

CUERPO EDITORIAL

DIRECTOR

- Dr. Esteban Sanchez Gaitan, Hospital San Vicente de Paúl, Heredia, 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 Béguez 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.
- Srta. 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
Sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com
<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>





Depresión postparto en atención primaria

Postpartum depression in a primary care



¹**Dra. Margarita Karol Malpartida Ampudia**

Investigadora independiente, Heredia, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0001-7855-5354>

RECIBIDO
30/10/2019

CORREGIDO
15/11/2019

ACEPTADO
1/1/2020

RESUMEN

A pesar de que la maternidad es un período que se percibe como una etapa positiva, muchas mujeres experimentan serios problemas psicológicos durante el embarazo y el puerperio. El embarazo y el parto son momentos críticos en la adaptación psicológica de las mujeres y suelen ir acompañados de trastornos del sueño, cansancio, pérdida de la libido y pensamientos ansiosos sobre el bebé. La depresión postparto es un problema de salud pública, es relevante el diagnóstico temprano de esta enfermedad, no solo por parte de la madre sino también del padre para así dar un primer paso a ampliar la mirada desde la diada madre-hijo a la triada madre – padre e hijo. Se debe diferenciar entre otros trastornos como la tristeza postparto y psicosis posparto. La incidencia a nivel mundial es del 15%, es de etiología multifactorial. El diagnóstico debe ser temprano y se debe contemplar los criterios de DSM- 5 y actualmente abarca el periodo perinatal, el tratamiento es individualizado.

PALABRAS CLAVE: depresión postparto; atención primaria de salud; trastornos psicóticos afectivos.

ABSTRACT

Although motherhood is a period that is perceived as a positive stage, many women experience serious psychological problems during pregnancy and the puerperium. Pregnancy and childbirth are critical moments in the psychological adaptation of women and are often accompanied by sleep disorders, fatigue, loss of libido and anxious thoughts about the baby. Postpartum depression is a public health problem, early diagnosis of this disease is relevant, not only by the mother but also by the father in order to take a first step to broaden the look from the mother-son dyad to the mother triad - father and son. It must differentiate between other disorders such as postpartum sadness and postpartum psychosis. The worldwide incidence is 15%, is multifactorial etiology. The diagnosis must be early and the DSM-5 criteria must be considered and currently it covers the perinatal period, the treatment is individualized.

¹Médico general, graduada de la Universidad de Iberoamerica (UNIBE). [cod. MED12105](mailto:cod.MED12105). mkma1985@hotmail.com



KEYWORDS: postpartum depression; primary health care; affective disorders; psychotic.

INTRODUCCIÓN

Durante el puerperio existen cambios bioquímicos y estrés que pueden desencadenar depresión postparto (DPP) (1). Las mujeres con antecedente de DPP tienen riesgo de ocurrencia en el parto siguiente (2).

El periodo perinatal y postparto trae importantes desafíos para la madre y el padre, en este periodo puede existir un desbalance entre las demandas y los recursos emocionales.

En los últimos tiempos se han generado una mayor conciencia sobre la experiencia de los padres y estrategias para abordar la DPP en los hombres. La depresión posparto puede afectar de uno a dos de cada diez hombres, siendo la depresión materna un factor de riesgo importante para desarrollarla (3).

Su incidencia mundial es del 15% (4), la DPP está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el período perinatal” (5).

En la actualidad, no se conoce causa concreta que desencadene la DPP, sino que esta enfermedad es de etiología multifactorial entre factores biológicos y psicosociales.

El presente artículo tiene como objetivo brindar evidencias para un adecuado y precoz manejo de esta enfermedad, además de enfatizar la importancia del manejo familiar como triada madre – padre e hijo.

MÉTODO

Para la elaboración de este artículo de revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, Cochrane, UpToDate y se consultó en libros de medicina así como también en compendios médicos y únicamente se tomaron en cuenta artículos con relevancia médica científica y se priorizó artículos en donde se identifica a los autores, se tomaron artículos en español e inglés. Las palabras claves utilizadas para realizar la búsqueda fueron “depresión”, “perinatal”, “medicina familiar”, “tratamiento farmacológicos en el embarazo”, “antidepresivos en el embarazo”, entre otras. Eligiendo los artículos con mayor relevancia y con respaldo en sociedades científicas para lograr exponer los temas a tratar en este artículo.

