

CUERPO EDITORIAL

DIRECTOR

- Dr. Esteban Sanchez Gaitan, Dirección regional Huetar Atlántica, Limón, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. Cesar Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlín, Ministerio de Salud (MINSA). Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario Jose Maria Cabral y Baez, Republica Dominicana.
- Dra. Caridad María Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguéz César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Traviezo Valles, Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.
- Dr. Pablo Paúl Ulloa Ochoa, Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”, Guayaquil, Ecuador.

EQUÍPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Lic. Margarita Ampudia Matos, Hospital de Emergencias Grau, Lima, Perú.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Telefónica del Perú, Lima, Perú.
- Sra. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL ESCULAPIO

50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Teléfono: 8668002
E-mail: revistamedicasinergia@gmail.com



ENTIDAD EDITORA

SOMEA
SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA
Frente de la parada de buses Guácimo, Limón. Costa Rica
Teléfono: 8668002
Sociedaddemedicosdeamerica@hotmail.com
<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Trastornos psiquiátricos frecuentes en el periodo postparto

Frequent psychiatric disorders in the postpartum period



¹Dra. Sofía Araya Villavicencio

Investigadora Independiente, Cartago, Costa Rica



<https://orcid.org/0000-0002-6250-9860>

²Dra. Irene Barrantes Ortiz

Investigadora independiente, San José, Costa Rica



<https://orcid.org/0000-0002-8724-8265>

RECEBIDO

29/05/2020

CORREGIDO

25/06/2020

ACEPTADO

06/07/2020

RESUMEN

El periodo postparto representa un riesgo para el desarrollo o exacerbación de trastornos mentales. El "baby blues" es una entidad cuyo síntoma principal es la tristeza, y puede evolucionar a una depresión mayor (en este periodo conocida como depresión postparto); ambas entidades tienen alta prevalencia y es importante abordarlas tempranamente para evitar complicaciones como el suicidio o infanticidio. Por su parte, la psicosis postparto comprende una alteración en la percepción de la realidad que se presenta en las primeras cuatro semanas después de dar a luz, y se considera como un debut del trastorno bipolar; esta entidad también supone un factor de riesgo para suicidio e infanticidio. El abordaje de estos trastornos debe ser integral, obteniéndose una historia clínica y examen físico detallados y descartando posibles causas orgánicas para los síntomas, para así poder iniciar un tratamiento de manera oportuna.

PALABRAS CLAVE: periodo postparto; depresión; trastornos psicóticos; parto.

ABSTRACT

The postpartum period represents a risk for the development or exacerbation of mental disorders. The "baby blues" is an entity whose main symptom is sadness, and can evolve into a major depression (in this period known as postpartum depression); both entities have high prevalence and it is important to address them early to avoid complications such as suicide or

¹Médica general, graduada de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), cod. MED16038, sofiarayavilla@gmail.com

²Médica general, graduada de la Universidad de Costa Rica (UCR), irebarrantes7@gmail.com

infanticide. Meanwhile, postpartum psychosis comprises an alteration in the perception of reality that occurs in the first four weeks after giving birth, and is considered a debut of bipolar disorder; this entity is also a risk factor for suicide and infanticide. The approach to these disorders must be comprehensive, obtaining a detailed medical history and physical examination and ruling out possible organic causes for the symptoms, in order to initiate treatment in a timely manner.

KEYWORDS: postpartum period; depression; psychotic disorders; parturition.

INTRODUCCIÓN

Durante el postparto, las mujeres son más susceptibles a desarrollar o exacerbar algún trastorno psiquiátrico debido a que la madre se encuentra en un periodo estresante, con grandes cambios a nivel hormonal y emocional, asociado a la responsabilidad que conlleva la maternidad (1). Aproximadamente 10% de las embarazadas y 13% de mujeres en postparto sufrirá algún tipo de trastorno mental (2). La depresión postparto es la afectación psiquiátrica más frecuente en el puerperio, incluida desde 1952 sin ser reconocida en una categoría aparte, por lo que el Manual de Diagnóstico y Estadística en su cuarta edición (DSM-IV) la clasificaba como un subtipo de “Depresión Mayor, con inicio en el postparto” y actualmente es clasificada como “Depresión Mayor, con inicio en el periparto” en el DSM-V (3).

