

Enfoque Médico Homeopático de la Depresión Posparto

*M. en C. Emma del Carmen Macías-Cortés

Resumen

La depresión posparto es un trastorno depresivo no psicótico que inicia después del alumbramiento. Frecuentemente es subdiagnosticado y no tratado, por lo que las repercusiones en la relación materno-filial son importantes. Su detección es sencilla cuando el personal médico y la población en general tienen conocimiento de él. Su tratamiento habitual se basa en psicoterapia cognitivo-conductual y antidepresivos, si bien la administración de estos últimos es controversial porque se excretan por la leche materna. La Homeopatía puede utilizarse para tratar la depresión en este período. A pesar de que no existe suficiente evidencia de ensayos clínicos de calidad metodológica, una adecuada toma de caso ayuda a encontrar el medicamento para cada experiencia en particular.

Abstract

Postpartum depression is a non-psychotic major depressive disorder that begins after childbirth. It is often underdiagnosed and untreated, so the impact on mother-child relationship is important. Its detection is easy if the medical staff and the general public are aware of this condition. Treatment is based on cognitive-behavioral psychotherapy and antidepressants. The administration of antidepressants is controversial because of its excretion during breastfeeding. Homeopathy can be used to treat depression in this period without risks. Although there are insufficient clinical trials to prove its efficacy, an adequate patient history helps finding the correct individualized homeopathic treatment for each case.

PALABRAS CLAVE:

Depresión posparto, Homeopatía, Totalidad de síntomas, Pulsatilla nigricans, Sepia officinalis.

KEYWORDS:

Postpartum depression, Homeopathy, Totality of symptoms, Pulsatilla nigricans, Sepia officinalis.

*Médico responsable del Consultorio de Homeopatía del Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud.

Recibido: julio, 2012. Aceptado: agosto, 2012

Introducción

La depresión posparto (DPP) se define como un episodio depresivo no sicótico de leve a moderada intensidad, que inicia en el período posterior al parto y se extiende a lo largo del primer año posparto^{1,2}. Se estima que la prevalencia mundial de la DPP es de 10 a 20%^{3,4,5}, con un promedio de 13%⁶. En México se reportan cifras similares⁷.

Los síntomas de la DPP son parecidos a los de episodios depresivos no relacionados con el nacimiento⁸. De acuerdo con la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV)⁹, se considera DPP cuando su inicio ocurre dentro de las primeras cuatro semanas después de la conclusión de un embarazo; por su parte, la Clasificación Internacional de Padecimientos (ICD-10) establece seis semanas después del parto para integrar el diagnóstico de DPP, mientras que otros investigadores establecen los primeros tres o hasta seis meses¹⁰.

Cabe señalar que de acuerdo al DSM-IV, la depresión mayor se diagnostica a través de los siguientes criterios:

a) Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa. Uno de los síntomas debe ser: a) estado de ánimo deprimido o b) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cotidianamente según lo señala el propio sujeto (se siente triste o vacío, por ejemplo) o de acuerdo con la observación realizada por otros (quienes testifican que existe llanto, por ejemplo).

2. Acusada disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cotidianamente.

3. Pérdida importante de peso sin que exista un régimen dietético, o bien, aumento de peso (un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes), así como la pérdida o aumento de apetito cotidianamente.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cotidianos (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cotidianos.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva inapropiados (que pueden ser delirantes) casi siempre (no simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte); ideación suicida recurrente sin un plan específico; tentación de suicidio o un plan específico para suicidarse.

b) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

c) Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

d) Los síntomas no son producidos por efectos fisiológicos directos de una sustancia.

e) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (después de la pérdida de un ser querido, por ejemplo); persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

La sintomatología de la DPP es más acentuada en las primeras 12 semanas posteriores al parto¹¹. Se sabe, asimismo, que la mayor parte de los cuadros se resuelve espontáneamente entre los tres y los seis meses posteriores al alumbramiento, y que un 25% de las mujeres afectadas pueden permanecer deprimidas después de un año. Ahora bien, entre el 50 y el 85% de las pacientes con un solo episodio depresivo tendrá al menos otro más después de discontinuar el tratamiento. Como es lógico, el riesgo de presentar depresión nuevamente se incrementa de acuerdo con el número de episodios previos¹².

