depresión postparto es muy frecuentemente no detectada en los cuidados primarios, y aún, si es detectada, muchas mujeres no aceptan el diagnóstico ni el tomar medicamentos antidepresivos. Al utilizar intervenciones conductuales como el control del llanto y el ignorar sistemático, han mostrado disminuir los problemas de sueño en los infantes.

El único factor encontrado capaz de aumentar la puntuación de Depresión, fue el problema persistente del sueño en el infante.

Las madres con Depresión estuvieron mucho más satisfechas con las estrategias de sueño que las madres control.

Una simple intervención conductual reduce los problemas de sueño de los infantes, así como los síntomas de Depresión y mejora la calidad y cantidad del sueño de las madres en un corto plazo (2 meses). A los 4 meses disminuye los síntomas de Depresión y la cantidad de ayuda necesaria de otras fuentes (7).

Los niños (as) de mujeres con Depresión postparto presentan consecuencias psicológicas adversas (Murray y Cooper, 1997). A la edad de 4 años, en muestras de alto riesgo, se observa pobre desarrollo cognitivo (Cogill et al, 1986; Sharp et al, 1995) (10).

La transición a la escuela ofrece una buena oportunidad para evaluar el funcionamiento del niño (a), siendo una experiencia universal, normativa y potencialmente estresante que puede evidenciar la vulnerabilidad del infante para un posterior ajuste. Varios factores pueden colocar a los hijos (as) de madres con Depresión postparto en riesgo a ser expuestos a depresiones subsecuentes (Cooper y Murray, 1995); a discordancia parental (Brown y Harris, 1978) y puede haber un deterioro persistente en el funcionamiento social de la madre (Stein et al, 1991) que limita la facilitación materna para la asistencia a la escuela y a las amistades del niño (a) (12).

La Depresión postparto responde bien a los procedimientos de consejería y apoyo con una mejoría rápida y sustancial en el humor de la madre y beneficia en términos de experiencia materna en los problemas del infante (5).

Los infantes de las madres que reciben una intervención psicológica breve entre 2 y 4 meses después del parto tienen menos problemas conductuales a los 18 meses.

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

FARMACOLOGICO

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

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

Terapia hormonal. Diversos estudios señalan que para contrarrestar los efectos desestabilizadores de los esteroides gonadales en el estado de ánimo pueden indicarse estrógenos transdérmicos con progesterona cíclica, que han demostrado ser más efectivos que el placebo en pacientes con Depresión posnatal de moderada a grave. Algunos datos preliminares sugieren que el estrógeno combinado con tratamiento antidepresivo puede ser benéfico. Sin embargo, la preocupación por sus efectos colaterales, particularmente la hiperplasia endometrial y la trombosis, puede limitar su indicación.

PSICOSOCIAL

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

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

FISICO

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

INTERNAMIENTO EN HABITACION CONJUNTA (MADRE-HIJO)

Muchos estudios han determinado como una aproximación efectiva al tratamiento de este padecimiento, el internamiento hospitalario conjunto de la madre y su hijo. Las ventajas más importantes son: la promoción del acercamiento sin temor de la madre a su hijo, encauzar a la madre a que encuentre su rol de manera natural y, al mismo tiempo, se promueve y se da apoyo a la pareja y a los familiares cercanos, para que colaboren en esta dinámica. El internamiento de la madre y su recién nacido en áreas psiquiátricas está prohibido en todo el

mundo, debido a los riesgos inherentes de ésta área para la madre y su hijo, quienes deben hospitalizarse en áreas que brinden seguridad y bienestar para ellos (13).

La Escala de Interacción Materno-Infantil (*Bethlem Mother-Infant Interaction Scale*) de Kumar-Hypwell analiza la calidad y cantidad de la interacción materno-infantil y los parámetros que evalúa son:

- Contacto visual
 - 0. La madre generalmente busca y mantiene contacto visual con su hijo de manera apropiada. Su mirada y expresión responden al estado del infante (por ejemplo: sonriente, llorón, etc.).
 - 1. Como lo anterior (0), pero existen momentos en los que la madre mira hacia otro lado o parece no enfocarse en su hijo.
 - 2. Como el anterior (1), pero los momentos de desatención son más grandes y parece que la madre hace contacto visual con menor frecuencia, dando la impresión que por momentos evita mirar al bebé, se siente incómoda para sostener la mirada o es muy distraída para hacerlo.
 - 3. Como en anterior (2), pero tiene muy poco contacto visual con su hijo.
 - 4. La madre y su hijo están separados la mayor parte del tiempo.

- Contacto físico
 - 0. La madre en general carga y soporta a su hijo de una manera relajada y eficiente. Busca y mantiene contacto físico con conciencia y sensibilidad del estado del infante (por ejemplo: alerta, juguetón, somnoliento, despierto).
 - 1. Como el anterior (0), pero ocasionalmente parece "fuera de tono" con el infante (por ejemplo: lo levanta con mucha frecuencia o muy poca). El contacto parece mecánico o brusco.
 - 2. Como el anterior (1), pero la madre es más persistente y obviamente insensible al estado del infante. Sin embargo, puede cargar a su hijo "exitosamente" por pocos minutos.
 - 3. Como el anterior (2), pero incapaz de cargar a su hijo por poco tiempo sin molestarlo o molestarse.
 - 4. La madre y su hijo están separados la mayor parte del tiempo.

- Contacto verbal
 - 0. La madre en general, inicia y mantiene el diálogo, cantidad, tono, volumen, y el contenido es apropiado y en respuesta al estado del infante (por ejemplo: sonriente, balbuceante, llorón).
 - 1. Como el anterior (0), pero en menor cantidad o con cortes breves en el diálogo, con respuestas o no inapropiadas por parte de la madre.
 - 2. Como el anterior (1), pero los cortes son más prolongados y más obvios cualitativamente. Con frecuencia es claramente incapaz de sostener una "conversación" con el bebé; sin embargo, en algunas ocasiones puede manejarse con cierto éxito.
 - 3. Claramente sin armonía con el infante la mayor parte del tiempo. Existe falta de verbalización, o ésta es excesiva o bien inapropiada, en cantidad, tono, volumen, o la madre es incapaz de sostener un diálogo entre los 2.
 - 4. La madre y su hijo están separados la mayor parte del tiempo.

- Estado de ánimo
 - 0. Generalmente confortable, relajada, preocupada, cálida y sensible al estado de ánimo del infante. Capaz de tolerar el enojo o irritabilidad de su hijo.
 - 1. Como el anterior (0), pero puntuado por periodos breves donde las respuestas afectivas a su hijo son inapropiadas o ausentes. Sin embargo, es sensible al infante la mayor parte del tiempo.
 - 2. Como el anterior (1), pero el humor de la madre domina la interacción con el infante. Frecuentemente, sin embargo, ella es capaz de responder de manera apropiada (por ejemplo: tranquilizar exitosamente a su hijo o mantener la relación).
 - 3. La mayor parte del tiempo es desarmonía con el infante. El estado de ánimo de la madre no responde a la de su hijo sino en pocas ocasiones.
 - 4. La madre y su hijo están separados la mayor parte del tiempo.