Además, se encuentra la psicosis postparto, concepto reconocido por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) desde 1968, y que a partir de 1980 es descrita en los DSM como “Psicosis afectivas del puerperio”, y en el DSM-V aparece asociada con el trastorno bipolar, depresión psicótica y trastorno

esquizoafectivo, con aparición en el postparto (4).

La sintomatología de estos trastornos suele confundirse con los cambios en el puerperio normal, por eso es importante poder identificar los síntomas que pueden llevar a diagnosticar estas patologías y así evitar efectos adversos a corto y largo plazo tanto en la madre como en el niño, y situaciones más extremas como un suicidio o infanticidio (5). Debido a lo anterior, el objetivo de esta revisión bibliográfica es brindar al personal de salud las principales características sobre la depresión y psicosis postparto, tanto síntomas y signos para un adecuado abordaje integral e inicio temprano y oportuno del tratamiento para evitar posibles complicaciones.

MÉTODO

Para la elaboración de este artículo, se utilizó el buscador Google Scholar, realizando una revisión extensa de diferentes fuentes bibliográficas en español e inglés, utilizando los términos “postparto”, “depresión”, “psicosis”, principalmente de artículos originales o

revisiones bibliográficas, los cuales fueron tomados de bases de datos de revistas científicas como ELSEVIER, PubMed, NEJM, así como UpToDate, además se utilizó la literatura más reciente de Kaplan, Williams de Obstetricia, así como el DSM-V para un total de 35 bibliografías, 18 en inglés y 7 en español, de las cuales únicamente se utilizaron 25 ya que fueron seleccionadas las más relevantes, que contenían la información más precisa y reciente en un periodo de tiempo comprendido entre 2015 y 2020.

BABY BLUES

Es importante distinguir este término de la Depresión Postparto (DPP), el cual es una condición transitoria de síntomas leves como tristeza, irritabilidad, ansiedad, insomnio, disminución de la concentración y labilidad emocional (2).

- **Epidemiología**

Se presenta en aproximadamente el 60% de las mujeres durante el puerperio (6), siendo un trastorno común.

- **Patogenia**

Se desconoce su patogenia pero los cambios hormonales durante el postparto podrían originarlo (5,7).

- **Cuadro clínico**

Síntomas leves como tristeza, irritabilidad, ansiedad, insomnio, disminución de la concentración y labilidad emocional, que se desarrolla en el segundo o tercer día postparto y se puede prolongar incluso hasta 1 semana (7).

- **Abordaje**

Es importante una adecuada comunicación con la paciente, una historia clínica y examen físico detallados. El diagnóstico se realiza si hay 3 o 4 síntomas depresivos presentes (7). Se recomienda descanso, ideal que alguien más pueda hacerse cargo del bebé durante la noche para que la madre pueda conciliar el sueño (6).

- **Complicaciones**

Si ésta se prolonga más de una semana, cabe la posibilidad de que la paciente esté desarrollando una depresión postparto (5).

- **Tratamiento**

No requiere tratamiento, es autolimitado (Depresión posparto en el contexto del hospital general), es importante el apoyo familiar hacia la paciente (7).

DEPRESIÓN POSTPARTO

La APA la define en su DSM-V como un episodio depresivo mayor con inicio en el periparto si aparecen síntomas del estado de ánimo dentro de las 4 semanas posteriores al parto (8).

- **Epidemiología**

La DPP es una de las complicaciones no obstétricas más frecuentes en el puerperio (9). La prevalencia de ésta es de aproximadamente 9-10% (10). Se puede asociar como principal factor de riesgo para el desarrollo de la misma un antecedente de depresión, se dice que hasta 70% de las mujeres con depresión posparto previa tendrán un episodio posterior

(11), además se han identificado otros posibles factores tales como edad materna joven, diabetes gestacional, parto pretérmino y multiparidad, así como mujeres que han experimentado eventos adversos en su vida como abuso sexual, violencia familiar o falta de redes de apoyo tienen 3 veces más probabilidades de presentar esta patología en comparación a quienes no han sufrido estas situaciones (3,12).

