

PSIQUIATRÍA

DEPRESIÓN POSTPARTO

Wendy Navas Orozco*

SUMMARY

Pregnancy and birth of a baby can cause intense and unexpected feelings, both joy and sadness that affect women, the newborn, and the rest of the family. It is a period of adaptation, emotional and psychological changes that fortunately in most cases occur amid great enthusiasm and joy. The postpartum period is very important in the lives of women, especially if it is the first child as it is a big change in the life situation and the need for adaptation. Many new mothers experience postpartum depression, mood swings, irritability, crying

spells or anxiety that usually disappear within 1 to 2 weeks. But about 15% of women will experience a depressive episode in the 3 months after delivery, called postpartum depression (after delivery). This article aims to review several different font bibliographies about postpartum depression, also called postnatal depression, which is a form of depression that occurs in the mother after the birth of his child. Knowing about this type of depression will help us improve the quality of women who suffer, as well as that of their children and

partners.

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el puerperio son períodos decisivos para el desarrollo de un nuevo ser y para establecer la estructuración de una vinculación futura entre la madre y el hijo, y entre éste y sus progenitores. Durante el embarazo y de forma fisiológica, aparecen en la mujer modificaciones afectivas que tienen que ver con los cambios hormonales que se producen en su organismo y con las expectativas vitales y fantasías ante el nacimiento de su hijo. (5)

* Médico General. Área de Salud 3 Desamparados. EBAIS Guido 1.
E-mail: wendyn@costarricense.cr

Es una etapa en la que hay un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad. Igualmente, pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido requiere, por lo que hay una mayor predisposición hacia el estrés psicológico, lo que a su vez determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de ansiedad y depresión. Desde los tiempos de Hipócrates, los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto. Este vínculo entró oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica cuando el DSM-IV (Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, cuarta edición) definió a la depresión mayor con comienzo en el postparto como episodios de depresión que comienzan hasta 4 semanas luego del mismo. Este período se corresponde con rápidos cambios hormonales, postulando la idea que estos contribuyen a la vulnerabilidad a la depresión. Sin embargo, debido a que los factores psicosociales tienen una relevancia mayor como desencadenantes de la depresión puerperal, muchos investigadores usan una definición operativa del período en cuestión de hasta 6 meses luego del parto. (1) Un cuadro

depresivo postparto, aparece en el 10-15% de los partos a término. Su inicio ocurre generalmente las 6 primeras semanas después del parto y se caracteriza por tristeza, con ansiedad intensa y preocupación excesiva por la salud y alimentación del recién nacido. La madre se siente incapaz de atender al recién nacido y aparecen cansancio, irritabilidad, insomnio, anorexia y pérdida de libido.

DEFINICIÓN

La depresión postparto es un tipo de depresión que afecta a algunas mujeres poco después de dar a luz. Es común que las mujeres experimenten trastornos temporales del humor o melancolía después de dar a luz. Sin embargo, si el trastorno dura más que unos cuantos días, se denomina depresión postparto. Se considera depresión postparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las 4-6 semanas postparto. (1, 13) La depresión postparto o depresión puerperal, es un trastorno mental de alta prevalencia y que provoca alteraciones emocionales, cognitivas, comportamentales y físicas que se inician de manera

insidiosa, durando incluso semanas después del parto. (13)

CLASIFICACIÓN

Existen tres tipos de alteraciones que pueden presentarse en el postparto: (12)

- Disforia posparto o Maternity Blues.
- Depresión postparto.
- Psicosis postparto.

DISFORIA POSPARTO

El síndrome más leve y más frecuente durante el postparto es la disforia posparto (maternity blues), un estado pasajero que se inicia en los primeros 2-4 días posteriores al parto y que no dura más de 2 semanas, caracterizado por irritabilidad, llanto fácil, rasgos hipocondriacos, insomnio, fatiga, pérdida del apetito, falta de concentración y dolor de cabeza. Este cuadro aparece en un 86% de las mujeres que acaban de dar a luz y es una reacción pasajera esperable después del parto. (2)

FACTORES DE RIESGO

Los antecedentes de depresión, sobre todo de depresión durante la gestación, incrementan el riesgo de disforia postparto. Los antecedentes de trastorno disfórico premenstrual también parecen constituir un factor de riesgo.