- Rutina general
 - 0. Bien organizada en relación al cuidado del infante (por ejemplo: el alimento y los pañales están preparados a tiempo). No se altera por problemas menores inesperados. Afronta éstos de manera independiente.
 - 1. Como el anterior (0), pero ocasionalmente falla y necesita ser auxiliada. No aparecen serias dificultades.
 - 2. Como el anterior (1), pero más frecuentemente y severa, de manera que tiene que ser auxiliada muy a menudo.
 - 3. Muy desorganizada, requiere considerablemente intervención y ayuda todo el tiempo.
 - 4. El niño y la madre están separados la mayor parte del tiempo.

- Riesgo físico para el infante
 - 0. En general hay un ambiente seguro, sin riesgo perceptible para el infante.
 - 1. Algunas veces descuidada o negligente, pero rápidamente corrige o responde al riesgo.
 - 2. No propositivamente descuidada, ruda o negligente; sin embargo, pone al infante en situaciones peligrosas sin darse cuenta del peligro. Ocasionalmente atemoriza con dañar a su hijo pero aún así tiene mucho cuidado.
 - 3. Amenaza o definitivamente tiene miedo de dañar a su hijo, y el cuidado se da por alguien más por el temor a que el infante esté en riesgo.
 - 4. Daño real al infante intencionado o no. Ha sido separada del infante porque se ha percibido el riesgo.

Si existe una calificación de 2 o más en la escala de riesgo, favor de describir en detalle:

1. La naturaleza de cualquier incidente e indique si se debió a negligencia o a una intención.
2. Si no es un incidente reciente, ¿cuáles fueron las palabras de la madre para describir el riesgo?
3. Aspectos relevantes del estado mental de la madre (por ejemplo: con riesgo suicida, maniaca, con delirios que integran al infante).

- Condición del infante
 - 0. Infante saludable, alerta, feliz y sensible.
 - 1. Ocasionalmente el infante es difícil, o existe algún problema de salud que interfiere en la relación madre-hijo de alguna manera.
 - 2. Como el anterior (1), pero el infante es difícil o tiene problemas de salud la mayor parte del tiempo.
 - 3. Claramente es un infante difícil o con pobre salud la mayor parte del tiempo.
 - 4. La madre y el hijo están separados la mayor parte del tiempo debido a problemas de salud del infante.

JUSTIFICACION

La Depresión postparto se observa en mujeres que han tenido recientemente un bebé. La incidencia es de aproximadamente 1 a 2 casos por 1000 nacimientos. Alrededor del 50 % al 60 % de las mujeres afectadas han tenido su primer hijo, y alrededor del 50 % de los casos corresponde a partos asociados con complicaciones perinatales no psiquiátricas. Sin embargo, aproximadamente el 50 % de las mujeres afectadas tienen antecedentes familiares de Trastornos del estado de ánimo. Los síntomas comienzan a los pocos días del parto, aunque en promedio es de 2 a 3 semanas y casi siempre hasta 8 semanas después del parto. La sintomatología se caracteriza por estado de ánimo depresivo, ideas delirantes (50 % de los casos) y alucinaciones (25 % de los casos), ansiedad excesiva, insomnio, sentimientos de inadecuación como madre, puede haber preocupación excesiva por la salud o bienestar del bebé, o por el contrario, sentimientos de no desear cuidarlo o, no amarlo, así como pensamientos recurrentes (rumiación) u obsesivos de dañar al bebé, o a sí misma. Estas pacientes deben ser observadas cuidadosamente, porque a veces es difícil diferenciar entre ideas delirantes y obsesión, y es especialmente difícil predecir si la paciente actuará su temor o deseo de dañar al bebé, o no, pero también, la paciente puede representar un peligro para ella misma, ya que corre el riesgo de atentar contra su vida, contra la de su bebé, o a ambos.

La Depresión postparto no psicótica presenta la sintomatología antes descrita, sólo sin la actividad delirante o alucinatoria. Afectando al 10-20 % de las mujeres.

La evolución puede ser similar a la de los Trastornos del estado de ánimo. Específicamente, los Trastornos del estado de ánimo suelen ser episódicos, y las pacientes con Depresión postparto a menudo presentan otro episodio sintomático dentro del año o los 2 años del parto. Los embarazos posteriores se asocian con mayor riesgo de otro episodio, a veces hasta del 50 %.

La depresión materna es un factor de riesgo de retraso del desarrollo psicomotor en el infante, sin embargo, puede ser modificable con una adecuada detección e intervención efectivas y aplicables en la atención primaria.

El prevenir en forma oportuna la Depresión postparto ayuda a disminuir el estrés de la mujer, aceptar y sentirse cómoda en el rol de madre y así poder mejorar el vínculo materno-infantil. Mejorar a través de técnicas psicoterapéuticas y farmacológicas el cuadro depresivo de la madre y la relación con su hijo (a). Mejorar las relaciones interpersonales tanto a nivel de pareja, como familiar (padres). Prevenir los problemas a futuro en el desarrollo físico y emocional del niño. Educar a las pacientes sobre cómo reconocer los signos y síntomas de alerta de los cuadros depresivos, ya que es una patología sub-diagnosticada y sub-tratada, para que en embarazos posteriores sean tratadas de manera adecuada y oportuna y no se vea afectada la relación materno-infantil..

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la relación materno-infantil en las pacientes diagnosticadas con Depresión postparto.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Evaluar datos demográficos (edad, escolaridad, lugar de origen, estado civil y tratamiento).
- 2.- Evaluar si el tratamiento en las pacientes con Depresión postparto mejora la relación materno-infantil.

HIPOTESIS

- Ha: La relación materno-infantil se ve afectada en las pacientes diagnosticadas con Depresión postparto.
- Hn: La relación materno-infantil no se ve afectada en las pacientes diagnosticadas con Depresión postparto.

DISEÑO METODOLOGICO

Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, abierto.

Se estudiaron 13 pacientes en conjunto con sus hijos, las cuales tenían el diagnóstico de Depresión postparto. Se les aplicó la escala de Bethlem al ingreso y a la tercer semana de su hospitalización, con la finalidad de corroborar si se observaban cambios en la relación materno-infantil, posterior a la aplicación de un tratamiento tanto psicoterapéutico (Terapia Cognitivo-Conductual), como farmacológico (Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina o Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina y benzodiazepinas), esperando 3 semanas después del inicio del tratamiento, tiempo esperado para que se presente una adecuada respuesta de los síntomas afectivos de la madre.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Derechohabientes del ISSSTE que cumplan criterios de acuerdo a la Escala de Hamilton para Depresión.
- Que se hospitalice la madre e hijo en el servicio de Gineco-obstetricia en el 4to piso en cuarto especial de observación.
- Durante un periodo de observación de máximo 5 días.
- Edades mayores de 18 hasta 40 años.
- Mujeres.
- Acompañadas de un familiar cercano.
- Saber leer y escribir.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Aquellas que se nieguen a participar en el tratamiento.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Aquellas pacientes que no completen los cuestionarios.