Etiología

La etiología de la DPP permanece incierta, si bien algunas evidencias sustentan una base biológica; en algunos estudios se buscan asociaciones bioquímicas de la DPP con anticuerpos tiroideos^{13, 14}, mientras que en otros las determinaciones hormonales de estrógeno y progesterona durante el posparto no reportan datos concluyentes que predigan el desarrollo de la DPP^{15, 16} y no se tiene certeza de que el descenso en los niveles hormonales en esta etapa contribuya a su desarrollo en mujeres susceptibles¹⁷.

El estrógeno (E2) tiene efectos complejos en el sistema nervioso central (SNC). Las alteraciones de dicha hormona pueden llevar a desbalances en los niveles de neurotransmisores en el SNC. Se piensa que se puede alterar la actividad de los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico, modulando los niveles de estos neurotransmisores en el cerebro¹⁸.

También se han desarrollado investigaciones cuyos resultados han concluido que existe una relación entre la depresión clínica y ciertos cambios en el sistema inmunológico. Por ejemplo, la disminución de células naturales asesinas, de células cooperadoras y de linfocitos T y B y, entre otros hallazgos, se relacionan con alteraciones en el estado emocional, como sentimientos de soledad, pérdidas afectivas y divorcio. Además, se ha encontrado un vínculo entre el estrés emocional y el incremento de interferón gamma, que tiene efectos depresivos. Por lo tanto, actualmente es evidente la relación entre los sistemas nervioso, endócrino e inmune^{19, 20}. La DPP se presenta en un momento de clara presencia de cambios endócrinos que pudieran estar relacionados con la depresión.

Otros autores sugieren que la DPP tiene una etiología multifactorial dando importancia a los aspectos psicosociales: eventos traumáticos estresantes, episodios previos de depresión, conflictos maritales, falta de soporte social y antecedentes familiares de desórdenes del estado de ánimo²¹; todos estos son factores predictivos para la depresión mayor, y también lo son para la DPP.

Impacto de la depresión posparto

Clínicamente tiene poca relevancia que la DPP sea un tipo especial de depresión o simplemente un período de tiempo específico para identificarla²²; no obstante, es importante diagnosticarla y tratarla, ya que puede llegar a provocar un impacto emocional profundo en la familia entera. Se sabe que los hijos de madres deprimidas tienen tres veces más riesgo de sufrir problemas emocionales y conductuales graves, y 10 veces mayor propensión a vivir una mala relación madre-hijo^{23, 24, 25, 26}.

Diagnóstico diferencial

La DPP se debe diferenciar del llamado *baby blues*, que es un cuadro de tristeza, llanto e irritabilidad leve que ocurre alrededor del cuarto día después del parto, y que se resuelve al décimo día, sin afectar el funcionamiento de la mujer. Es frecuente la presencia de patología tiroidea en este período; en casos más graves se puede presentar la psicosis posparto, una emergencia psiquiátrica que requiere intervención inmediata por el riesgo de suicidio e infanticidio. Ocurre dentro de las primeras dos semanas después del parto. Involucra extrema desorganización del pensamiento, comportamiento bizarro, alucinaciones e ilusiones. Se debe hacer diagnóstico diferencial con el trastorno bipolar porque se puede presentar un episodio depresivo durante el curso del desorden bipolar²⁷.

Importancia de la detección

Es relevante que los médicos se concienticen sobre el valor del rastreo de la DPP con pruebas rápidas, baratas y sencillas²⁸. La detección se mejora si se entrena al médico general, al obstetra y al pediatra para que sepan reconocer los síntomas de la DPP²⁹. Es un hecho que la población en general desconoce la existencia de la DPP y sus posibilidades de tratamiento.