TRATAMIENTO

La disforia postparto es pasajera y no tiene consecuencias a largo plazo, por lo que no son necesarias intervenciones psiquiátricas.

Tranquilizar, dar apoyo y la educación son suficientes en la mayoría de casos. (12) Es preciso un control posterior para garantizar que los síntomas no persisten o evolucionan hacia una depresión posparto.

DEPRESIÓN POSTPARTO

La depresión postparto suele tener un inicio más tardío que la disforia postparto, ya que normalmente aparece a las 2-4 semanas posteriores al parto.

La depresión puerperal, postparto o postnatal es un trastorno comparable a otro episodio depresivo. En el DSM-IV aparece la primera definición del “trastorno depresivo de inicio en el postparto”, según la cual se trataría de un episodio depresivo mayor de inicio en las primeras 4 semanas después del alumbramiento de un hijo. (2) Clínicamente se caracteriza por un cuadro depresivo severo, indistinguible del trastorno depresivo mayor no psicótico que ocurre en mujeres en otros periodos de su vida; cuyo inicio es característicamente insidioso, asociando ansiedad excesiva y síntomas neurovegetativos. (8)

FACTORES DE RIESGO

Una depresión mayor previa se ha asociado con un riesgo de presión del 24% después del nacimiento del hijo (O'Hara, 1995). Los antecedentes de depresión durante el embarazo están asociados a un riesgo superior incluso, del 35% (O'Hara, 1995). La depresión

postparto previa es un factor de riesgo especialmente significativo de recurrencia, confiriendo un riesgo de recurrencia del 50% (O'Hara, 1995). Los acontecimientos vitales estresantes y la falta de apoyo, sobre todo por parte de la pareja de la mujer, también incrementan

Tabla 1. Factores de riesgo para los trastornos psiquiátricos en el postparto (2)

Trastorno	Factores de riesgo
Disforia posparto	Síntomas depresivos durante la gestación Antecedentes de depresión Antecedentes de trastorno disfórico premestrua
Depresión posparto	Depresión durante la gestación Antecedentes de depresión, sobre todo depresión posparto Relación disfuncional de pareja Apoyos sociales inadecuados Acontecimientos vitales estresantes durante la gestación
Disforia posparto	Antecedentes de trastorno bipolar Primiparidad Psicosis posparto previa

Fuente: Burt, Vivirn K, Hendrick, Victoria C. Manual clínico de salud mental. Barcelona, España: Ars Médica 2007

Tabla 2. Opciones de tratamiento para los trastornos psiquiátricos en el postparto (2)

Trastorno	Opciones de tratamiento
Disforia posparto	Educación Apoyo Tranquilizar
Depresión posparto	Reducción de estresantes psicosociales Psicoterapia individual y/o de grupo Fármacos antidepresivos Terapia electroconvulsiva (TEC) Hospitalización
Disforia posparto	Hospitalización Evaluación y pruebas médicas para descartar una causa orgánica Eutimizantes Antipsicóticos Antidepresivos Benzodiazepinas TEC

Fuente: Burt, Vivirn K, Hendrick, Victoria C. Manual clínico de salud mental. Barcelona, España: Ars Médica 2007

el riesgo de depresión postparto (tabla 1). Las complicaciones obstétricas y los de la lactancia no parecen estar asociadas con la depresión postparto (O'Hara, 1995).

TRATAMIENTO

Las estrategias de tratamiento que mejor funcionan son multifactoriales. Incluyen educación, psicoterapia, apoyo de grupo, derivación a asociaciones de autoayuda y nacionales (tabla 2) y asesoramiento conjunto si la relación con la pareja es problemática. La terapia interpersonal y la cognitivo-conductual son efectivas en el tratamiento de la depresión postparto.