RESULTADOS

Se realizó un análisis estadístico de percentiles utilizando los programas de Excel y el SPSS, donde se muestra lo siguiente:

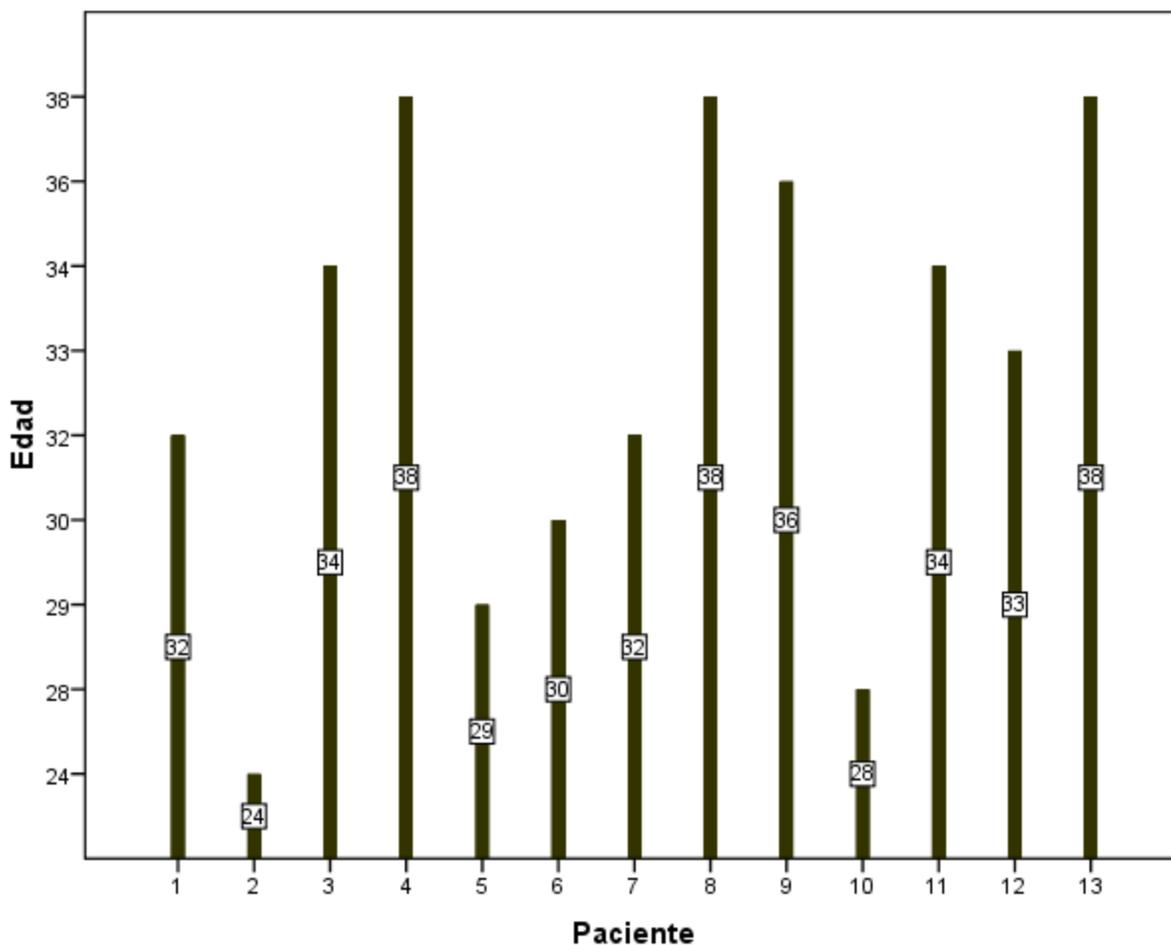


Figura 1: Representación gráfica de las edades de cada paciente, se observa dentro de la figura en las barras la edad exacta de cada paciente.

3 pacientes eran de 38 años, 1 de 36 años, 2 de 34 años, 1 de 33 años, 2 de 32 años, 1 de 30 años, 1 de 29 años, 1 de 28 años y 1 de 24 años.

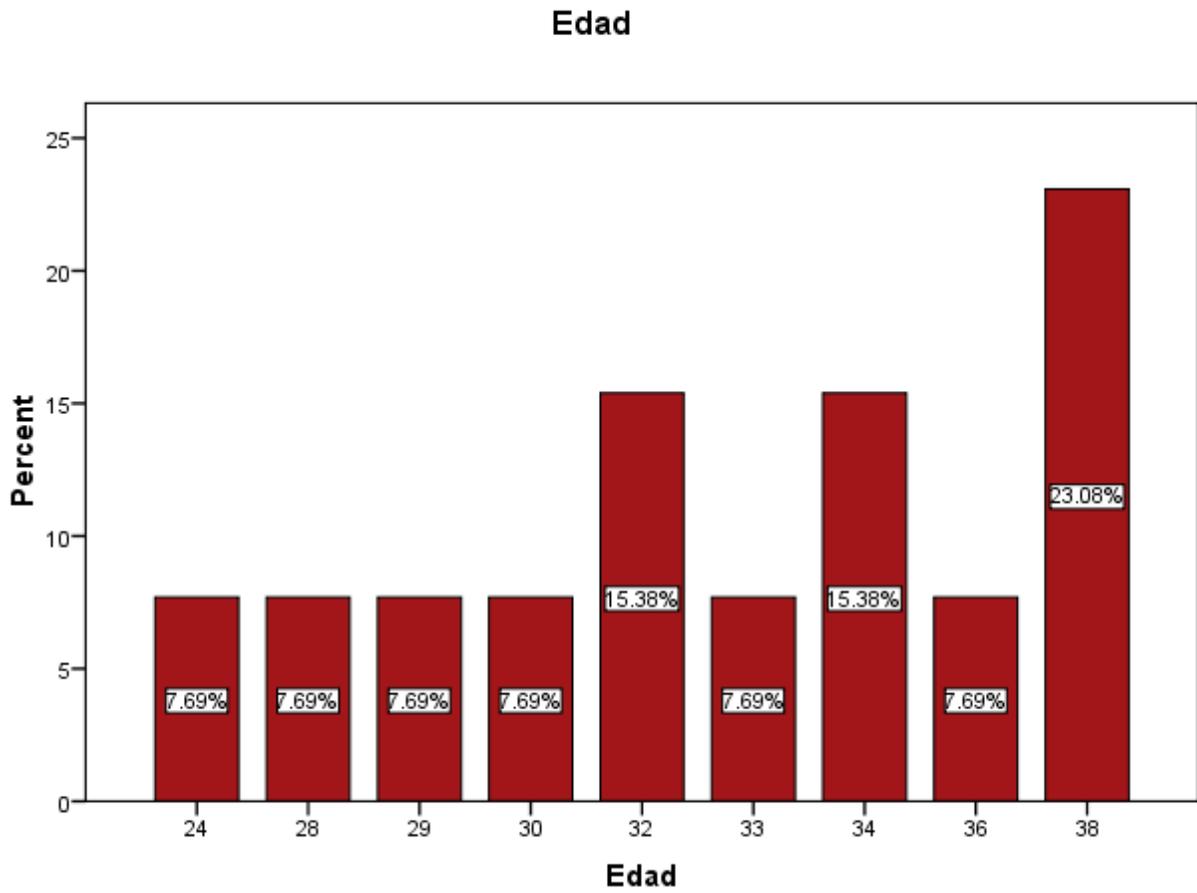


Figura 2: Representación gráfica de los porcentajes de las edades de las pacientes estudiadas.

Las pacientes de 24, 28, 29, 30, 33 y 36 años ocuparon un 7.69 % por cada edad, las pacientes de 32 y 34 años ocuparon un 15.38 % cada una y las pacientes de 38 años ocuparon un 23.08 % de la muestra.