Escala de Edimburgo de depresión postnatal

La prueba más utilizada para el rastreo de la DPP es la *Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo* (EPDS), que desde su publicación ha sido la más validada y empleada en todo el mundo³⁰. El método más adecuado de diagnóstico de la depresión posparto se realiza en dos etapas: 1) rastreo con una prueba de auto-aplicación como la EPDS^{31, 32}, y 2) valoración clínica en casos positivos para diagnosticarla con base en los criterios del DSM-IV y estimando la magnitud de la sintomatología con aplicación de otra prueba, como el *Inventario de Depresión de Beck* (IDB), para medir severidad, o la *Escala de Hamilton*³³.

Tratamiento

El tratamiento de la depresión posparto se ha basado en el apoyo social e intervenciones psicológicas; estas últimas se han usado también para prevenirla. El uso de terapia hormonal, bajo la hipótesis de que la depresión posparto se debe a descensos hormonales, permanece sin probar^{34, 35, 36, 37}.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, y la terapia cognitivo conductual, son tratamientos efectivos para la depresión posparto³⁸. Sin embargo, la utilización de los ISRS en mujeres en el embarazo y posparto puede ser controversial debido a que todos los antidepresivos se excretan por la leche materna³⁹. De hecho, la FDA no aprueba el uso de antidepresivo alguno durante la lactancia, aunque hay publicaciones recientes que recomiendan su uso debido a que se han encontrado niveles de medicamento muy bajos en la leche materna, supuestamente con pocos efectos en los lactantes. Además, la depresión no tratada puede ser de mayor riesgo para la madre y el producto.

No se conocen los efectos a largo plazo en los niños cuyas madres han sido tratadas con antidepresivos. Por tanto, debe ser valorado el riesgo-beneficio de tratar o no tratar la DPP en cada caso particular. Se necesitan más estudios sobre tratamientos efectivos, particularmente aquellos que son seguros para las madres que están en la lactancia⁴⁰.

Tratamiento homeopático

A pesar de que la Homeopatía enfatizó desde hace más de 200 años la relación entre lo mental y lo orgánico, es hasta fechas recientes que la psiquiatría moderna ha considerado la participación de una base biológica en los padecimientos mentales. La bioquímica cerebral ha demostrado la alteración de los neurotransmisores como causa fundamental de los desórdenes mentales y una interrelación entre los sistemas nervioso, inmunológico y endócrino.

Además, la participación de otros factores como aspectos sociales, estrés laboral, conflictos de vida y alteraciones en el desarrollo afectivo, entre otros, contribuye al desencadenamiento o agravamiento de muchos de estos padecimientos. Hahnemann ya se refería a todos ellos en el *Organon*, y de ahí la enorme importancia y utilidad de la Homeopatía en el tratamiento de muchas manifestaciones emocionales⁴¹.

La clínica homeopática, desde sus orígenes con Hanhemann, ha enfatizado que una de las bases fundamentales en la toma del caso y, por consiguiente, en la prescripción, es la totalidad de síntomas característicos con una mayor jerarquía en la sintomatología mental de cada paciente en particular⁴². Esto quiere decir que el correcto interrogatorio del paciente en la esfera mental es indispensable para el abordaje terapéutico de la mayoría de enfermedades, y también lo es en el caso de la DPP. Además, se tienen dos conceptos fundamentales en Homeopatía: la individualidad morbosa (enfermo) y la individualidad medicamentosa (medicamento), siempre interconectados por el principio de semejanza. Cada ser humano tiene una parte mental y otra orgánica en relación conjunta con su medio, y esa es la razón por la que el medicamento homeopático prescrito, necesariamente, debe coincidir con la individualidad del paciente. Se sabe que cada ser humano tiene una forma peculiar y única de manifestar sus síntomas, como expresión del esfuerzo fisiológico para recuperar la salud, tanto mental como física.