- **Patogenia**

Actualmente no está claro el mecanismo que cause la DPP, sin embargo, a lo largo de los años han existido diversas teorías que implican susceptibilidad genética, cambios hormonales como disminuciones en estrógeno y progesterona (10), así como fluctuaciones del cortisol, niveles anormales de neurotransmisores, además como eventos adversos y estresantes durante la vida (13).

- **Cuadro clínico**

Las pacientes con DPP cursan con labilidad emocional, fatiga o falta de energía, inquietud, sentimientos de culpa (11), dificultad para concentrarse, angustia, alteraciones del sueño, ideas obsesivas con el bienestar del bebé, temor de hacerle daño o incluso hasta indiferencia por el hijo (6).

- **Abordaje**

Es importante que el personal médico realice una detallada historia clínica, se indague y se identifiquen factores de riesgo o historia de antecedentes

de depresión, así como un examen físico y mental que puedan facilitar el diagnóstico. En el DSM-V se encuentra como Trastorno Depresivo Mayor con inicio en el periparto (dentro de las primeras 4 semanas), donde se establece que debe haber un ánimo deprimido y/o pérdida de interés o placer de las actividades cotidianas que hace la persona, casi todos los días, la mayor parte del tiempo durante 2 semanas, además de 5 o más de los siguientes síntomas: pérdida de peso, alteraciones del sueño, retraso psicomotor, fatiga, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa o minusvalía y pensamientos frecuentes de muerte o suicidio, también existe deterioro social o laboral y los síntomas no son atribuibles a patologías médicas de fondo, fármacos o sustancias que consuma el paciente (14). Sin embargo, la mayoría de casos de DPP transcurren durante el primer mes del puerperio, con un pico de sintomatología entre las 8 y 12 semanas postparto. (5).

Muchas veces es difícil poder identificar o incluso pueden pasar desapercibidos los síntomas de una depresión postparto, esto debido a que la sintomatología puede ser atribuida al periodo normal del puerperio, es por esta razón que se crearon varias herramientas que se utilizan como tamizaje en el embarazo y puerperio para facilitar el diagnóstico, la más utilizada es la Escala de Edimburgo (EPDS) por su sencillez y rapidez, es aconsejable aplicarlo a las ocho semanas y al sexto mes postparto, consiste en 10

preguntas que incluye síntomas de ansiedad y excluye síntomas constitucionales de depresión que suelen ser comunes en el postparto, lo que la hace más específica (15). Estas preguntas tienen 4 opciones de respuesta y se les otorga un puntaje de 0 a 3 según la intensidad de los síntomas en los últimos 7 días, si este puntaje es más de 10 es probable que sea una DPP, y si es aplicado durante el embarazo, se recomienda usar de corte 13 puntos (5).

- **Complicaciones**

La DPP está asociada a diversas consecuencias no solo en la madre, también puede afectar a su pareja e hijo. Se ha visto que los hijos de madres con DPP presentan mayor probabilidad de trastornos conductuales, enfermedades durante la niñez, accidentes y maltrato infantil, así como generar relaciones con apego ansioso, incluso también podría aumentar el riesgo de depresión en sus parejas. El suicidio e infanticidio son escenarios que no están exentos en esta patología (6,16).

- **Tratamiento**

Como medida general, siempre es importante la educación a la paciente sobre su enfermedad. Para episodios leves a moderados, se recomienda como tratamiento inicial la psicoterapia, ésta incluye terapia cognitiva-conductual y/o psicoterapia interpersonal, si esta opción no está disponible, no es exitosa o si la paciente ha respondido exitosamente anteriormente a los antidepresivos,

se puede iniciar con los mismos, y en cuadros moderados a severos, se recomienda además de la psicoterapia, iniciar antidepresivos, los inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS) son los de elección, siendo la sertralina el fármaco de primera línea ya que pasa mínimamente a través de la leche materna, paroxetina sería una segunda opción. Se recomienda mantener los fármacos de 6 meses a 1 año y posteriormente si hay mejoría, reducir dosis gradualmente hasta suspensión. (8,17). La terapia electroconvulsiva debe ser considerada en pacientes con DPP severa o refractaria (17).