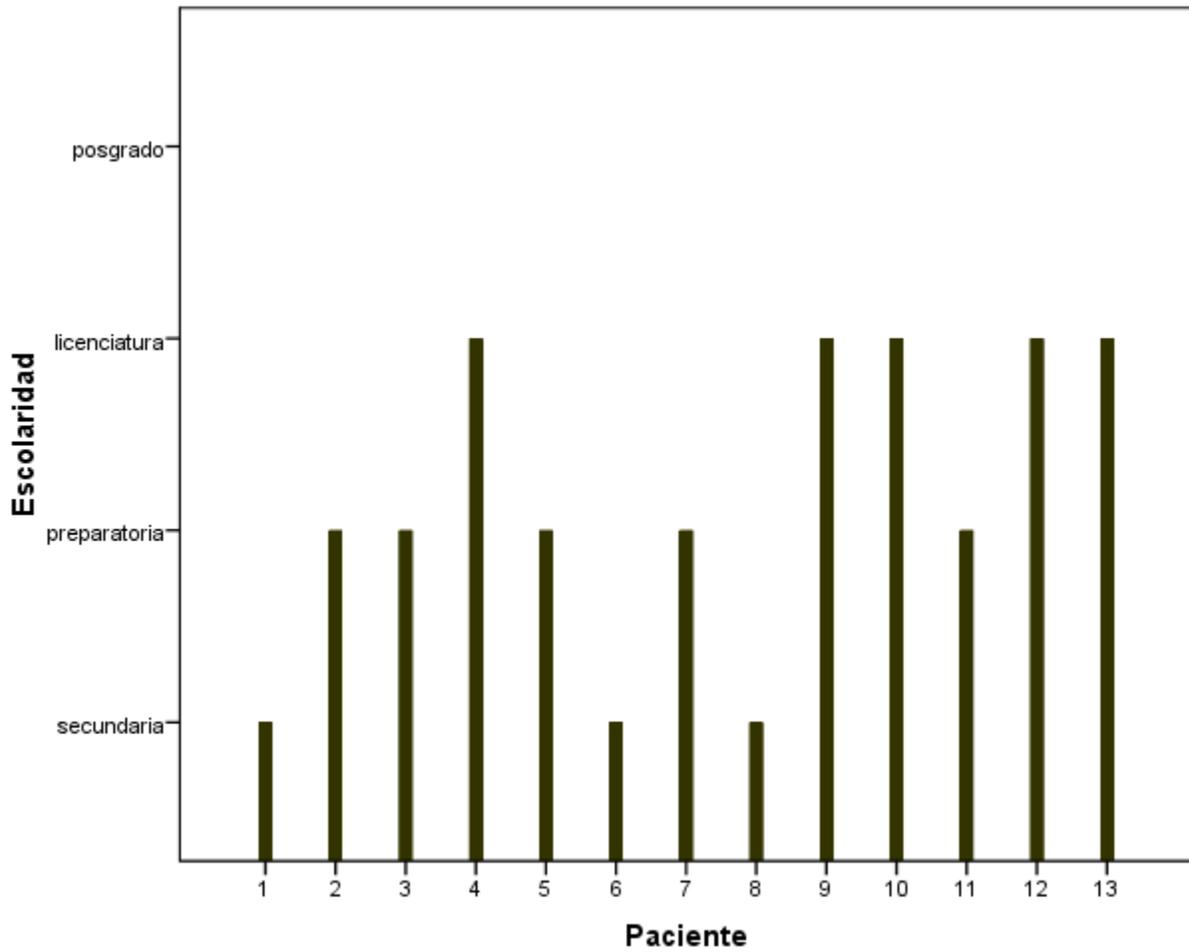


Figura 3: Representación gráfica de la escolaridad de cada paciente.

1 paciente tenía una escolaridad de posgrado, 4 de las pacientes tenían una escolaridad de licenciatura, 5 pacientes tenían una escolaridad de bachillerato y 3 pacientes tenían una escolaridad de secundaria.

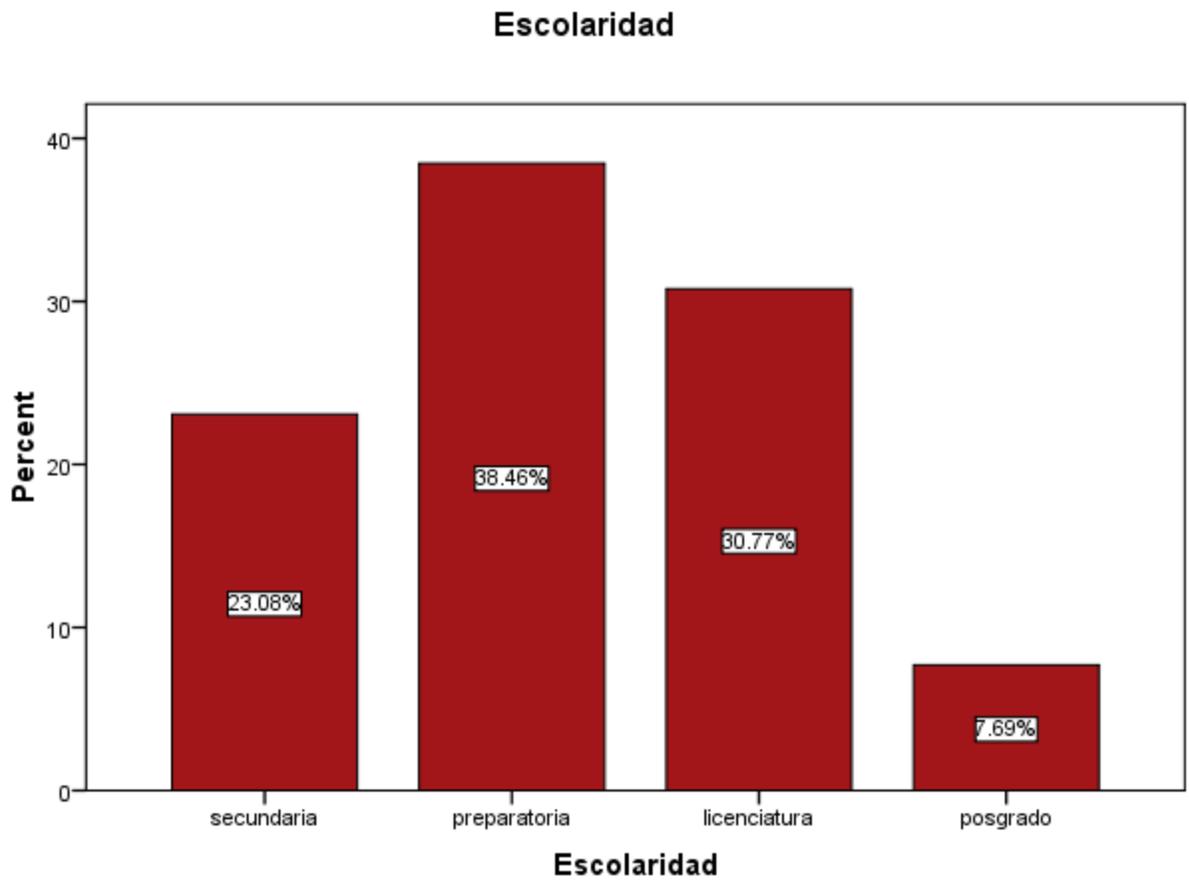


Figura 4: Representación gráfica en porcentajes del grado de escolaridad de las pacientes que se incluyeron en el estudio.

Se encuentra un 23.08% de pacientes que tuvieron como grado máximo de estudios secundaria, un 38.46 % tuvieron bachillerato, un 30.77 % tuvieron licenciatura y un 7.69 % tuvieron una escolaridad de posgrado.