DEFINICIONES

Los trastornos que pueden ocurrir en el periodo perinatal y postparto son: tristeza postparto, depresión postparto y psicosis postparto tienen una alta prevalencia, es por ello que se debe diferenciar una de la otra, ya que pueden llegar a afectar directamente la salud física y emocional de la familia (6):

- **Tristeza postparto (TPP)**

Conocida como Baby Blues, es una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Aparece entre los dos y cuatro días postparto. Es

autolimitada, dura aproximadamente dos a tres semanas después del alumbramiento. La mayoría de los investigadores concuerdan en que la TPP se puede presentar entre el 50 y 80% de las mujeres que han dado a luz (7).

- **La depresión postnatal (DPP)**

Es una condición seria, es en general no autolimitada, fluctúa entre 10 al 15% en mujeres durante los primeros 6 meses después del parto. ; este síndrome dura más tiempo que el TPP y tiene un mayor impacto en la familia.

Hasta la penúltima versión de su clasificación de los trastornos mentales (DSM- 4), la Asociación Psiquiátrica Americana estipulaba que se podía incluir un especificador del comienzo de la depresión denominado "postparto". En DSM-5, se reemplazó el "postparto" por el de "periparto", pudiendo aplicarse a todo episodio depresivo de comienzo en el embarazo o en las cuatro semanas después del parto (8).

- **Psicosis postparto (PPP)**

El DSM-5 no clasifica la PPP como una entidad separada, sino que la utiliza para definir otro grupo de trastornos psiquiátricos como en el trastorno bipolar, depresión psicótica, y trastorno esquizoafectivo; quedando claro que si aparece dentro de estas patología se debe especificar "aparición postparto", siempre y cuando aparezca en las primeras cuatro semanas postparto (9). El riesgo de episodios posparto con características psicóticas es especialmente mayor en mujeres con episodios del estado de ánimo posparto anteriores pero también es elevado en pacientes con antecedentes de un trastorno.

EPIDEMIOLOGÍA

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo (7). Una de cada cinco mujeres que viven en países de ingresos medios y bajos sufren de depresión posparto (4). Se ha calculado que, en países como Estados Unidos, una de cada ocho mujeres presenta en su posparto tal patología, esto significa que del total de mujeres en posparto, aproximadamente, un millón de mujeres por año presenta este tipo de depresión (10). Su incidencia a nivel mundial es del 15%.

Entre un 3% y un 6% de las mujeres experimentarán el inicio de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses que siguen al parto. El 50% de los episodios de depresión mayor "posparto" comienzan realmente antes del parto. Así pues, estos episodios se denominan colectivamente episodios del periparto. Estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto (11).

ETIOLOGÍA

A pesar de que se han descrito una serie de factores asociados, no es posible distinguir una única causa que explique la ocurrencia de DPP. A diferencia de otros trastornos psiquiátricos presentes en el embarazo y postparto los cuales han demostrado una relación muy fuerte en los aspectos biológicos (12), la DPP continua siendo de etiología multifactorial

teniendo una relación estrecha con los factores psicosociales.

Diversos estudios han encontrado una mayor asociación de DPP en mujeres con antecedentes personales de baja autoestima, trastornos de la personalidad, depresión y depresión postparto previas, dificultades en las relaciones maritales, redes de apoyo insuficientes o pobres, antecedentes de eventos estresantes y en particular, cuadros ansiosos, depresivos y de estrés durante el embarazo (13).

En una reciente revisión de la literatura, han señalado 10 potenciales factores de riesgo durante el período prenatal (14):

1. Ansiedad materna: la ansiedad tiene una fuerte relación con los síntomas de depresión durante el embarazo.
2. Eventos vitales estresantes: eventos como divorcio, muerte de familiar, pérdida de empleo, tienen una relación significativa con la presencia de depresión antenatal
3. Historia previa de depresión: es un predictor de depresión antenatal
4. Falta de apoyo social
5. Violencia doméstica
6. Interés por concebir: tiene una relación media para presentar depresión
7. Tipo de relación de pareja : tiene relación pequeña con la depresión antenatal
8. Tipo de cobertura médica: una cobertura ineficiente revela un riesgo de DPP
9. Estatus socioeconómico
10. Factores que presentan resultados inconsistentes: consumo de alcohol, tabaco, otras drogas, raza, etnia, edad materna, historia obstétrica

DIAGNÓSTICO

Entre los métodos y herramientas para un adecuado diagnóstico se encuentra la Entrevista Clínica Estructurada, conocida como SCID por sus siglas en ingles.

