

Comunicación breve

Tratamiento homeopático para la depresión posparto: Reporte de caso

Vitalie Văcăraș, MD, PhD^{1,2,6}, George Vithoulkas^{3,6}, Anca Dana Buzoianu, PhD¹, Ioan Mărginean, MD, PhD^{1,2}, Zoltan Mayor, MD, PhD¹, Verónica Văcăraș, PhD⁴, Romulus Dan Nicoara, MA² Menachem Oberbaum, MD⁵

Resumen

La depresión posparto tiene consecuencias duraderas para la madre y el neonato. Más allá de la depresión, los trastornos del sueño, alimentación, el agotamiento, el aislamiento social y la ansiedad, la depresión posparto también puede interferir con el vínculo normal entre la madre y el bebé y afectar negativamente el desarrollo del recién nacido. Informes recientes muestran que las mujeres embarazadas más afectadas dudan en tomar medicamentos antidepresivos y un alto porcentaje interrumpe su uso. Algunos autores sugieren que la renuencia de las mujeres embarazadas a tomar medicamentos antidepresivos debería alentar a los médicos a discutir con sus pacientes el uso de intervenciones psicológicas o formas alternativas de tratamiento. En este artículo se presenta un caso de depresión posparto severa, tratado exitosamente con terapia homeopática individualizada. Teniendo en cuenta el alto incumplimiento de las mujeres que sufren de depresión posparto con la medicación antidepresiva convencional, se justifica la investigación de métodos médicos complementarios seguros. Uno de estos métodos debería ser la homeopatía.

Palabras clave

Depresión posparto, Homeopatía, Agnus Castus

¹Universidad de Medicina y Farmacia, "Iuliu Hatieganu", Cluj-Napoca, Rumania

²Hospital de emergencia del condado, Cluj-Napoca, Rumania

³Academia Internacional de Homeopatía Clásica, Alonissos, Grecia

⁴Asociación Rumana de Psicología, Cluj-Napoca, Rumania

⁵El Centro de Medicina Complementaria Integrativa, Shaare Zedek MedicalCenter, Jerusalén, Israel

⁶Ambos autores contribuyeron por igual al artículo.

Autor de correspondencia:

Menachem Oberbaum, MD, Centro de Medicina Complementaria Integrativa, Centro Médico Shaare Zedek, 12 Shmuel Bait Street, Jerusalén, Israel. Correo electrónico: oberbaum@netvision.net.il

Introducción

La mayoría de los estudios identifican 3 tipos de trastornos psiquiátricos posparto: tristeza posparto, depresión posparto y psicosis posparto. La tristeza posparto es un período autolimitado de inestabilidad del estado de ánimo y, por lo general, mejora durante las primeras semanas posparto sin tratamiento. Se detecta en el 39% al 85% de las mujeres después del alumbramiento.^{1,2} Las manifestaciones clínicas de la depresión posparto incluyen trastornos del sueño, cambios de humor, cambios en el apetito, miedo a hacerle daño al bebé, inquietud y preocupación extremas por el bebé, tristeza, llanto excesivo, sentimientos de culpa e impotencia, dificultades de concentración y alteración de la memoria, pérdida de interés en las actividades diarias y pensamientos recurrentes de muerte, que pueden incluir ideación suicida. Afecta del 10% al 15% de las nuevas madres.³ La psicosis posparto es una afección rara pero grave que ocurre en 1 a 2 mujeres de cada 1000 dentro de los 2 días a 4 semanas posteriores al parto.⁴ Se ha sugerido que es una presentación manifiesta de trastorno bipolar, programado para coincidir con los cambios hormonales después del parto.⁵ Marcado por un inicio rápido, labilidad del estado de ánimo, pensamiento desorganizado, alucinaciones y delirios, pone a las mujeres en un riesgo significativo de autolesionarse, dañar a sus recién nacidos, baja autoestima a largo plazo y vínculos deficientes entre madre e hijo.^{6,7}

La psicosis posparto tiene consecuencias duraderas para la madre y el niño.⁸ Además del sufrimiento y el deterioro asociados con este trastorno, existen riesgos a largo plazo asociados con la enfermedad, incluido un mayor riesgo de recurrencia de la psicosis periparto y no periparto con mayor carga de la enfermedad y los episodios depresivos posteriores.^{8,9} Además, los hijos de madres con psicosis periparto tienen un mayor riesgo de retrasos en el desarrollo y problemas de comportamiento.¹⁰⁻¹³ La gravedad de la enfermedad mental posparto se destaca en los resultados de un estudio realizado en los Estados Unidos. Unido entre 1994 y 1996,¹⁴ se observó que el 12% de las muertes maternas se debieron a enfermedades psiquiátricas, el 10% por suicidio, lo que la convirtió en la principal causa individual de muerte posparto. Este estudio también mostró que el suicidio posparto, en contraste con el suicidio de las mujeres en general, a menudo se produce por medios violentos en lugar de una sobredosis de drogas.