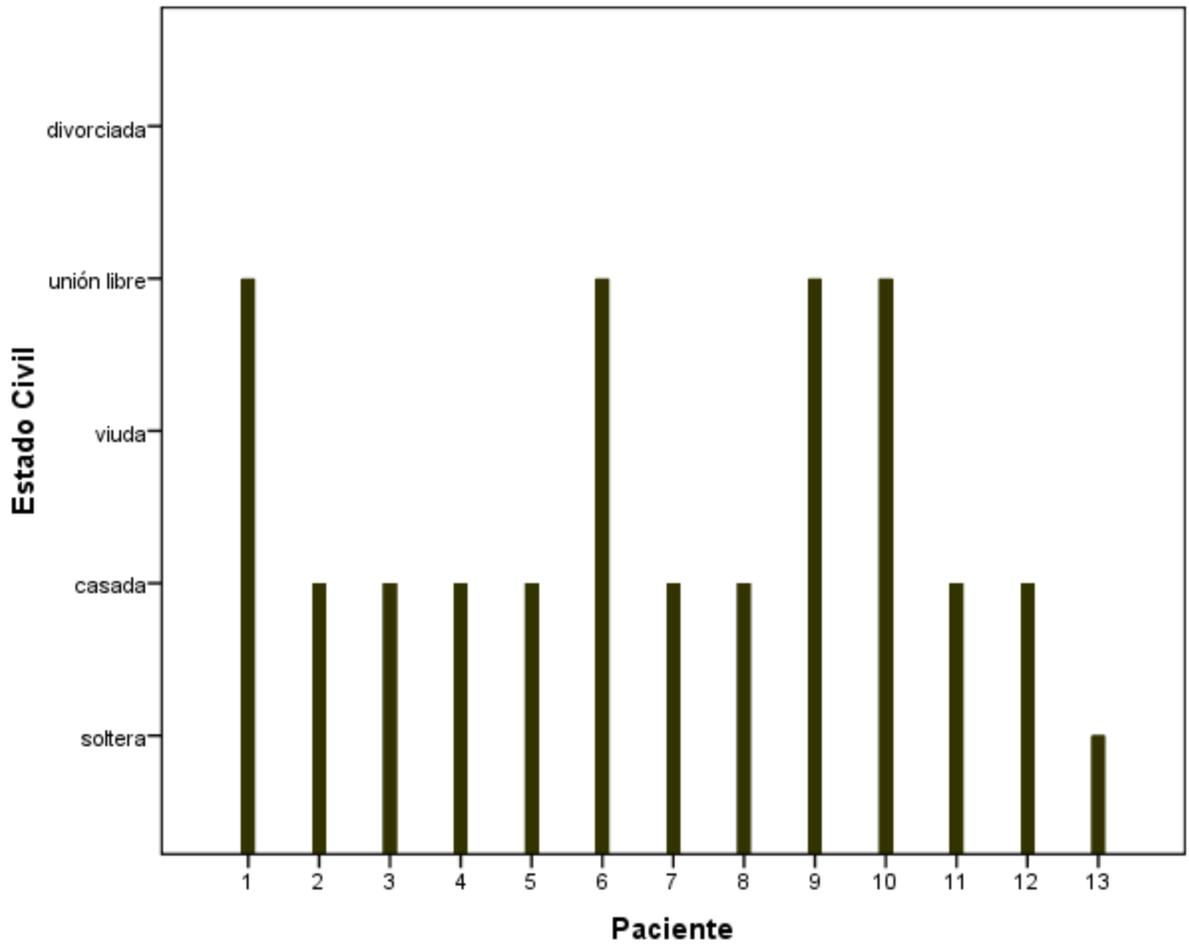


Figura 5: Representación gráfica del estado civil de cada paciente estudiada.

Las pacientes 2, 3, 4, 5, 7, 8, 11 y 12 estaban casadas, las pacientes 1, 6, 9 y 10 vivían en unión libre y la paciente 13 era soltera.

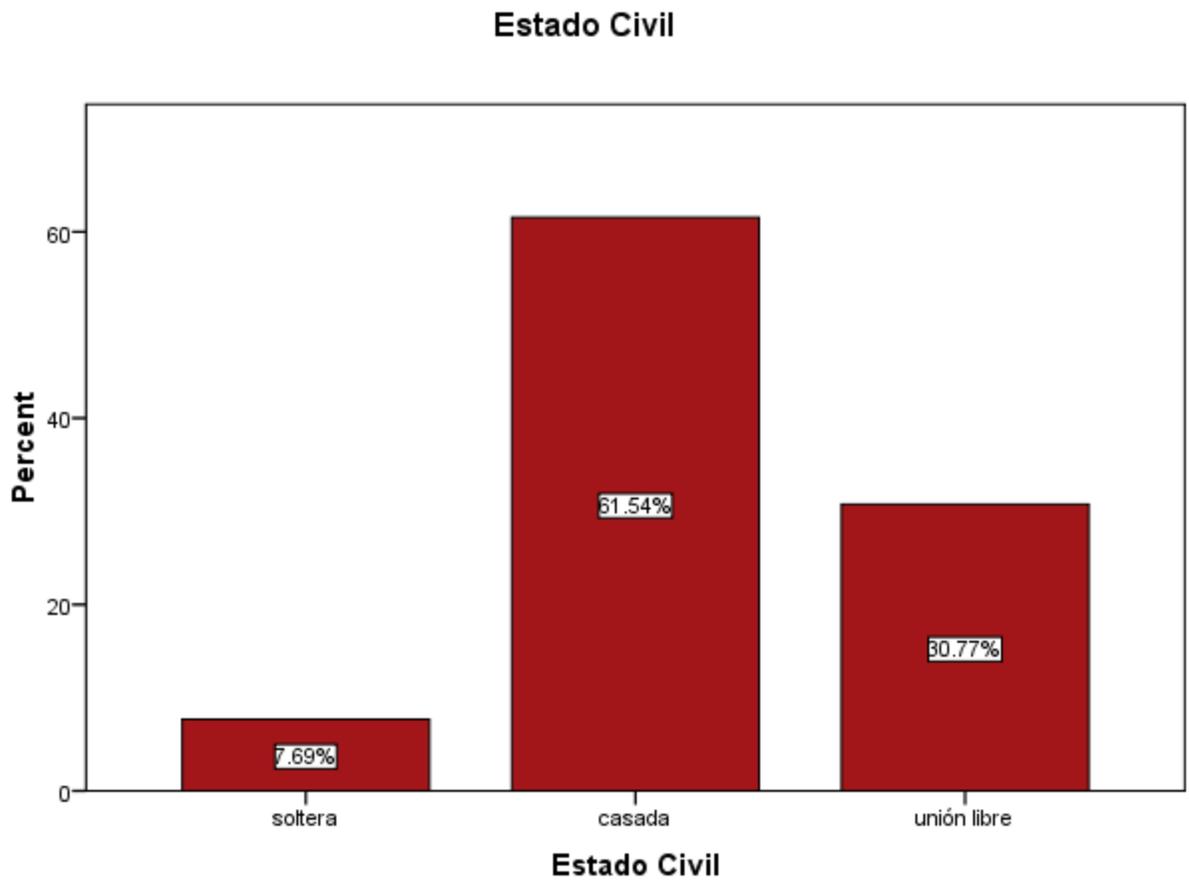


Figura 6: Representación gráfica en porcentaje del estado civil de las pacientes.

Un 7.69 % de las pacientes eran solteras, el 61.54 % eran casadas y un 30.77 % vivían en unión libre.

