

Actualizaciones en depresión posparto

Updates on postpartum depression

MSc. EM Angelina Dois Castellón

Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

La depresión posparto es el trastorno del ánimo más prevalente asociado al nacimiento, sin embargo su diagnóstico y tratamiento presenta ciertas dificultades. El objetivo de este artículo es revisar aspectos generales de la depresión posparto, los factores asociados al cuadro clínico, su diagnóstico y tratamiento y las implicancias para la madre y su hijo(a). La metodología empleada fue la revisión de la literatura entre los años 2001- 2011 en español e inglés en distintas bases de datos. A partir de ella se identificaron factores con distintos grados de asociación con la enfermedad, como también estrategias para su detección, entre las cuales está el uso de la Escala de Depresión de Edimburgo y alternativas terapéuticas para su tratamiento. Su impacto en la relación madre-hijo(a) y en el desarrollo del niño(a) se relaciona directamente con la duración e intensidad del cuadro, asociándose al establecimiento de apegos inseguros, deterioro del desarrollo psicomotor y cese precoz de la lactancia materna, además del deterioro de la calidad de vida de las puérperas. Todo lo anterior hace que este sea un problema relevante para abordar por los profesionales de la salud vinculados al cuidado de la madre y su bebé, debido a lo cual se proponen recomendaciones respecto de los cuidados que debieran otorgarse a quienes cursan con este trastorno y a sus familias.

Palabras clave: depresión posparto, cuidado profesional, salud materno-infantil.

ABSTRACT

Postpartum depression is the most prevalent mood disorder associated with birth, but its diagnosis and treatment presents certain difficulties. The aim of this paper is to review general aspects of postpartum depression, the factors associated with clinical symptoms, diagnosis and treatment, and the implications for the mother and her child. The methodology used was a review of the literature from 2001 - 2011 in Spanish and English in different databases. Then, we identified factors with varying degrees of association with this disease, as well as strategies for detection, including the use of Edinburgh Depression Scale and therapeutic alternatives for its treatment. Its impact on the mother-child relationship and child development is directly related to the duration and intensity of the case, associating the establishment of insecure attachments, impaired psychomotor development and early cessation of breastfeeding, further deterioration in the postpartum women quality of life. All the above mentioned make it a relevant problem to address by health professionals involved in the mother and child care, thus it is proposed recommendations for the care that should be given to those who suffering this disorder and their families.

Key words: postpartum depression, professional care, maternal and child health.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del ánimo son enfermedades multisistémicas, que se manifiestan con distintos grados de alteración patológica del ánimo asociados a un significativo deterioro físico y social.¹

Durante el embarazo y puerperio ocurren cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que hacen más vulnerable a la mujer para la aparición de estos trastornos. Dentro de los vinculados al puerperio se distingue la tristeza y depresión posparto y la psicosis puerperal.²

La depresión es una enfermedad caracterizada por presentar ánimo deprimido y/o anhedonia, la mayor parte del día, prácticamente todos los días, durante al menos dos semanas, con angustia significativa y/o alteración del funcionamiento personal. La depresión posparto (DPP) se diferencia de cualquier otro cuadro depresivo, porque aparece entre las 4 y 30 sem del puerperio con síntomas incapacitantes como irritabilidad, rabia, anhedonia, abulia, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente, pensamientos suicidas, que pueden exacerbarse por falta de confianza, expectativas irreales sobre la maternidad y baja autoestima materna.³⁻⁶

La depresión en cualquier momento de la vida afecta profundamente la autopercepción y comportamientos de las personas, especialmente en las relaciones interpersonales y sociales. Al asociarla a la maternidad sobre todo durante el primer año de vida, sus consecuencias pudieran extenderse a toda la vida.⁴

Por esta razón, el objetivo de este trabajo es revisar aspectos generales de la depresión posparto, los factores asociados al cuadro clínico, su diagnóstico y tratamiento y las implicancias para la madre y su hijo(a), como también realizar algunas recomendaciones para los profesionales de la salud involucrados en su cuidado.

MÉTODOS

Durante septiembre y octubre de 2011, se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos que abordan el tema de la depresión posparto. Los límites de la búsqueda fueron estudios de investigación en idioma inglés y español desarrollados entre los años 2001 y 2011, que se encontraban disponibles a texto completo en las bases de datos Proquest, Medline, Pubmed, Cinhal y Scielo. Las palabras claves utilizadas en inglés y español fueron: depresión posparto, trastornos del ánimo del puerperio, factores de riesgo y protectores, escala de depresión de Edimburgo, lactancia materna, apego, tratamiento antidepresivo. Utilizados en distintas combinaciones que permitieron afinar la búsqueda.