A pesar de la prevalencia de la depresión posparto y el deterioro clínico asociado, los informes recientes muestran que las mujeres embarazadas más afectadas dudan en tomar medicamentos antidepresivos y un alto porcentaje interrumpe su uso.¹⁵⁻¹⁷ El subtratamiento generalizado de la depresión perinatal es motivo de preocupación a la luz de los muchos riesgos tanto para las mujeres como para los bebés en desarrollo, incluido

el retraso del crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer y el parto prematuro.¹⁸ Battle et al¹⁹ sugieren que la renuencia de las mujeres embarazadas a tomar medicamentos antidepresivos debería alentar a los médicos a discutir con sus pacientes el uso de terapias psicológicas, intervenciones y formas alternativas de tratamiento: terapia de luz, terapia de masajes, suplementos de ácidos grasos omega-3 y otros. Los investigadores están comenzando a estudiar terapias de medicina alternativa y complementaria para la depresión posparto a fin de ampliar el alcance de los tratamientos actuales y llegar a más mujeres.²⁰⁻²² Un beneficio de estos métodos es que no tienen un impacto negativo en los niños a corto o largo plazo, sino al contrario.¹⁹ Tampoco tienen efectos secundarios graves en la mujer parturienta, ni durante el embarazo ni después del parto. Además, las mujeres están más dispuestas a utilizar estos métodos, ya que se consideran seguros. Presentamos un caso de depresión posparto severa que fue tratada con éxito con homeopatía clásica individualizada.

Presentación del caso

Una estudiante de medicina primípara de 25 años de edad, en su día 14 posparto, ingresó en la clínica psiquiátrica del Departamento de Neurociencia del Hospital de Emergencia del Condado en Cluj-Napoca, Rumania, con síntomas psicopatológicos dominados por agitación psicomotora, comportamiento desorganizado, delirio alucinatorio, soliloquio, disociación ideo-verbal y agresión. La paciente tenía una historia previa de un primer episodio de psicosis a los 17 años, cuando respondió bien al tratamiento antipsicótico y antidepresivo. El tratamiento se interrumpió 2 años más tarde y se produjo un segundo episodio 18 meses después. Siguió el tratamiento indicado durante 3 años más. A los 23 años, se casó y quedó embarazada aproximadamente un año después. La evolución de su embarazo fue normal salvo una exagerada necesidad de dormir. Al ingreso, el paciente presentaba una mirada extraña, fija, evitando el contacto visual, ocultación y gesto hipomóvil, umbral perceptivo bajo, posibles alucinaciones auditivas y visuales complejas, alucinaciones olfativas, aprosexia concentrativa con hiperprosexia centrada en temas alucinatorios-delirantes, ideo-verbales, disociación, ideas delirantes paranoides de interpretación, de persecución, mística, labilidad emocional, aplanamiento afectivo, negativismo motor y verbal, instintos disminuidos e insomnio mixto. La evaluación diagnóstica de rutina, incluido el examen físico, los estudios de laboratorio y una tomografía computarizada cerebral, fueron normales. La paciente obtuvo una puntuación de 24/30 en la Escala de depresión posnatal de Edimburgo, una escala de autoinforme de 10 ítems (puntuada de 0 a 3)

diseñada para identificar a las mujeres que experimentan síntomas depresivos (puntuación de corte para identificar a una mujer como depresiva: ≥ 13); en las 3 subescalas de la Escala de Síndrome Positivo y Negativo utilizada para evaluar la intensidad de los síntomas de esquizofrenia, obtuvo la siguiente puntuación: Puntaje de Escala Positiva, 39/49; Puntuación de escala negativa, 42/49; Escala de Psicopatología General, 72/112; obtuvo una puntuación de 45/100 en la Escala de evaluación global de la funcionalidad, una escala numérica utilizada para calificar subjetivamente el funcionamiento social, ocupacional y psicológico de los adultos; y 6/7 en la escala "Clinical Global Impression", que mide los resultados clínicos en cuanto a la gravedad de los síntomas y la eficacia del tratamiento en sujetos con psicosis.

Se inició tratamiento con haloperidol (10 mg/día), olanzapina (20 mg/día) y diazepam (30 mg/día) y se mantuvo durante los 8 días de ingreso en el servicio. Debido a la persistencia de la depresión, se propuso terapia electroconvulsiva pero fue rechazada por la paciente y su familia, quienes optaron por el tratamiento homeopático. A pedido de ellos, la paciente fue dada de alta bajo su propia responsabilidad.