En otro aspecto, Hahnemann decía que así como cada especie de planta difiere de otras por su forma, crecimiento, sabor y olor, así también cada mineral y producto animal es distinto a todos los demás en sus propiedades externas e internas, físicas y químicas. En esta lógica, indudablemente los medicamentos difieren entre sí en sus efectos patogénicos, y por consiguiente, en sus efectos terapéuticos (párrafo 119, *Organon de la Medicina*).

Por lo tanto, la patogenesia de cada medicamento, es decir, el conjunto ordenado de síntomas y signos que una determinada sustancia ha producido en el curso de la experimentación pura, nos lleva al conocimiento de lo característico de cada medicamento. Es la búsqueda de este medicamento semejante lo que interesa al médico homeópata clínico. Existen diversos medicamentos homeopáticos con una gran cantidad de síntomas mentales característicos, como en el caso de *Lycopodium clavatum*, *Pulsatilla nigricans*, *Sepia officinalis* y *Calcarea carbonica*, entre otros grandes policrestos. Otros, por el contrario, tienen una acción más organotrópica, por ejemplo, a nivel renal o digestivo⁴³.

Teniendo como base que el ser humano es único e irreplicable, la Homeopatía estipula que cada enfermo tiene su manera única y peculiar de manifestar sus síntomas. Así, a pesar de que hay un gran número de medicamentos homeopáticos, existen también sus peculiaridades individuales que nos llevan a prescribirlos en determinados pacientes, dependiendo de cada caso en particular.

Es importante señalar que si bien el DSM-IV determina los criterios para el diagnóstico de depresión y DPP, esto no es suficiente para prescribir en una consulta homeopática. En el abordaje del paciente con depresión, junto con la elaboración de una historia clínica completa es fundamental para la jerarquización de los síntomas del “hoy del paciente”, y para una correcta nitidez de síntomas, es decir, tener claro y preciso el síntoma, junto con sus modalidades, para traducirlo al lenguaje del repertorio⁴⁴.

Los dos síntomas fundamentales para determinar que una paciente tiene DPP, de acuerdo al DSM-IV, son: el ánimo triste y la pérdida del interés por sus actividades, o anhedonia, casi todo el tiempo durante la mayor parte de los días. Tanto la “tristeza” como la “indiferencia” se encuentran como rubros en el Repertorio. Sin embargo, sólo mediante la nitidez, es decir, teniendo claro cómo son la tristeza e indiferencia de la paciente es que podremos encontrar el *simillimum*. Sin nitidez sintomática, el rubro “tristeza” nos da una cantidad enorme de medicamentos que nos dificulta la prescripción. En cambio, los subrubros de “tristeza” permiten que los medicamentos se reduzcan y se facilite la búsqueda del *simillimum* del caso. Nunca hay que olvidar que debemos explorar todos aquellos sucesos de vida que hayan determinado la aparición del cuadro clínico: pérdidas afectivas, muertes, divorcios, dificultades financieras, desprecios, regañones, decepciones, problemas de pareja, etcétera, con la finalidad de facilitar la repertorización

con el rubro “Trastornos por...”, de gran jerarquía si hay sintomatología mental característica. De igual forma, cada uno de los síntomas descritos en el DSM-IV se puede encontrar en el Repertorio con sus modalidades respectivas.

Basándonos en la clínica homeopática y en el estudio de la Materia Médica, existen medicamentos que pueden tener una enorme utilidad en mujeres con depresión y específicamente con DPP. A pesar de esto, existen pocos ensayos clínicos que demuestren la eficacia de la Homeopatía en la depresión y sólo existen tres publicaciones de estudios sobre DPP y Homeopatía en PubMed.

En una revisión sistemática del 2011 se concluyó que faltan estudios clínicos con Homeopatía en la mayoría de los padecimientos psiquiátricos⁴⁵. Existe evidencia de efectos benéficos de este tipo de tratamiento en la depresión, pero concluyen que hace falta mayor investigación en este campo. En fibromialgia se ha demostrado que los medicamentos homeopáticos son mejores que el placebo. En el caso de la DPP no hay suficiente evidencia que sustente la eficacia de los medicamentos homeopáticos.