PSICOSIS POSTPARTO

La psicosis postparto se refiere a una alteración en la percepción individual de la realidad, la cual inicia en las primeras 4 semanas después de haber dado a luz (14). Los términos “psicosis postparto” o “psicosis puerperal” se utilizan en algunas fuentes para referirse también al trastorno bipolar de presentación postparto, e incluso consideran la psicosis de inicio en el puerperio como parte del trastorno bipolar debido a su presentación, historia natural y asociación con este trastorno (18). Por ese motivo, en esta revisión se abordarán ambos trastornos como un mismo espectro bajo este nombre.

- **Epidemiología**

La prevalencia de la psicosis postparto es de aproximadamente 1-

2 por cada 1000 nacimientos en la población general (2).

Los principales factores de riesgo son historia personal o familiar de psicosis postparto y antecedente personal o familiar de trastorno bipolar; también se ha descrito mayor riesgo en primíparas, inmigrantes, pacientes que padecen de otros trastornos psicóticos, y pacientes que descontinuaron medicamentos para estos trastornos durante el embarazo, así como las que presentan mayores niveles de estrés y dificultades para dormir durante el puerperio (19).

- **Patogenia**

La etiología no está del todo dilucidada, sin embargo múltiples estudios han identificado factores genéticos, inmunológicos y hormonales que pueden estar involucrados en su desarrollo (20). En estudios de bioquímica sanguínea se han documentado niveles anormalmente bajos de células T, sobreactivación de monocitos y macrófagos y mayor prevalencia de patología tiroidea autoinmune en mujeres diagnosticadas con psicosis postparto; dichos hallazgos han llevado sugerir un posible trasfondo autoinmunitario (21). Por otra parte, en estudios de neuroimagen de pacientes con este padecimiento se ha observado disminución en el volumen de la corteza cingulada anterior, la cual está implicada en el procesamiento cognitivo y emocional, incluyendo el control de impulsos y la toma de decisiones; también se han reportado alteraciones en la morfología ventricular y del cuerpo

calloso, así como la actividad de la corteza orbitofrontal (19). Un modelo animal que estudió a un cerdo con características endocrinológicas y de comportamiento similares a las de las mujeres con psicosis postparto, identificó cuatro loci de posible interés (5q14.3-15, 1q32, Xpter-Xp2.1 y Xq2.4-Xqter), de los cuales los asociados al cromosoma X fueron confirmados en otros estudios; además, existe evidencia preliminar de la asociación entre los genes que codifican al receptor estrogénico (ESR1), receptor dopaminérgico 1 (DRD1), así como al transportador 2 de aminoácidos excitatorios (EAAT2), y esta patología (19).

- **Cuadro Clínico**

La psicosis postparto se presenta usualmente durante las dos primeras semanas postparto (22). El pródromo tiende a incluir dificultad para dormir, fluctuaciones del estado de ánimo, ansiedad y agitación psicomotora (21). La psicosis puede incluir alucinaciones e ideas delirantes, típicamente acompañadas por alteraciones del estado de ánimo, siendo más frecuente la depresión; los delirios pueden ser incongruentes con el estado afectivo, y frecuentemente tienen contenido relacionado al bebé (20). También puede presentarse desorganización del pensamiento y comportamiento, ideas obsesivas, y alteraciones cognitivas como desorientación, confusión y alteración del estado mental; por lo anterior, puede llegar a asemejar un delirium (22).

El homicidio en la psicosis postparto es relativamente raro; se ha

reportado que alrededor de 4% lo llevan a cabo (21). Con tratamiento adecuado suele resolver en 1-3 meses (20).

- **Abordaje**

Ante la sospecha de psicosis postparto, se debe realizar una evaluación integral que incluya una historia clínica detallada, examen físico y mental exhaustivo (21). Las pruebas complementarias tienden a estar dirigidas a descartar causas orgánicas, y pueden incluir un hemoleucograma, panel metabólico (electrolitos, glucosa, función renal, función hepática y función tiroidea en sangre), examen general de orina y determinaciones de tóxicos en sangre o en orina, así como imágenes según la sospecha clínica (22). Si bien la psicosis postparto se consideraba como una entidad aparte en las ediciones previas del DSM, la quinta edición no la clasifica como tal, sino que agregó el especificador “periparto” para los trastornos psicóticos de inicio durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas después del parto (14).