PSICOSIS POSPARTO

La psicosis posparto es la forma más severa de los trastornos psiquiátricos puerperales, es una enfermedad aguda y grave que se produce en 1-2 de cada 1.000 nacimientos (O'Hara y Swain, 1996). Suele iniciar 48 a 72 horas luego del parto, y rara vez inicia más allá de las 4 semanas. El cuadro clínico se asemeja a una psicosis afectiva de rápida evolución, con rasgos maníacos, depresivos o mixtos. (8)

Los signos más tempranos son usualmente ansiedad, irritabilidad e insomnio, los cuales avanzan rápidamente a desorientación,

despersonalización, y conducta desorganizada. Las ideas delirantes suelen centrarse en el niño, e incluyen ideas de que el niño está muriendo, de que el niño tiene poderes especiales, o atribuciones divinas o diabólicas. Frecuentemente se presentan alucinaciones auditivas que indican a la madre que lesione o mate al niño o a sí misma. A diferencia de otras psicosis afectivas, la psicosis posparto frecuentemente se asocia con confusión y delirio. (8) El 15-20% de las mujeres con psicosis posparto ha tenido episodios psicóticos previos. Las primigestas son doblemente vulnerables a la psicosis.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo más importantes son: la historia de psicosis posparto previa, el trastorno afectivo bipolar y la historia familiar de psicosis posparto. Algunos estudios han encontrado relación entre la depresión postparto con psicosis y una respuesta exagerada de la hormona del crecimiento, cuando se aplica apomorfina durante el cuarto día posparto. (10)

TRATAMIENTO

El tratamiento es básicamente farmacológico; se recomienda iniciar antipsicóticos típicos o atípicos, como el uso de moduladores del afecto. Se ha

documentado la eficacia del carbonato de litio en la psicosis posparto. En esta alternativa, la lactancia debe interrumpirse. La terapia electroconvulsiva es bien tolerada y rápidamente efectiva. (10)

ETIOLOGÍA

Son muchos los factores etiológicos que se han estudiado como predictores de la depresión posparto. Se pueden distinguir varios grupos factores biológicos, factores psicológicos y factores psicológicos. (6)

FACTORES BIOLÓGICOS

La evidencia disponible permite establecer varias hipótesis acerca de la influencia de los factores biológicos en la etiopatogenia de la depresión postparto, a pesar de sus contradicciones y los problemas metodológicos de algunos de ellos: (6)

- Hormonas reproductivas: El rápido descenso en los niveles de las hormonas gonadales luego del parto ha llevado a muchos autores a sugerir una posible relación de esta disminución con los cambios en el estado de ánimo de las mujeres durante el puerperio. En el embarazo los niveles de estrógenos son más bajos en mujeres con trastornos del sueño y más elevados en mujeres con mayor grado de irritabilidad con respecto

a los niveles en gestantes normales. Por otra parte, se ha encontrado una mayor caída de progesterona luego del parto en mujeres que presentan depresión postparto en comparación con púerperas normales.

- Eje hipotálamo - hipófisis-adrenal: Varios estudios reportan una asociación entre los niveles de glucocorticoides y el estado del ánimo en el puerperio; por ejemplo, se ha encontrado correlación entre niveles elevados de cortisol en plasma, saliva y orina en mujeres que experimentan cambios de ánimos positivos en los primeros días postparto.
- Otros factores: Como niveles altos de AMP cíclico urinario en los primeros días postparto, y bajos niveles de triptófano, ácido fólico, beta-endorfina y T3 libre durante el embarazo y el puerperio, también han sido implicados en la etiopatogenia de la depresión puerperal.

FACTORES PSICOLÓGICOS

- Formulaciones psicodinámicas: Desde esta perspectiva, el embarazo se considera un periodo de maduración y a la vez de regresión que evoca conflictos infantiles, particularmente en los casos en los que existen modelos maternos inadecuados. Nilsson (1970) aseguran que

las actitudes negativas hacia la maternidad y/o una infancia conflictiva predisponen a la depresión postparto, y asocian una pobre identificación materna con la depresión en el periodo inmediatamente posterior al parto. (6)

- Personalidad: Con respecto a esta variable, los resultados son más acordes, ya que en la mayoría de los estudios se encuentra relación significativa entre algunos rasgos de la personalidad (mayor neuroticismo y menor extroversión) (6)
- Estilo cognitivo: A partir de la década de los años ochenta

Tabla 3: Factores de Riesgo para Depresión Postparto

Antecedentes de Depresión Postparto
Antecedentes de depresión sin asociación al puerperio
Antecedentes de Trastornos de la alimentación
Embarazo no deseado
Embarazo en adolescentes
Mujeres inmigrantes
Desarraigo cultural
Estrés psicosocial en los últimos 6 meses
Escasos recursos de contención social, falta de red
Condición socioeconómica comprometida
Antecedentes de adicciones