En otros estudios clínicos realizados en pacientes con depresión se ha encontrado un efecto similar a la fluoxetina, utilizando potencias cincuentamilesimales (LM) para disminuir la severidad de la depresión⁴⁶. Sin embargo, existe todavía desconocimiento de la acción de los medicamentos homeopáticos a nivel de la bioquímica cerebral. Además, las dificultades metodológicas al realizar un estudio clínico con medicamentos homeopáticos son evidentes por la importancia de una prescripción basada en la individualidad.

Por otro lado, en estudios con animales se ha demostrado alguna evidencia en el campo de la psicofarmacología, como el efecto ansiolítico de *Gelsemium sempervirens* en modelos animales⁴⁷, sin embargo, todavía hace falta realizar estudios en modelos animales para depresión con medicamentos homeopáticos.

Las ventajas del tratamiento homeopático en las mujeres durante el posparto son muchas. Además de su bajo costo, se puede utilizar en la lactancia sin ninguna contraindicación⁴⁸. De hecho, Hahnemann lo recomienda en el *Organon*, señalando beneficios para el recién nacido. Los estudios acerca de la seguridad de los medicamentos homeopáticos han encontrado pocos eventos adversos, mismos que son generalmente leves y transitorios, sin descontar la

posibilidad de que se presente la llamada “agravación homeopática”, frecuente cuando realizamos una prescripción adecuada y que es seguida de mejoría⁴⁹.

Existen dos grandes medicamentos que pueden utilizarse en la DPP: Pulsatilla nigricans y Sepia officinalis. Pulsatilla nigricans, planta herbácea de la familia de las Ranunculáceas que es conocida por su acción en padecimientos secundarios a los cambios hormonales en la etapa reproductiva de la mujer, puede ser utilizada en la DPP. Sus principios activos son protoanemonina y anemonina, principalmente, teniendo además ranunculina, ácidos quelidónico y succínico; saponina y sales de calcio⁵⁰.

Se ha encontrado acción en el sistema endócrino a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, de ahí la gran manifestación de sintomatología mental relacionada con cambios en las etapas reproductivas, como la menarca, el síndrome premenstrual, el embarazo, el aborto y la lactancia.

Pocos estudios se han realizado para explicar esta acción desde el punto de vista neuroendócrino. Sánchez Reséndiz y colaboradores concluyeron que tiene acción hormonal, probablemente a nivel de hipotálamo e hipófisis. En un estudio con animales inyectaron Pulsatilla nigricans a ratas albinas para ver sus efectos hormonales. En los cortes histológicos de los ovarios de los animales tratados se encontró presencia de folículos y dehiscencia de los mismos. Se observaron modificaciones citológicas vaginales en el grupo de ratas con inyección de Pulsatilla nigricans que hacen afirmar que dicho medicamento acelera en un 66.6% la fase estrogénica, comparado con el grupo control donde sólo se observó un 8.33%⁵¹. Si bien es necesario reproducir dicho estudio para tener conclusiones definitivas, es muy probable que Pulsatilla nigricans, por sus manifestaciones clínicas, efectivamente tenga acción a este nivel.

También se encontró que Pulsatilla nigricans no actúa como estrógeno, ya que en ausencia de ovarios no tiene ningún efecto. Se deduce entonces que su acción debe ser referida a otro nivel endócrino, posiblemente en hipófisis o en hipotálamo. Existe algunos reportes de casos donde se administró Pulsatilla nigricans a mujeres con ciclos anovulatorios, provocando que se estimulara la ovulación y el embarazo.