- **Complicaciones**

Se ha reportado que después de la psicosis postparto, las mujeres tienen una probabilidad del 50-80% de desarrollar otro episodio psiquiátrico importante, generalmente dentro del espectro del trastorno bipolar; incluso se ha llegado a considerar la psicosis postparto como un debut del mismo (22). Además, la amplia duración de estos episodios puede influir negativamente sobre la formación de lazos tempranos entre la madre y el

recién nacido (23). Por último, muchas mujeres perciben un estigma social asociado al episodio y temen consecuencias como la pérdida de su hijo (24).

- **Tratamiento**

El tratamiento usualmente se provee con la paciente hospitalizada para asegurar la seguridad de la misma, así como de las personas a su cargo (21). Se ha recomendado el uso del modelo de tratamiento en cuatro pasos, que permite escalar el mismo según las necesidades de la paciente (23). Estos son: (1) benzodiacepinas en monoterapia, (2) benzodiacepinas con antipsicóticos, (3) benzodiacepinas, antipsicóticos y eutimizantes (generalmente litio), y (4) terapia electroconvulsiva (TEC); el tiempo recomendado de evaluación para decidir pasar al siguiente paso es de 3 días para el primero, de 2 semanas para el segundo y de 12 semanas para el tercero (25). Este abordaje ha mostrado tasas de remisión de 98,4%; la mayoría de las pacientes lo alcanzan hasta el tercer paso (23). También es importante promover una adecuada higiene del sueño, ya que este favorece la recuperación (25). En algunos centros médicos se permite y promueve la lactancia materna supervisada, teniendo en cuenta el estado mental de la madre y los riesgos de exposición a medicamentos para el bebé (21).

CONCLUSIÓN

Es ampliamente conocido que las mujeres presentarán una mayor

prevalencia de trastornos psiquiátricos durante el puerperio, sin embargo, solamente un pequeño porcentaje de las mismas desarrollarán estas patologías. Por esta razón, es importante que el personal de salud pueda identificar los factores de riesgo, el más establecido hasta el momento es el haber tenido un antecedente personal o familiar de depresión o psicosis postparto, por lo que es vital siempre una adecuada historia clínica detallada, así como un examen físico y mental que puedan facilitar el diagnóstico.

Estos trastornos muchas veces son subdiagnosticados por no reconocer la sintomatología oportunamente, por lo que se recomienda preguntar directamente a la paciente en el postparto por síntomas de tristeza, llanto, dificultad para dormir, ansiedad, agitación psicomotora, temor o indiferencia hacia el bebé, y también

hacer uso de las herramientas disponibles para un diagnóstico temprano, debido a que usualmente las pacientes no informan a su médico tratante sobre cómo se sienten porque asumen que es normal lo que puedan estar sintiendo durante esta etapa de sus vidas, o incluso les da vergüenza el ser juzgadas por no brindar los cuidados y atención necesaria a sus bebés.

Finalmente, una vez diagnosticada la patología, se recomienda la educación a la paciente y a sus familiares, explicarles sobre la enfermedad, su evolución, distintos tratamientos que incluyen si la paciente dá o no lactancia materna, ya que hay algunos fármacos que pueden ser perjudiciales para el bebé, además hacerles entender que ésto no denota un fracaso personal o materno y que con el adecuado tratamiento suelen tener un buen pronóstico.

REFERENCIAS

1. Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz. Kaplan & Sadock, Sinopsis de Psiquiatría. 11th. USA. Wlters Kluwer. 2015
2. Rachel VanderKruik, Maria Barrei, Doris Chou et al. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. BMC [Internet] 2017 [consultado 25 marzo 2020]; 17 (272): 2-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1427-7>
3. Jennifer L. Payne, Jamie Maguire. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. Elsevier [Internet] 2018 [consultado 29 marzo 2020]
4. Jordany Arias Molina, Niurka Proenza, Carmen Sagué Larrea et al. Psicosis puerperal en adulta joven. Mul Med [Internet] 2018 [consultado 25 marzo 2020]; 22(6): 1242-1251. Disponible en <https://www.medicgraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85564>
5. Enrique Jadresic M. Depresión posparto en el contexto del hospital general. CLC [Internet] 2017 [consultado 26 marzo 2020]; 28 (6): 874-880. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.007>
6. Constanza Mendoza, Sandra Saldivia. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Scielo [Internet] 2015 [consultado 02 abril 2020]; 143 (7) 887-894. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>