El día del alta se inició tratamiento homeopático con Agnus Castus 30C, 7 gránulos por vía sublingual dos veces al día. Agnus castus (también conocido como árbol casto, sauzgatillo, bálsamo de Abraham, árbol casto lila y pimienta de monje) es un árbol nativo de la región mediterránea, usado frecuentemente en homeopatía para tratar condiciones depresivas con pensamientos suicidas.²³

Los primeros 2 días de tratamiento se caracterizaron por una reacción de sueño prolongada, y el paciente se despertaba solo para comer. A partir del tercer día se observó una mejoría impresionante en la que desaparecieron la agitación psicomotora, las alucinaciones, la locuacidad y los trastornos de conducta. El tercer día también se caracterizó por la desaparición de todos los demás síntomas psiquiátricos: manía de persecución, alucinaciones y agitación psicomotora. Todavía se observaba una leve somnolencia y desorientación temporal y espacial. A partir del quinto día, volvió a amamantar a su bebé. Tres semanas después del inicio del tratamiento, todos los síntomas habían desaparecido y se suspendió el tratamiento. Su reinserción social y familiar fue completa después de unas 2 semanas.

Después de 4 semanas de tratamiento, obtuvo una puntuación de 10 en la Escala de depresión posparto de Edimburgo. En las 3 subescalas de la Escala del Síndrome Positivo y Negativo, obtuvo la siguiente puntuación: Puntuación de la Escala Positiva, 14; Puntuación de escala negativa, 17; y Escala de Psicopatología General, 35. Obtuvo 80 puntos en la Escala de Evaluación Global de la Funcionalidad y 2 en la escala de Impresión Clínica Global.

Hoy, 9 meses después de la hospitalización y 8 meses después de suspender el tratamiento, la paciente se encuentra libre de quejas, a pesar de haber vivido un período estresante cuando tomó su examen de licencia médica, en el que obtuvo una calificación alta. Actualmente está disfrutando de un segundo embarazo sin problemas

Conclusión

La homeopatía es un sistema médico basado en 2 teorías: “lo similar cura lo similar”: una enfermedad puede curarse con una sustancia que produce síntomas similares en personas sanas; y la “ley de la dosis mínima”: cuanto menor sea la dosis del medicamento, mayor será su eficacia.²⁴ La homeopatía no es un método indicativo en el que un medicamento trata una enfermedad. Es, más bien, un método en el que la medicina se adapta a cada individuo. No obstante, Vithoukas describió en 2008 al Agnus castus como un remedio que puede ser apropiado para tratar la depresión posparto.²⁵ La espectacular mejoría del estado del paciente con el uso de medicación homeopática fue corroborada por todos los parámetros evaluados por las 3 escalas utilizadas de forma rutinaria tanto en este servicio como en este caso.

Como era de esperar en la medicina homeopática, no se observaron efectos secundarios. A pesar del período estresante que siguió al tratamiento (nueva maternidad y preparación para el examen de licencia) y la falta de medicación convencional, no se produjo ninguna recaída. Ha transcurrido poco tiempo para sacar conclusiones con respecto a la afirmación de que el tratamiento homeopático produce una remisión duradera o incluso cura, pero el hecho de que el estado de ánimo de la paciente es muy bueno, su nivel de energía es más alto que en el pasado y su capacidad de afrontamiento impecable, son hechos que nos afirman ser prometedores para futuros casos de depresión posparto.

Presentamos un caso de depresión posparto tratado con homeopatía, tratamiento libre de efectos secundarios y además, económico. Si la afirmación homeopática es correcta, podemos esperar una remisión duradera o incluso una curación completa sin ningún otro tratamiento. Considerando la falta de apego de las mujeres con depresión posparto hacia el tratamiento convencional (tratamiento estigmatizado por los proveedores de atención médica y por información negativa),²⁶ y la renuencia de las mujeres que amamantan a tomar medicamentos antidepresivos, por poder transmitir parte del efecto de estos medicamentos al bebé,^{27,28} la investigación en métodos médicos complementarios seguros está justificada. Uno de estos métodos debería ser la homeopatía.

Notas de autor

Vitalie Văcăraș y George Vithoukas son primeros autores conjuntos.