A nivel del útero, se ha comprobado que produce relajación de fibras musculares (miometrio), reduciendo su poder contráctil. Dosis no bien determinadas del extracto de la planta total producen contracciones uterinas. También causan amenorreas y

dismenorreas, restableciendo en dosis adecuadas la función menstrual; aunque el mecanismo de acción no está aclarado, muy probablemente es por acción neuroendócrina. Produce inflamación de la mucosa vaginal, provocando leucorreas⁵².

A nivel mental, Pulsatilla nigricans estará indicada en la DPP cuando la labilidad emocional, la necesidad de afecto y el sentimiento de abandono sean el núcleo de las manifestaciones mentales de la paciente. Esa gran avidez de cariño y afecto serán claramente expresadas durante la lactancia y sus trastornos, junto con llanto sin causa e involuntario. Puede existir cierto “rechazo” de la madre para atender a su hijo, pero al mismo tiempo un anhelo de atención por parte de su pareja y seres queridos, gran temor a estar sola y una sensación de vacío afectivo con una importante necesidad de ser amada más que de amar⁵³. De ahí la característica dependencia emocional de Pulsatilla nigricans, además de la inseguridad, baja autoestima y celotipia.

En el extremo opuesto se encuentra Sepia officinalis, tinta de un molusco cefalópodo que contiene aminoácidos, tirosina, DOPA, taurina, sepamelanina y numerosos oligoelementos como magnesio, cobre y sales minerales⁵⁴. Probablemente su acción, al igual que Pulsatilla nigricans, sea en las áreas neuroendócrina y reproductiva, además de que se observan sus efectos a nivel venoso, tejido de sostén, piel, mucosas y aparato digestivo. De ahí sus indicaciones en el embarazo, posparto, lactancia y climaterio.

Tampoco existen estudios clínicos de Sepia officinalis en la DPP a pesar de la vasta sintomatología mental que se encuentra en las materias médicas. Es la indiferencia afectiva, es decir, la incapacidad para amar que parece una “anestesia” afectiva, el núcleo más importante de Sepia officinalis. Diferente a Pulsatilla nigricans, cuya principal característica es un vacío afectivo que la hace emocionalmente dependiente, Sepia officinalis no es capaz de tener un intercambio afectivo sano producto de factores emocionales que la han agredido crónicamente. Incluso, esta indiferencia no sólo es afectiva, sino que también se manifiesta a todo aquello placentero o sus ocupaciones, aunque de manera compensatoria pueden ser mujeres dedicadas a sus trabajos domésticos.

Tanto en el embarazo como en el posparto puede manifestarse esta actitud de “frialidad” hacia sus seres queridos, su pareja y su hijo recién nacido. Pulsatilla nigricans, por el contrario, puede “rechazar” a su hijo recién nacido no por las mismas razones que Sepia officinalis, sino porque depende del afec-

to de sus seres queridos y busca tener la atención y protección por sus inseguridades. *Sepia officinalis* tiene un trato “áspero” con los demás, se aísla socialmente, manifiesta conductas agresivas e irritabilidad; es peleonera y tiene una actitud crítica ante todo junto con el ánimo triste e indiferente característico del cuadro de DPP. *Sepia officinalis* puede sentirse sin el afecto de sus seres queridos, a pesar de su incapacidad para expresar cariño. *Pulsatilla nigricans*, en cambio, necesita protección, cariño, afecto y no muestra la incapacidad afectiva de *Sepia officinalis*. *Sepia officinalis* tiene manifestaciones de llanto involuntario, ansiedad, actitud hipocondríaca, miedos principalmente a la falta de recursos económicos y, de manera paradójica, a la soledad⁵⁵.

Frecuentemente los síntomas mentales se acompañan de sensaciones corporales de “bola” y “caída”, como si “algo se le saliera” por la vagina durante el embarazo o posparto. Sexualmente presenta la misma incapacidad para disfrutar; tiene ausencia de libido con dispareunia, lo cual se presenta con frecuencia en un cuadro depresivo.