7. Adele Viguera, MD. Postpartum blues. UpToDate [Internet] 2019 [consultado 03 abril 2020]. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/postpartum-blues>
8. Donna E. Stewart, C.M., M.D., and Simone Vigod, M.D. Postpartum Depression. NEJM [Internet] 2016 [consultado 25 marzo 2020]; 375 (22): 2177-2186. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649>
9. Michael E. Silverman, Ph.D., Abraham Reichenberg, Ph.D., David A. Savitz, Ph.D. et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. Wiley [Internet] 2016 [consultado 01 abril 2020]; 34(2):178-187. <https://doi.org/10.1002/da.22597>
10. Adele Viguera, MD. Postpartum unipolar major depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. UpToDate [Internet] 2018 [consultado 01 abril 2020]. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/postpartum-unipolar-major-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>
11. Hoffman BL, Schorge JO, Bradshaw KD, Halvorson LM, Schaffer JI, Corton MM. Williams Ginecología [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill; 2017 [revisión2017; consultado 05 abril 2020]. Disponible en <https://ezproxy.ucimed.com:2066/content.aspx?bookid=2739§ionid=230099145#1166856610>
12. Meléndez Marianna, Díaz Mardorys, Bohorjas Lía et al. Depresión postparto y los factores de riesgo. Salus [Internet] 2017 [consultado 27 marzo 2020]; 21(3):7-12. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375955679003>
13. Brummelte S, Galea L. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. Elsevier [Internet] 2016 [consultado 02 abril 2020] <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>
14. American Psychiatric Association. Trastornos depresivos. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). 5ta edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2014, p.155-188
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for Perinatal Depression. ACOG [Internet] 2015 [consultado 01 abril 2020]; 132(5) 208-212. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002927>
16. Adele Viguera, MD. Postpartum depression: Risks of abnormal child development. UpToDate [Internet] 2019 [consultado 01 abril 2020]. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/postpartum-depression-risks-of-abnormal-child-development>
17. Ariela Frieder, Madeleine Fersh, Rachel Hainline & Kristina M. Deligiannidis. Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development. CNS Drugs [Internet] 2019 [consultado 02 abril 2020]; 33, 265-282. <https://doi.org/10.1007/s40263-019-00605-7>
18. Tinkleman A, Hill E, Deligiannidis K. Management of New Onset Psychosis in the Postpartum Period. J Clin Psychiatry [Internet] 2017 [Consultado 14 Mayo 2020]; 78 (9): 1423-1424. <https://doi.org/10.4088/JCP.17ac11880>
19. Davies W. Understanding the pathophysiology of postpartum psychosis: challenges and new approaches. World J Psychiatr [Internet] 2017 [Consultado 16 Mayo 2020]; 7(2):77-88. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i2.77>
20. Hendrick V. Bipolar disorder in postpartum women: Epidemiology, clinical features, assessment and diagnosis. UpToDate [Internet] 2019 [Consultado 17 Mayo 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-postpartum-women-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>

21. Payne J. Postpartum psychosis: epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment and diagnosis. UpToDate [Internet]. 2018 [Consultado 13 Mayo 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/postpartum-psychosis-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>
22. Bergink V, Rasgon N, Wisner K. Postpartum psychosis: madness, mania and melancholia in motherhood. Am J Psychiatry [Internet] 2016 [Consultado 15 Mayo 2020]; 173(12): 1179-1188. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16040454>
23. Payne J. Treatment of postpartum psychosis. UpToDate [Internet] 2019 [Consultado 18 Mayo 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-postpartum-psychosis>
24. Forde R, Peters S, Wittkowski A. Recovery from postpartum psychosis: a systematic review and metasynthesis of women's and families' experiences. Arch Womens Ment Health [Internet] 2020 [Consultado 13 Mayo 2020]. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01025-z>
25. Bergink V, Burgerhout K, Koorenevel K, et al. Treatment of psychosis and mania in the postpartum period. Am J Psychiatry [Internet] 2015 [Consultado 18 Mayo 2020]; 172(2):115-123. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13121652>