Fuente: Acuña, Mario. Depresión postparto. Evidencia actualización en la práctica ambulatoria depresión postparto. Vol. 5 Número 6: Noviembre-Diciembre 2002

los investigadores empezaron a estudiar la relación entre determinados aspectos cognitivos y de la conducta y la depresión posparto. Las variables analizadas son las que se consideran importantes para el desarrollo de la depresión, incluyendo: trastorno del autocontrol, estilo atribucional alterado y atribuciones externas e inestables debidas a cogniciones negativas acerca del mundo, del futuro y de uno mismo. (6)

FACTORES PSICOSOCIALES

Existen varios factores de riesgo cuya presencia en una gestante ha sido asociada con la depresión postparto, si bien cualquier mujer puede desarrollar este trastorno: depresión o ansiedad durante el embarazo, eventos vitales estresantes (rupturas amorosas, pérdida del trabajo, muerte de un ser querido, migración, etcétera) durante el embarazo o el puerperio temprano, bajos niveles de apoyo social y una historia previa de depresión. El clínico debe estar alerta ante la presencia de alguno de estos factores durante los controles prenatales con el fin de poder hacer un seguimiento cercano a las mujeres en riesgo o dar un tratamiento oportuno a aquellas que ya presentan la enfermedad. (6)

DIAGNÓSTICO

La detección precoz de estos trastornos es difícil, lo que provoca que su incidencia esté subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas, ya que en función de las expectativas sociales deben estar contentas y llenas de satisfacción tras el acontecimiento y pueden mostrarse recelosas de revelar sus sentimientos. Dificulta aún más el diagnóstico el hecho de que el período postparto está asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas que pueden remedar un cuadro depresivo. (3, 12)

Un diagnóstico exacto es el primer escalón; para ello es imprescindible establecer unas líneas generales de actuación, que incluyan: (3)

- *Historia clínica completa junto con un examen físico y analítico:* La fatiga y astenia pueden ser debidas a la excesiva pérdida de sangre durante el parto, a la disminución del sueño y a la adaptación a las necesidades del recién nacido.
- *La identificación de los grupos de riesgo:* sería aconsejable profundizar en las características pre y postnatales que pudieran predecir una mayor probabilidad de desarrollar esta patología.

- *Información-Educación:* ofrecerles una información adecuada, junto con la creación de grupos de apoyo a las madres embarazadas, que hicieran participar también a los padres, en los que se tratasen los síntomas de la depresión y los posibles sentimientos de ansiedad, miedo o inseguridad que pueden aparecer tras el parto.
- *Relación médico-paciente:* El médico de Atención Primaria debería atender a las quejas somáticas inespecíficas de la mujer y ser capaz de distinguir lo que es debido a la adaptación al cambio y lo que puede considerarse un

Tabla 4: Test diagnósticos usados en la depresión postparto (3)

– The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).
– Semi-structured clinical interview (SADS) (18).
– Scale and Goldberg's Standardised Psychiatric Interview (19).
– The Bromley postnatal depression scale (detecta episodios depresivos en el postparto o previos(20))
– The Zerssen self-rating scale (se ha usado en los primeros días tras el parto para el diagnóstico de la depresión postparto leve o Maternity Blues (6)).
– Zung Scale (21,22).
– The Psychiatric Assessment Schedule (23).

Fuente: Carro García, T; Sierra Manzano, Ma; Hernández Gómez, Ma J.; Ladrón Moreno, E; Antolín Barrio, E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto.

cuadro depresivo.

Se han usado distintos métodos para evaluar la depresión postparto (Tabla 4), aunque el más usado es The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Esta escala ha sido desarrollada para ayudar a los profesionales de Atención Primaria en la detección de las madres que sufren depresión postnatal. El EPDS se desarrolló en centros de salud de Livingston y Edimburgo y se han realizado diversas validaciones en numerosos países.