Es de suma importancia realizar una historia clínica completa, esta debe contener el examen del estado mental y el examen físico. Se debe especificar si existe antecedentes de depresiones previas, abuso de sustancias, determinar la duración y gravedad del episodio depresivo, se debe indicar si existe coexistencia de otras condiciones médicas, antecedentes psiquiátricos familiares. En el examen físico se ve evaluar si existe deterioro funcional y determinar los acontecimientos de vida y factores de estrés.

Los episodios del estado de ánimo pueden iniciar durante el embarazo o en el post parto, se caracteriza por la presencia de síntomas incapacitantes de incomodidad y afrontamiento, que pueden verse exacerbados por baja autoestima materna, falta de confianza y expectativas irreales sobre la maternidad (13).

Hubo cambios entre la DSM-4 con el DSM-5, en este último se incluyó el trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, bajo la denominación de "trastorno depresivo durante el período perinatal", considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del postparto, manteniendo el mismo criterio de tiempo. Pudiendo así considerarse la ampliación del período de riesgo a los tres meses del parto (15).

En la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud

(CIE-10): trastornos mentales y del comportamiento, la categorización aparece como:

F32 Episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos.

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves Incluye: depresión postnatal y depresión postparto sin especificar.

Según CIE-10 criterios diagnósticos para la depresión (16): se requieren al menos cuatro, seis, u ocho síntomas durante al menos dos semanas para hacer un diagnóstico de depresión leve, moderada o grave, respectivamente. Para el diagnóstico de depresión leve y moderada, por lo menos dos características del grupo de síntomas A deben estar presentes y para el diagnóstico de depresión severa se requieren cumplir con los dos puntos del grupo de síntomas A.

Síntoma de grupo A

1. Estado de ánimo depresivo en un grado que no es normal para la persona, presente durante la mayor parte del día, influenciada en gran medida por las circunstancias.
2. Pérdida de interés o placer en actividades que normalmente son placenteras.
3. Disminución de la energía o el aumento de la fatigabilidad.

Síntoma de grupo B

1. Pérdida de confianza o autoestima.
2. Sentimientos irracionales de autorreproche o culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte, suicidio o cualquier conducta suicida

4. Reducida capacidad para pensar o concentrarse, como indecisión.
5. Cambios en la actividad psicomotora, agitación o enlentecimiento.
6. Trastornos del sueño de cualquier tipo.
7. Cambios en el apetito (disminución o aumento), con el cambio de peso correspondiente.

ABORDAJE

Se debe dar seguimiento estrecho a la mujer durante el embarazo y 6 a 12 semanas postparto, todas las mujeres deben ser evaluadas física y mentalmente, esto debe ser parte de la atención normal.

Según la guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre la salud mental prenatal y postnatal recomiendan que todas las mujeres durante el embarazo y el período posparto deben ser evaluadas para los síntomas severos del humor, esta evaluación se debería hacer en cada consulta que esta paciente tenga con todos los profesionales de la salud (17) , estos profesionales de la salud puede hacer uso de la escala de Edimburgo o de las preguntas de Whooley (ver **TABLA 1.**) pueden ser utilizadas en el período prenatal y posparto como auxiliares para seguimiento clínico y para facilitar la discusión de los problemas emocionales.

PREVENCIÓN

Es de suma importancia una historia clínica completa en donde se incluya preguntas acerca de síntomas depresivos, como mínimo, al ingreso de

TABLA 1. Preguntas de Wooley	
1.	Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo molesta, mal, deprimida o sin esperanza?
2.	Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo molesta por tener poco interés o placer en hacer las cosas?
*Considere la posibilidad de una tercera pregunta:	
3.	¿Es esto algo para lo que usted siente que necesita o quiere ayuda?
*Se considera una tercera pregunta si la respuesta fue "sí" en las 2 preguntas anteriores.	
Fuente: Jones I, Shakespeare J. Postnatal depression. BMJ. 2014 08 14;349(aug14 2):g4500-g4500.	

la paciente y después del nacimiento, entre las 4 a 6 semanas y los 3 a 4 meses postparto. Así se podrá iniciar un abordaje personalizado.

El uso de antidepresivos durante el embarazo, para la prevención de la depresión postparto, resulta incierto debido a la posibilidad de efectos adversos sobre la madre y el feto en desarrollo (18,19).

Si se ha identificado signos de depresión, se debe tener algunos puntos de prevención como:

- Durante el embarazo: supervisión continua, por parte del personal de salud, sobre signos y síntomas de depresión, si se identifica depresión se puede tratar con terapias psicosociales o fármacos, cada caso se debe individualizar.
- Después de que nazca tu hijo: Es importante el seguimiento en la fase postparto, así se puede identificar de manera precoz los síntomas.