Existen otros importantes medicamentos como *Natrum muriaticum* que pueden estar indicados en la depresión clínica, principalmente crónica. Por tanto, es primordial obtener un adecuado interrogatorio de la paciente con la finalidad de encontrar aquellos síntomas mentales característicos en los cuales basar la prescripción.

Conclusión

La DPP constituye un padecimiento frecuente e incapacitante que puede ser subdiagnosticado. El impacto de su falta de detección y tratamiento oportuno repercute en la relación materno-filial. La Homeopatía puede ser eficaz para tratar este tipo de padecimiento sin ningún riesgo para el recién nacido. A pesar de que existe gran información en las materias médicas sobre medicamentos que pueden estar frecuentemente indicados, falta evidencia suficiente que demuestre su eficacia en ensayos clínicos controlados. Sin embargo, el médico homeópata clínico puede realizar una adecuada prescripción siguiendo las indicaciones hahnemannianas para una buena toma del caso que facilite el encontrar aquello “digno” de curar en cada paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal depression and puerperal psychosis. A national clinical guideline, vol. 60. Escocia: SIGN Executive, 2002.
2. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers and recommendations for practice. *JABFM*. 2007; 20(3): 280-288.
3. Steiner M. Postpartum psychiatric disorders. *Can J psychiatry*. 1990; 35: 89-95.
4. Wisner KL, Wheeler SB. Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hosp Community Psychiatry*. 1994; 45: 1191-1196.
5. Steiner M. Perinatal mood disorders: position paper. *Psychopharmacol Bull*. 1998; 34: 301-306.
6. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression. A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996; 8: 37-54.
7. García L, Ortega-Soto H, Ontiveros M, Cortés J. Incidencia de la depresión posparto. Tercer Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca, México, 1992.
8. Wisner KL, Peindl K, Hanusa BH. Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *J Affect Disord*. 1994; 30(2): 77-87.
9. American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4a ed (DSM-IV). Estados Unidos: American Psychiatric Association, 1994.
10. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*. 1987; 150: 662-673.
11. Cox J, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset duration and prevalence of postnatal depression. *Br J of Psychiatry*. 1987; 163: 27-31.
12. Hoffbrand S, Howard L, Crawley H. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; 2: 1-10.
13. Harris B, Othman S, Davies JA, Weppner GJ, Richards CJ, Newcombe RG et al. Association between postpartum thyroid dysfunction and thyroid antibodies and depression. *BMJ*. 1992; 305 (6846): 152-156.
14. Pop VJ, de Rooy HA, Vader HL, van der Heide D, van Son M, Komproe IH et al. Postpartum thyroid dysfunction and depression in an unselected population. *N Engl J Med*. 1991; 324(25): 1815-1816. Fe de erratas en: *N Engl J Med*. 1991; 325(5): 371.
15. Harris B. Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood: working towards strategies for prophylaxis and treatment. *Br J Psych*. 1994; 164: 288-292.
16. Harris B, Othman S, Davies JA, Weppner GJ, Richards CJ, Newcombe RG et al. *Op cit*.
17. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 924-930.
18. Bethea CL, Lu NZ, Gundlah C, Streicher JM. Diverse actions of ovarian steroids in the serotonin neural system. *Front*