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD

A diferencia de lo que ocurre con los trastornos depresivos en otras etapas de la vida de la mujer, la depresión postparto genera un doble impacto negativo, ya que afecta tanto a la madre, quien padece directamente la enfermedad, como al recién nacido, pues depende completamente de los cuidados de ésta para su bienestar físico y emocional. (11)

IMPACTO DE LA MADRE

La enfermedad suele acompañarse de un monto considerable de sufrimiento emocional y ocasiona deterioro importante en la calidad de vida, afectando las diversas áreas de funcionamiento de la paciente. Además, la mujer que experimenta un episodio

depresivo en el postparto queda expuesta a mayor riesgo de futuros episodios depresivos, tanto en nuevos puerperios como en cualquier otro momento de la vida. Aunque las tasas de suicidio en el periodo puerperal son menores que en periodos no puerperales, éste se considera una causa importante de mortalidad materna en algunos países. (11)

IMPACTO EN EL HIJO

Las madres deprimidas tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, además tienden más a percibir a su hijo de una manera negativa, se les dificulta más su cuidado y manifiestan aislamiento materno y hostilidad (7). Las mujeres con depresión postparto pueden mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener la lactancia materna, y se ha identificado que los síntomas depresivos preceden usualmente la interrupción temprana de ésta. (4)

parecidos al trastorno depresivo mayor. Por otro lado, una mujer con trastornos psiquiátricos preexistentes puede tener una exacerbación de sus síntomas en el puerperio. Más aún, cualquier enfermedad psiquiátrica puede manifestarse por primera vez durante el puerperio, tales como el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos ansiosos, el trastorno de pánico, y el trastorno obsesivo compulsivo. (8)

opción que ha demostrado ser efectiva como monoterapia en eventos leves a moderados y su uso dependerá de la disponibilidad local de ésta y de la prontitud con que la paciente pueda tener acceso a ella.

- La severidad de los episodios previos y del actual, así como la respuesta a tratamientos anteriores, son elementos que pueden ser útiles para escoger la mejor opción.

Tabla 5: Diagnóstico diferencial de Psicosis postparto:

Desórdenes Psiquiátricos	Depresión mayor con características psicóticas Trastorno Bipolar Trastornos esquizoafectivos Esquizofrenia Trastornos esquizofreniformes Psicosis reactiva
Condiciones Clínicas	Tiroiditis, hipotiroidismo Deficiencia de Vitamina B12 Gangliosidosis GM2 del adulto
Sustancias	Bromocriptina Metronidazol Sustancias adictivas (LSD, PCP, Extasis, etc)

Fuente: Acuña, Mario. Depresión posparto. Evidencia actualización en la práctica ambulatoria depresión posparto. Vol. 5 Número 6: Noviembre-Diciembre 2002

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Antes de iniciar el tratamiento de los cuadros descritos es necesario descartar algunas otras probabilidades diagnósticas. El hipotiroidismo es relativamente común en las mujeres luego del parto, y puede causar una constelación de síntomas muy

CONSIDERACIONES GENERALES

Antes de tomar cualquier decisión terapéutica en una mujer con depresión postparto han de tenerse en cuenta las siguientes consideraciones (9, 12):

- Los medicamentos no son necesarios en todos los casos. La psicoterapia es una

- Además de informar a la madre sobre los riesgos de los medicamentos durante la lactancia materna, se deben incluir opciones terapéuticas que le permitan a la madre seguir lactando en caso que ella lo desee, en vez de proscribir la lactancia materna durante el tratamiento.
- En caso de elegir

tratamiento farmacológico es necesario usar los antidepresivos con mejor perfil de riesgo para la madre y el niño, preferir la monoterapia y emplear la dosis mínima efectiva. En caso de recién nacidos enfermos, pre-término o con bajo peso, deben tenerse consideraciones adicionales.

- El tratamiento farmacológico de una mujer que ha decidido seguir lactando requiere incluir la monitorización del niño en búsqueda de posibles efectos adversos del antidepresivo: irritabilidad, llanto constante, inquietud, aumento en el tono muscular, temblor y alteraciones en el sueño y la alimentación, entre otros.
- Las mujeres con depresión severa, con síntomas psicóticos, o que no responden al tratamiento, deben ser siempre remitidas al psiquiatra. Si existe riesgo de autoagresión o heteroagresión hacia el bebé, la paciente habrá de ser hospitalizada y valorada de manera urgente por el especialista.