Conflicto de intereses

Los autores no declararon posibles conflictos de interés con respecto a la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Fondos

Los autores no recibieron apoyo financiero para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Referencias

1. O'Hara MW, Zekoski EM, Philips LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol.* 1990;99:3–15. [Crossref](#). [PubMed](#). [ISI](#).
2. Buist A. Perinatal depression, assessment and management. *Aust Fam Physician.* 2006;35:670–673. [PubMed](#).
3. Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum depression: a review. *J Health Care Poor Underserved.* 2012;23:534–542. [Crossref](#). [PubMed](#). [ISI](#).
4. Heron J, McGuinness M, Blackmore ER, Craddock N, Jones I. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG.* 2008;115:348–353. [Crossref](#). [PubMed](#).
5. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health.* 2006;15:352–368. [Crossref](#). [PubMed](#). [ISI](#).
6. Posmontier B. The role of midwives in facilitating recovery in postpartum psychosis. *J Midwifery Womens Health.* 2010;55:430–437. [Crossref](#). [PubMed](#).
7. Sharma V, Smith A, Khan M. The relationship between duration of labour, time of delivery, and puerperal psychosis. *J Affect Disord.* 2004;83:215–220. [Crossref](#). [PubMed](#).
8. Logsdon MC, Wisner KL, Pinto-Foltz MD. The impact of peripartum depression on mothering. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35:652–658. [Crossref](#). [PubMed](#).
9. Logsdon MC, Usui W. Psychosocial predictors of peripartum depression in diverse groups of women. *West J Nurs Res.* 2001;23:563–574. [Crossref](#). [PubMed](#).
10. Beck CT. The effects of peripartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs.* 1998;12:12–20. [Crossref](#). [PubMed](#).
11. 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;39:1083–1094. [Crossref](#). [PubMed](#).
12. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev.* 1996;67:2512–2526. [Crossref](#). [PubMed](#). [ISI](#).
13. Nulman I, Koren G, Rovet J, et al. Exposure to venlafaxine, selective serotonin reuptake inhibitors or untreated maternal depression. *Am J Psychiatry.* 2012;169:1165–1174. [Crossref](#). [PubMed](#).
14. Department of Health, Scottish Home and Health Department, Department of Health and Social Security. *Why Mothers Die: Report on Confidential Enquiries Into 1994-1996.* London, England: Stationery Office; 1998.

15. Flynn HA, Blow FC, Marcus SM. Rates and predictors of depression treatment among pregnant women in hospital-affiliated obstetrics practices. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28:289–295. [Crossref](#). [PubMed](#). [ISI](#).
16. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetric settings. *J Womens Health*. 2003;12:373–380. [Crossref](#). [PubMed](#). [ISI](#).
17. Smith MV, Rosenheck RA, Cavaleri MA, Howell HB, Poschman K, Yonkers KA. Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatr Serv*. 2004;55:407–414. [Crossref](#). [PubMed](#).
18. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:1012–1024. [Crossref](#). [PubMed](#).
19. Battle CL, Salisbury AL, Schofield CA, Ortiz-Hernandez S. Perinatal antidepressant use: understanding women’s preferences and concerns. *J Psychiatr Pract*. 2013;19:443–453. [Crossref](#). [PubMed](#). [ISI](#).
20. Buttner MM, Brock RL, O’Hara MW, Stuart S. Efficacy of yoga for depressed postpartum women: a randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2015;21:94–100. [Crossref](#). [PubMed](#).
21. Lin KY, Hu YT, Chang KJ, Lin HF, Tsauo JY. Effects of yoga on psychological health, quality of life, and physical health of patients with cancer: a meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011;2011:659876. [Crossref](#). [PubMed](#). [ISI](#).
22. Cramer H, Lauche R, Langhorst J, Dobos G. Yoga for depression: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2013;30:1068–1083. [Crossref](#). [PubMed](#). [ISI](#).
23. Mezger J. *Gesichtete homeopathische Arzneimittellehre [Sighted Homeopathic Materia Medica]*. Vol. 1. 5th ed. Heidelberg, Germany: Karl F. Haug Verlag; 1981:101–103.
24. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Homeopathy. <https://nccih.nih.gov/health/homeopathy>. Accessed January 23, 2016.
25. Vithoulkas G. *Materia Medica Viva*. *Ulrich Burgdorf Verlag*. Goettingen; 1991:125–133.
26. Gawley L, Einarson A, Bowen A. Stigma and attitudes towards antenatal depression and antidepressant use during pregnancy in healthcare students. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2011;16:669–679. [Crossref](#). [PubMed](#).
27. Boath E, Bradley E, Henshaw C. Women’s views of antidepressants in the treatment of postnatal depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004;25:221–233. [Crossref](#). [PubMed](#).
28. Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathway to care in post-natal depression: women’s attitudes to post-natal depression and its treatment. *Br J Gen Pract*. 1996;46:427–428. [PubMed](#).