COMPLICACIONES

Las complicaciones de un diagnóstico tardío son muchas, y abarcan a toda la

familia, teniendo como eje posibles problemas entre el vínculo entre madre, padre e hijo (20):

- **Maternas:** puede convertirse en un trastorno depresivo crónico. Incluso cuando se la trata, la depresión postparto aumenta el riesgo de futuros episodios de depresión mayor. Se asocia a suicidio y filicidio, y el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal.
- **Paternas:** la depresión postparto puede tener un efecto dominó, y causar tensión emocional en los padres. El factor de riesgo para que el padre pueda desarrollar DPP es que la madre lo tenga.
- **Hijos:** los hijos de madres que han experimentado DPP no tratada tienen más probabilidades de tener problemas emocionales, alimentarios y de comportamiento. El infanticidio se asocia la mayoría de las veces a episodios psicóticos postparto que se caracterizan por alucinaciones que ordenan matar al niño o delirios de que el niño está poseído, pero los síntomas psicóticos también pueden aparecer en episodios graves del estado de ánimo postparto sin estos delirios o alucinaciones específicas.

TRATAMIENTO

Existen diversas técnicas de manejo de la depresión, entre ellas: Manejo psicosocial (terapias psicosociales, de soporte, intervenciones de pareja, intervenciones madre-infante, actividad física), terapias farmacológicas (que varían durante el embarazo, el puerperio y la lactancia), terapia electroconvulsiva (TEC).

La literatura destaca las intervenciones psicoterapéuticas como primera línea de tratamiento. La administración de antidepresivos en mujeres lactantes debe evaluarse en cada caso, considerando los riesgos y ventajas, destacándose el uso de algunos ISRS por su menor detección en la leche (18).

- **Manejo no farmacológico en el embarazo**

Iniciar con opciones terapéuticas no farmacológicas (intervenciones ambientales y psicoterapia).

- **Manejo farmacológico en el embarazo**

La paroxetina, benzodiazepinas, litio, carbamazepina y ácido valproico, son fármacos contraindicados en el primer trimestre del embarazo. Se sugiere evitar en lo posible el uso de antidepresivos durante las primeras 12 semanas de gestación. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), con excepción de la paroxetina, pueden ser incluidos como farmacoterapia en el tratamiento de la depresión durante el embarazo y lactancia.

- **Manejo farmacológico en el posparto**

Los ISRS y los antidepresivos tricíclicos pueden ser ofrecidos en este periodo, no se recomienda el uso de estrógenos en el tratamiento rutinario. Es importante tomar en cuenta que una vez iniciado un antidepresivo, se deben continuar por lo menos 4 a 6 semanas, según investigaciones se aconseja que en un primer episodio de depresión sin síntomas psicóticos se debe tratar con antidepresivos a dosis completa por lo

menos por 6 a 9 meses después de remisión (18).

- **Manejo farmacológico durante la lactancia**

En mujeres que mantienen lactancia materna la decisión debe ser individualizada, siempre evaluando el riesgo y beneficio de su administrar fármacos. Según estudios se ha destacado el uso ISRS (especialmente sertralina y paroxetina) por mostrar niveles indetectables en el bebé, a diferencia de la fluoxetina y el citalopram que muestran mayor paso a la leche materna (21).

- **Manejo con terapia electroconvulsiva (TEC)**

Es un tratamiento eficaz a corto plazo para el trastorno depresivo mayor y debe ser considerada en pacientes que no han respondido a la terapia con antidepresivos.

CONCLUSIONES

Se ha evidenciado que las mujeres tienen mayor prevalencia de presentar trastornos depresivos y que el riesgo de desarrollarlos puede aumentar en ciertos momentos de su vida, siendo el postparto un período de riesgo. Durante el embarazo y el en puerperio existe una alteración del eje hormonal, tanto la madre como el padre desarrollan una demanda, muchas veces sobredemanda, emocionales y psicosociales.

Aún no se ha evidenciado la etiología de la enfermedad, una teoría puede ser la gran confluencia de otras variables, como las psicosociales, limitaciones en la correlación entre los niveles hormonales

centrales y periféricos. Lo cierto es que las expectativas maternas sociales son altas pudiendo convertirse en un estresor adicional y ser un obstáculo para buscar una atención adecuada.

La DPP actualmente no solo se basa en el periodo postparto, sino que se ha ampliado al periodo perinatal, esto conlleva a que el médico debe de ver de una manera global. Debemos tener en cuenta que es un problema de salud pública, se ha visto que una de cada cinco mujeres de ingresos medios y bajos lo sufren.