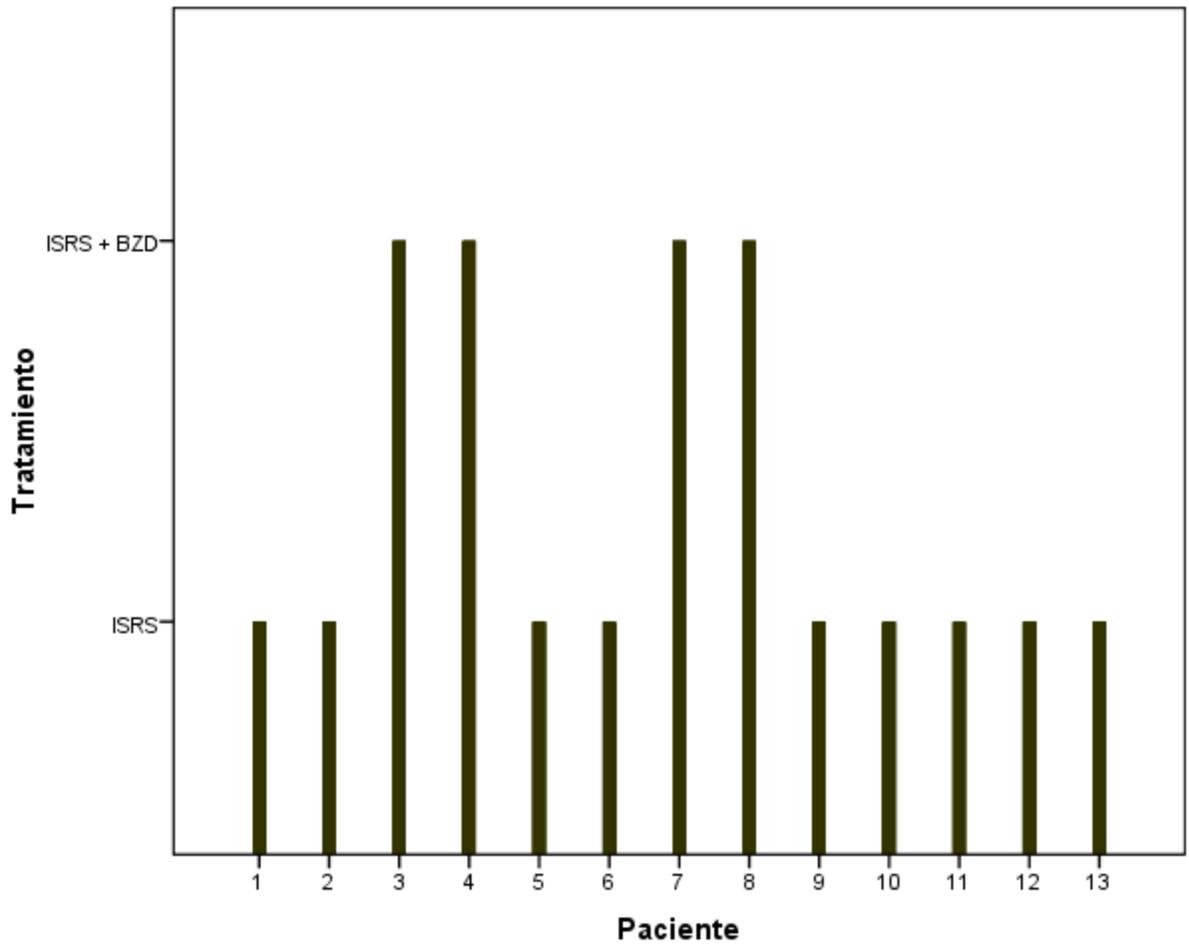


Figura 7: Representación en gráfica de barras sobre que tratamiento estuvo recibiendo cada paciente.

Se observa que las pacientes 1, 2, 5, 6, 9, 10, 11, 12 y 13 recibieron únicamente tratamiento a base de ISRS y las pacientes 3, 4, 7 y 8 recibieron ISRS y BZD.

* ISRS (Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina).

* ISRS + BZD (Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina + Benzodiacepina).

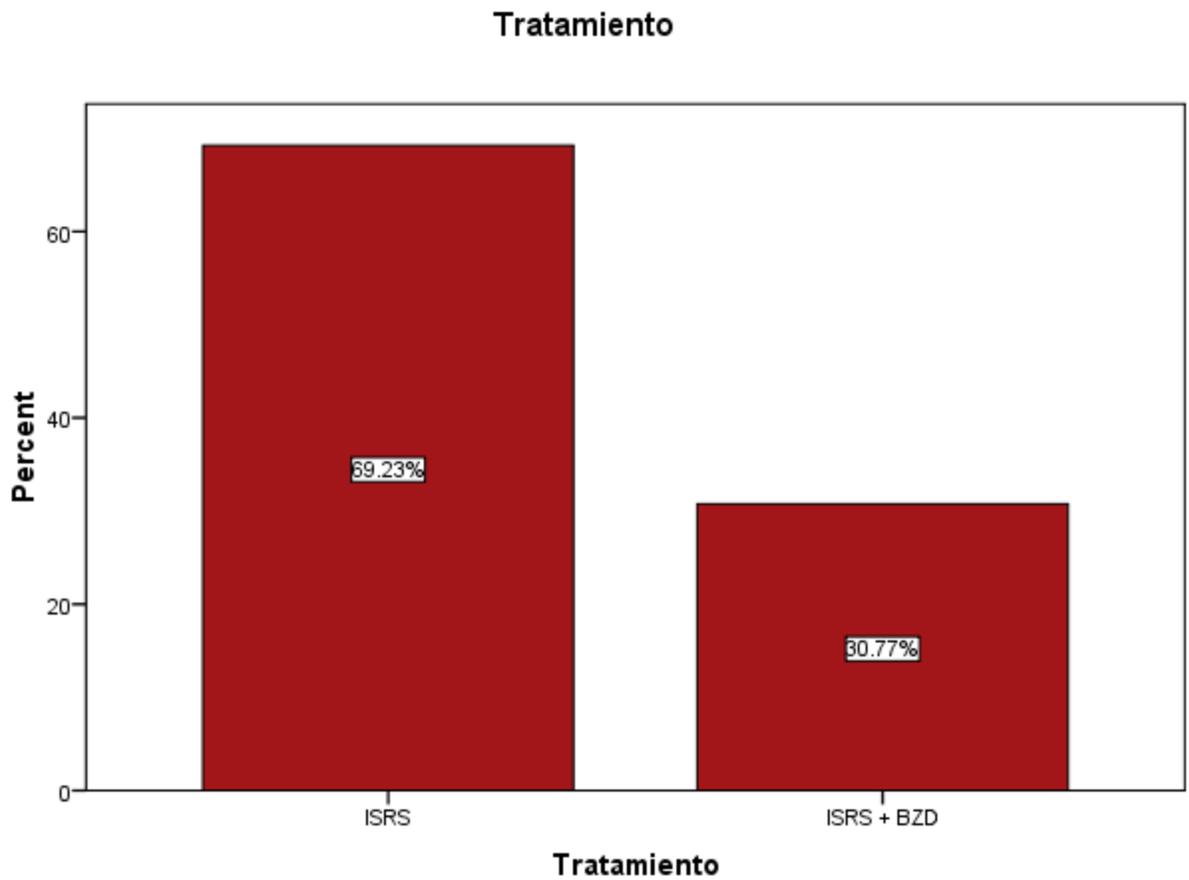


Figura 8: Representación gráfica en porcentaje del tratamiento que recibieron las pacientes durante el estudio.