- Neuroendocrinol. 2002; 23: 41-100.
19. Kiecolt-Glaser K, Glaser R. Interpersonal relationships and immune function. En: Carstensen L, Neale J. Mechanisms of psychological influence on pshysical health. Estados Unidos: Plenum Press; 1989. p. 43-59.
 20. Aguilar Velázquez G. Los síntomas mentales, un concepto actual. La Homeopatía de México. 2012; 81(676): 4-9.
 21. Swedensen JD, Mazure CM. Life stress as a risk factor for postpartum depression: current research and methodological issues. Clin Psychol Sci Pract. 2000; 7: 17-31.
 22. Gjerdingen DK, Yawn BP. *Op cit.*
 23. Wisner KL, Stowe ZN. Psychobiology of postpartum mood disorders. Semin Reprod Endocrinol. 1997; 15: 77-89.
 24. Weissman MM, Feder A, Pilowsky DJ, Olfson M, Fuentes M, Blanco C *et al.* Depressed mothers coming to primary care: maternal reports of problems with their children. J Affect Disord. 2004; 78(2): 93-100.
 25. Field T. Infants of depressed mothers. Infant Behav Dev 1995; 18: 1-13.
 26. Abrams SM, Field T, Scafidi F, Prodromidis M. Newborns of depressed mothers. Infant Mental Health J. 1995; 16: 233-239.
 27. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. N Engl J Med. 2002; 347: 194-199.
 28. Gjerdingen DK, Yawn BP. *Op cit.*
 29. *Idem.*
 30. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987; 150: 782-786.
 31. Cox J. Origins and development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. En: Cox J, Holden J. Perinatal Psychiatry, use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Inglaterra: Gaskell; 1994. p. 115-123.
 32. Milgrom J, Ericksen J, Negri L, Gemmill AW. Screening for postnatal depression in routine primary care: properties of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Australian sample. Aust N Z J Psychiatry. 2005; 39: 833-839.
 33. Brown C, Schulberg HC, Madonia MJ. Assesing depression in primary care practice with the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression. Psychol Asses. 1995; 7: 59-65.
 34. Ray KL, Hodnett ED. Caregiver support for postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev. 2001; (3): CD000946.
 35. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counseling in the treatment of postnatal depression. BMJ. 1997; 314(7085): 932-936.
 36. Musters C, McDonald E, Jones I. Management of postnatal depression. BMJ. 2008; 337: a736.
 37. Gregoire AJP, Kumar R, Everitt B, Henderson AF, Studd JWW. Transdermal oestrogen for treatment of sever postnatal depression. Lancet. 1996; 347: 930-933.
 38. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. *Op cit.*
 39. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. *Op cit.*
 40. Musters C, McDonald E, Jones I. *Op cit.*
 41. Hahnemann S. Organon de la Medicina, 2a ed. México: Instituto Politécnico Nacional, 2001.
 42. Hahnemann S. *Op cit.*
 43. Demarque D, Jouanny J, Poitevin B, Saint-Jean Y. Farmacología y material médica homeopática. España: CEDH, 2002.
 44. Hahnemann S. *Op cit.*
 45. Davidson JR, Crawford C, Ives JA, Jonas WB. Homeopathic treatments in psychiatry: a systematic review of randomized placebo-controlled studies. J Clin Psychiatry. 2011; 72(6): 795-805.
 46. mAdler UC, Paiva NM, Cesar AT, Adler MS, Molina A, Padula AE *et al.* Homeopathic individualized Q-potencies versus fluoxetine for moderate to severe depression: double-blind, randomized non-inferiority trial. Evid Based Complement Alternat Med. 2011; 2011: 520182. Publicación electrónica 8 jun 2011.
 47. Magnani P, Conforti A, Zanolin E, Marzoto M, Bellavite P. Dose-effect study of Gelsemium sempervirens in high dilutions on anxiety-related responses in mice. Psychopharmacology. 2010; 210(4):533-545.
 48. Hahnemann S. *Op cit.*
 49. Macias Cortés EC, Asbun Bojalil J. Frecuencia de eventos adversos en prescripciones homeopáticas del Hospital Juárez de México. Rev Hosp Jua Mex. 2008; 75(3): 190-197.
 50. Demarque D, Jouanny J, Poitevin B. *Op cit.*
 51. Benveniste J, Sánchez Reséndiz J. Temas de investigación en Homeopatía. México: Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V., 1991.
 52. Demarque D, Jouanny J, Poitevin B. *Op cit.*
 53. Draiman M. Las Personalidades homeopáticas. Argentina: Mukunda Livros Tecnicos, 1991.
 54. Demarque D, Jouanny J, Poitevin B. *Op cit.*
 55. Draiman M. *Op cit.*