Hay evidencia de que existe la DPP en los padres, y que si la madre sufre de DPP es un factor de riesgo para que el padre lo desarrolle, las consecuencias de un diagnóstico tardío puede verse reflejado en el desarrollo infantil, el vínculo y la salud mental del niño los que pueden verse alteradas a corto, mediano y largo plazo. Es importante pensar en tamizar no solo a la madre, sino también al padre y dar así un primer paso a ampliar la mirada desde la diada madre-hijo a la triada.

La DPP se puede asociar a suicidio y filicidio, y el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el periodo perinatal. Es recomendable una mayor énfasis en la salud mental perinatal y en los factores de riesgo, se podría realizar estrategias solidas como el seguimiento durante y después del parto, este seguimiento debería realizarse por parte de todo el personal de salud, es decir un seguimiento multidisciplinario. Debemos tener en cuenta que con este seguimiento se puede prevenir complicaciones de vínculo familiar, maltratos, suicidios y demás complicaciones que esta patología acarrea. Además se debería promover la investigación en torno al embarazo y el puerperio. La aplicación de medidas preventivas en torno a la depresión perinatal y posparto desde la perspectiva de la salud pública, salud familiar y comunitaria fortalecerían la salud y el desarrollo fetal e infantil.

REFERENCIAS

1. Evans M. G, Vicuña M. M, Marín R. DEPRESION POSTPARTO REALIDAD EN EL SISTEMA PUBLICO DE ATENCION DE SALUD. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2003;68(6). <https://doi.org/10.4067/s0717-75262003000600006>
2. Cooper PJ, Murray L, Hooper R, West A. The development and validation of a predictive index for postpartum depression. Psychological Medicine. 1996 05;26(3):627-634. <https://doi.org/10.1017/s0033291700035698>
3. Pérez C F, Brahm M P. Depresión posparto en padres: ¿por qué también es importante?. Revista chilena de pediatría. 2017;88(5):582-585. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062017000500002>
4. Rojas G, Guajardo V, Martínez P, Fritsch R. Depresión posparto: tamizaje, uso de servicios y barreras para su tratamiento en centros de atención primaria. Revista médica de Chile. 2018 09;146(9):1001-1007. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000901001>
5. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. Revista Panamericana de Salud Pública. 2018;42. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.97>

6. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. Revista Panamericana de Salud Pública. 2018;42. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.97>
7. Medina-Serdán Erica. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2013 Ene [citado 2020 Ene 08]; 27(3): 185-193. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es.
8. Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Nov;25(6):1019-1028. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70651-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70651-0)
9. Fonseca Villanea C. Psicosis postparto. Revista Medica Sinergia. 2018 08 01;3(8):7-12. <https://doi.org/10.31434/rms.v3i8.134>
10. Miller LJ. Postpartum Depression. JAMA. 2002 02 13;287(6):762. <https://doi.org/10.1001/jama.287.6.762>
11. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
12. Adresic E. Depresión Postparto: Aspectos Antropológicos y Transculturales. Psykhe 1996; 5 (2): 149-57.
13. Marín D, Bullones A, Carmona F, Carretero MI, Moreno MA, Peñacoba C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. Nure Investigación [Internet] 2008 [Consultado 22 Nov 2019]; 37 Disponible en: http://www.fuden.eu/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyemb37210200893951.pdf
14. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2010 01;202(1):5-14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
15. Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Revista médica de Chile. 2012 06;140(6):719-725. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872012000600004>
16. Jones I, Shakespeare J. Postnatal depression. BMJ. 2014 08 14;349(aug14 2):g4500-g4500. <https://doi.org/10.1136/bmj.g4500>
17. Rodríguez-Muñoz MDLF, Olivares ME, Izquierdo N, Soto C, Huynh-Nhu L. Prevención de la depresión perinatal. Clínica y Salud. 2016 Nov;27(3):97-99. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.10.001>
18. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención [Internet]. México, D. F., 2014 [Consultado 3 Nov 2019]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf
19. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health guidelines—clinical guidelines CG45. 2007, British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists: London. http://guidance.nice.org.uk/CG45/Guidance.Musters_C,McDonald_L,Jones_I
20. Constanza Mendoza B. a , Sandra Saldivia. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chile. [Internet] 2015 [Consultado 22 Nov 2019] 143: 887-894. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n7/art10.pdf>
21. Leight K, Fitelson, Sarah Kim, Baker A. Treatment of post-partum depression: a review of clinical, psychological and pharmacological options. International Journal of Women's Health. 2010 Dec;1. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s6938>