El 69.23 % de la muestra recibió tratamiento a base de ISRS y el 30.77 % de la muestra recibió tratamiento a base de ISRS + BZD.

* ISRS (Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina).

* ISRS + BZD (Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina + Benzodiacepina).

Prueba de Kolmogorov-Smirnov

		Contacto Visual 1era	Contacto Visual 3era	Contacto Físico 1era	Contacto Físico 3era	Contacto Verbal 1era	Contacto Verbal 3era	Estado de ánimo 1era	Estado de ánimo 3era
N		13	13	13	13	13	13	13	13
Normal Parameters ^a	Mean	1.15	1.00	1.23	1.00	1.69	1.31	1.77	1.31
	Std. Deviation	.376	.000 ^c	.439	.000 ^c	1.032	.630	1.013E0	.630
Most Extreme Differences	Absolute	.505		.470		.364	.456	.315	.456
	Positive	.505		.470		.364	.456	.315	.456
	Negative	-.341		-.299		-.251	-.313	-.224	-.313
Kolmogorov-Smirnov Z		1.821		1.694		1.314	1.646	1.135E0	1.646
Asymp. Sig. (2-tailed)		.003		.006		.063	.009	.152	.009

Tabla 1

Prueba de Kolmogorov-Smirnov

		Rutina General 1era	Rutina General 3era	Riesgo para el bebé 1era	Riesgo para el bebé 3era	Condición del infante 1era	Condición del infante 3era	Total Bethlehem 1a semana	Total Bethlehem 3a semana
N		13	13	13	13	13	13	13	13
Normal Parameters ^a	Mean	1.77	1.31	1.54	1.31	1.08	1.00	10.23	8.23
	Std. Deviation	.927	.480	1.050E0	.630	.277	.000 ^c	4.400	2.204
Most Extreme Differences	Absolute	.335	.431	.465	.456	.532		.232	.404
	Positive	.335	.431	.465	.456	.532		.232	.404
	Negative	-.216	-.261	-.304	-.313	-.391		-.231	-.288
Kolmogorov-Smirnov Z		1.209	1.555	1.677E0	1.646	1.919E0		.838	1.457
Asymp. Sig. (2-tailed)		.108	.016	.007	.009	.001		.484	.029

Tabla 2

Se observa en la tabla 1 y 2 el tipo de distribución que tienen las variables, siendo el contacto visual, el contacto físico, el contacto verbal y la condición del infante a la primer semana, así como el contacto verbal, el estado de ánimo y la rutina general a la tercer semana y el riesgo para el bebé a la primer y tercer semana con una p de Kolmogorov y Smirnov menor a 0.1 y presentan una distribución normal o paramétrica. Las variables estado de ánimo y la rutina general a la primer semana que tienen una p de Kolmogorov y Smirnov mayor a .1 presentan una distribución anormal o no paramétrica.

Prueba de Wilcoxon

	Contacto Visual 3era - Contacto Visual 1era	Contacto Físico 3era - Contacto Físico 1era	Contacto Verbal 3era - Contacto Verbal 1era	Estado de ánimo 3era - Estado de ánimo 1era	Rutina General 3era - Rutina General 1era	Riesgo para el bebé 3era - Riesgo para el bebé 1era	Condición del infante 3era - Condición del infante 1era
Z	-1.414 ^a	-1.732 ^a	-2.236 ^a	-2.449 ^a	-2.449 ^a	-1.732 ^a	-1.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.157	.083	.025	.014	.014	.083	.317

Tabla 3: Se realiza prueba de Wilcoxon para medir a las variables de forma no paramétrica, ya que si bien hay 3 variables que tienen distribución paramétrica, se decide utilizar esta prueba para tener una distribución no paramétrica.

Se observa en los resultados de la prueba, que la variable de condición del infante obtiene una p a 2 colas de .317, lo que presupone que no podemos dejar de lado la presencia del azar en esta conclusión en específico, por lo tanto, no sería estadísticamente significativa, sin embargo, el contacto físico y el riesgo para el bebé tuvieron una p de .083, el contacto verbal obtuvo una p de .025, el estado de ánimo y rutina general tuvieron una p de .014, por lo que podemos concluir que en esas variables el azar no se ve involucrado por fuera del 5%, lo que se considera como normal, por lo que obtenemos en las pruebas por separado datos estadísticamente significativos.

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Total Bethlem 1a semana	13	10.23	4.400	7	19
Total Bethlem 3a semana	13	8.23	2.204	7	13

Tabla 4: Se analiza el total de la Escala de Bethlem en las 13 pacientes, de sus 16 divisiones, se encuentra una media de 10.23 en la primera semana, teniendo un mínimo de 7 y un máximo de 19 y con una desviación estándar de 4.4. En la tercera semana se encuentra una media de 8.23, con un mínimo de 7 y un máximo de 13, con una desviación estándar de 2.2

	Total Bethlem 3a semana - Total Bethlem 1a semana
Z	-2.371 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.018

Tabla 5: Se hace la sumatoria de las pruebas de las pacientes de manera individual y se le realiza prueba de Wilcoxon con respecto a los totales y se obtiene una p a 2 colas de .018, con lo que concluimos que si hay una diferencia que es estadísticamente significativa en cuanto a la relación que la madre tiene con su hijo antes y después de haber recibido tratamiento psicofarmacológico.

La escala de Bethlem mostró los siguientes resultados:

ESCALA DE BETLHEM														
PRIMERA EVALUACION														
PACIENTES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
CONTACTO VISUAL	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
CONTACTO FISICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3
CONTACTO VERBAL	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	3	0	2	9
ESTADO DE ANIMO	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	3	0	2	10
RUTINA GENERAL	1	0	0	0	0	2	2	0	1	0	2	0	2	10
RIESGO PARA EL BEBE	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	3	7
CONDICION DEL INFANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL														42
														6

Tabla 6: Se muestran en la siguiente tabla las calificaciones que obtuvieron cada una de las pacientes en la Escala de Bethlem durante la primera evaluación.

ESCALA DE BETLHEM														
SEGUNDA EVALUACION 3 SEMANAS														
3 SEMANAS														
CONTACTO VISUAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONTACTO FISICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONTACTO VERBAL	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	4
ESTADO DE ANIMO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	4
RUTINA GENERAL	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	4
RIESGO PARA EL BEBE	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	4
CONDICION DEL INFANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
														16

2.28571429

Tabla 7: Se muestra en esta figura las calificaciones que obtuvieron cada una de las pacientes evaluadas con la Escala de Bethlem a la tercer semana de tratamiento.

ESCALA DE BETHLEM	1	3
CONTACTO VISUAL	2	0
CONTACTO FISICO	3	0
CONTACTO VERBAL	9	4
ESTADO DE ANIMO	10	4
RUTINA GENERAL	10	4
RIESGO PARA EL BEBE	7	4
CONDICION DEL INFANTE	1	0
suma	42	16
promedio	6	2
Desv. Estandar Suma	18	

Tabla 8: En esta tabla se muestra la suma de los valores de la Escala de Bethlem a la primera evaluación y a la tercer semana posterior a haber recibido un tratamiento, con lo que se obtiene una desviación estándar de 18.