CONCLUSIÓN

El embarazo y el periodo postparto son periodos muy importantes para el establecer el adecuado vínculo madre-hijo.

Es una etapa de conflictos entre las necesidades, aspiraciones individuales y obligaciones con una nueva responsabilidad: hijo, por lo que pueden surgir dudas sobre la capacidad para cuidar al recién nacido, provocando estrés, ansiedad y en algunos casos incluso depresión y psicosis.

La depresión postparto es un trastorno mental de alta prevalencia que se presenta semanas después del parto. Existen 2 tipos alteraciones afectivas que se pueden presentar posterior al parto: disforia postparto, depresión postparto y psicosis postparto. La terapia farmacológica no requiere ser utilizada en todos los casos, por ejemplo los casos de disforia postparto pueden ser manejados con apoyo familiar y en caso necesario psicoterapia. La necesidad de utilizar medicación se valora en casos de depresiones severas con o sin síntomas psicóticos, cuando existe riesgo de daño en su contra o hacia el recién nacido. Es importante conocer esta entidad para identificarla adecuadamente, y saber como abordarla de la forma más adecuada para brindarle a la madre, su hijo y su familia una mejor calidad de vida.

RESUMEN

El embarazo y el nacimiento de un bebé pueden provocar

sentimientos intensos e inesperados, tanto de alegría como de tristeza que afectan a la mujer, al recién nacido, y al resto de la familia. Es un periodo de adaptación, de cambios emocionales y psicológicos que afortunadamente en la mayoría de los casos se dan en medio de mucha ilusión y alegría.

El periodo posterior al parto es muy importante en la vida de la mujer, especialmente si se trata del primer hijo, ya que supone un gran cambio en la situación vital y una necesidad de adaptación.

Muchas nuevas mamás experimentan depresión después del parto, cambios de humor, irritabilidad, crisis de llanto o ansiedad que desaparecen en 1 ó 2 semanas. Sin embargo aproximadamente el 15% de las mujeres experimentan un episodio depresivo en los 3 meses posteriores al parto, llamada depresión postparto (después del parto).

Este artículo pretende realizar una revisión de varias bibliografías de diversa fuente acerca de la depresión postparto, también llamada depresión postnatal, que es una forma de depresión que ocurre en la madre luego del nacimiento de su hijo. El conocer respecto a este tipo de depresión nos permitirá ayudar a mejorar la calidad de las mujeres que las sufren, así como la de sus hijos y sus parejas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beck C. Predictors of postpartum depression:an update. Nurs Res 2001; 50: 275-285.
2. Burt, Vivien k; Hendrick, Victoria C. Manual clínico de salud mental de la mujer. Barcelona, España: Ars Médica, 2007
3. Carro García, T; Sierra Manzano, Ma; Hernández Gómez, Ma J.; Ladrón Moreno, E; Antolín Barrio, E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Extraído el 25 de mayo del 2013 de la pagina <http://www.mgyf.org/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf>
4. Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? Acta Paediatr. 2007; 96: 590-594.
5. Gómez Alcalde, María Soledad. Patología psiquiátrica en el puerperio. Revista de Neuro-Psiquiatría 2002; 65: 32-46
6. Leal Cercós, Carmen. Trastornos depresivos en la mujer. Barcelona, España: Masson, 2000.
7. Lovejoy MC, Graczyk PA , O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2000; 20: 561-292.
8. Maradiegue Montero, Susana. Evolución diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión y psicosis posparto de las pacientes egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el periodo comprendido entre el 2000-2007. Tesis de Maestría. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado , San José, C.R, 2010
9. National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical Guideline 2007; 45.
10. Oviedo Lugo, Gabriel Fernando; Mondragón Jordán. Valeria. Trastornos afectivos posparto. UNIVERSITAS MÉDICA 2006 VOL. 47 N° 2: 131-140.
11. Peña, Diana Marcela, Calvo, José Manuel. Aspectos clínicos de la depresión posparto. Extraído el 25 de mayo del 2013 de la pagina Web: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/24/9789584476180.21.pdf>
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal Depression and Puerperal Psychosis. Scotland Royal College of Physicians 2002.
13. Seyfried L, Marcus M. Postpartum mood disorders. International Review of Psychiatry 2003; 15: 231-242.