ESCALA DE BETLHEM

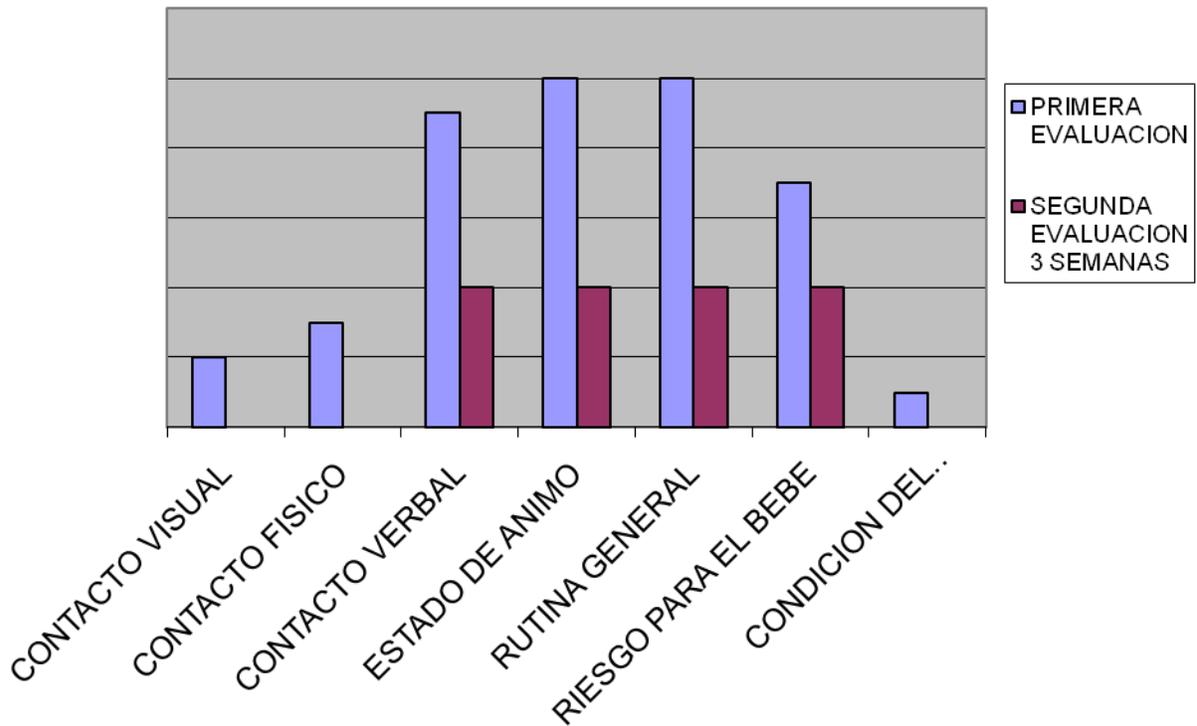


Tabla 8: En esta tabla de barras se muestran los resultados obtenidos en cada uno de los valores de la Escala de Bethlem a la primera evaluación y a la tercer semana, donde se muestra una disminución significativa tras recibir el tratamiento psicoterapéutico.

CONCLUSIONES

Si bien es cierto que la mayor parte de los síntomas de la Depresión posparto cesan espontáneamente, está demostrado que esto no sucede antes de seis meses; en algunos casos hasta los 12 o 15 meses llegan a remitir. La identificación oportuna y la intervención multidisciplinaria temprana de este padecimiento tienen como ventaja principal no sólo disminuir el tiempo del padecimiento, sino sobre todo reducir el efecto en el lactante menor por situaciones de desapego emocional, descuido en los cuidados básicos, abandono de la lactancia y, en algunos casos, maltrato abierto, eventos que dejan al menor muy susceptible ante los estresantes psicosociales.

La relación materno-infantil en pacientes con Depresión posparto es afectada notablemente, lo cual se comprobó al utilizar la Escala de Bethlem para su valoración.

Las psicoterapias contribuyeron a mejorar la comprensión del padecimiento y a que las pacientes, por sí mismas, encontraran vías individuales para el manejo de situaciones que les generaban estrés crónico, ansiedad, angustia y tristeza.

La estancia en un área de hospitalización especialmente diseñada para la mejor relajación de la madre y convivencia agradable con su hijo en un área no psiquiátrica, como la materno-fetal, ayuda a la madre y a sus familiares a percibir este padecimiento como un evento que frecuentemente puede ocurrir en el posparto y sobre todo a concientizar sobre la asociación entre una red familiar contenedora con un buen pronóstico.

El tratamiento farmacológico (ISRS y benzodiacepinas) en conjunto con la Terapia Cognitivo-Conductual disminuyeron considerablemente los datos de Depresión posparto, mejorando así la relación materno infantil, que se comprobó al valorar los ítems de la escala de Bethlem, donde se observó la disminución de 1 punto a las tres semanas de recibir el tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Judith Feeney, Patricia Noller, Desclée de Brovver, Bilbao 2001, página 170, capítulo 1.
- 2) Judith Feeney, Patricia Noller, Desclée de Brovver, Bilbao 2001, capítulo 5.
- 3) Kaplan-Sadock, Sinopsis de Psiquiatría, Novena edición, Editorial Waverly hispánica S.A., 2004, páginas 526 y 527.
- 4) René Spitz, arpat, 1884-1974.
- 5) Diagnosis and treatment in Psychiatry, Michael H. Ebert, Peter t. Loosen, Barry Nurcombe, editorial McGraw-Hill, 2000, página 284.
- 6) Measurement of mother-infant interactions and the home environment in a European setting: preliminary results from a cross-cultural study. M. Gunning, S. Conroy, V. Valoriani, B. Figueiredo, M. H. Kammerer, M. Muzik, E. Glatigny-Dallay, L. Murray and the TCS-PND Group. British Journal of Psychiatry (2004), 184 (suppl. 46), páginas 38-44.
- 7) Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. H. Hiscock, M. Wake. BMJ, Papers, volumen 324, 4 mayo 2002, páginas 1062-1067.
- 8) Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. A. Bifulco, B. Figueiredo, N. Guedeney, L. L. Gorman, S. Hayes, M. Muzik, E. Glatigny-Dallay, V. Valoriani, M. H. Kammerer, C. A. Henshaw and the TCS-PND Group. British Journal of Psychiatry (2004), 184 (suppl. 46), páginas 31-37.
- 9) Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. Cooper, Peter J; Murray, Lynne. Archives of Disease in Childhood, volumen 77 (2), agosto 1997, páginas 97-101.
- 10) Postpartum Depression and Child Development. Murray, Lynne; Cooper, Peter J. Psychological Medicine, volumen 27 (2), marzo 1997, páginas 253-260.
- 11) Effects of postnatal depression in infant development. Murray, Lynne; Cooper, Peter J. Archives of Disease in Childhood, volumen 77 (2), agosto 1997, páginas 99-104.
- 12) Effects of postnatal depression of children's adjustment to school. Teacher's reports. The British Journal of Psychiatry. Sinclair, Dana; Murray, Lynne, volumen 172 (1), enero 1998, páginas 58-68.
- 13) Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. Caso clínico, Lilia Cristina Arranz Lara, Wilfrido Aguirre Rivera, Jaime Ruiz Ornelas, Salvador Gaviño Ambriz, José Francisco Cervantes Chávez, Eduardo Carsi Bocanegra, Margarita Camacho Díaz, Martha Georgina Ochoa Madrigal; Ginecol Obstet Mex; 2008; 76 (6) páginas 341-348.