La información fue organizada en cinco temas: a) cuadro clínico, b) factores de riesgo y factores protectores, c) diagnóstico, d) tratamiento farmacológico y no farmacológico y e) efectos en la relación madre-hijo, en el recién nacido y en la madre.

A partir de estas categorías se desarrolla el tema y se construyen las recomendaciones para los profesionales de la salud.

Depresión posparto

La depresión posparto es el trastorno anímico más prevalente asociado al nacimiento, su recidiva es 1:3 a 1:4 si la madre no es tratada correctamente y se asocia a severa discapacidad para desarrollar actividades de la vida diaria. Afecta aproximadamente al 19,2 % de las puérperas durante los tres primeros meses posparto, con prevalencias que varían entre un 3 % y 30 % durante el primer año. En la mayoría de los casos remite luego de tres a seis meses. Sin embargo, una proporción puede seguir un curso crónico.^{1,3-5,7,8} Sus efectos en la relación madre-hijo(a) no distinguen diferencias culturales o por nivel socioeconómico de la madre y su impacto en el desarrollo del niño(a) está directamente relacionado con su duración e intensidad.⁹ El deterioro que puede ocasionar en la interacción madre-hijo, se traduce en el establecimiento de apegos inseguros y alteraciones del desarrollo psicomotor. Algunos investigadores, dan cuenta que los hijos de madres con DPP tienen más del doble de posibilidades de desarrollar problemas de conducta a largo plazo y de ser víctimas de violencia intrafamiliar.^{3,5,9} Asimismo, asisten a un menor número de controles de salud, reciben menos inmunizaciones y presentan alteraciones en sus rutinas de cuidados básicos.¹⁰

Además, en las puérperas se ha descrito menor percepción de autoeficacia para mantener lactancias exitosas manifestada en el aumento de las preocupaciones en torno a la alimentación, mayores dificultades, inseguridad y dudas sobre su capacidad para alimentar al bebé, menor satisfacción al amamantar y cese precoz de la lactancia materna.^{3,11,12}

Factores de riesgo y factores protectores

Actualmente no es posible distinguir una causa única que explique la ocurrencia del trastorno, lo que sostiene su etiología multifactorial.

Dentro de los factores de riesgo de mayor asociación con DPP se distinguen antecedentes personales de baja autoestima, depresión y depresión posparto previas, relaciones maritales dificultosas, redes de apoyo insuficientes y en particular, cuadros ansiosos, depresivos y de estrés durante el embarazo.^{4,7,13,14}

El estado civil, antecedentes familiares de problemas mentales, vulnerabilidad genética de la madre, tristeza posparto severa, características de personalidad y estilos cognitivos tendientes a la negatividad, la experiencia del parto y las complicaciones obstétricas, la depresión en las parejas y por último, características de salud y temperamento del recién nacido, presentan una asociación más débil.^{4,15,16}

Finalmente, se reporta una discreta asociación entre disfunciones tiroideas, cambios hormonales, alta hospitalaria precoz, parto prematuro, alimentación artificial del bebé, relación de pareja pobre, procesos de duelo en curso, edad, etnia, religión y paridad de la madre, habitar lugares apartados o rurales, dificultades para adaptarse a la maternidad, antecedentes de abuso sexual en la infancia, consumo de tabaco y enfermedad médica de la madre.^{4,13,14,16}

Una de las hipótesis biológicas asociadas al desarrollo de DPP, se relaciona con los niveles séricos de triptófano, los que se encuentran más bajos al final del embarazo e inicio del puerperio al compararlos con las mujeres no embarazadas.

El triptófano es precursor de serotonina, neurotransmisor involucrado en la etiopatogenia de estos trastornos. Entre el primer y segundo día posparto, en las mujeres se observa elevación del triptófano sérico como mecanismo natural de compensación, lo que no ocurriría en quienes desarrollan un cuadro depresivo puerperal. Además, de observarse en ellas un aumento de la respuesta inflamatoria del organismo, con elevación significativa de citoquinas proinflamatorias como IL-1, IL-6 y proteína C-reactiva y disminución de la concentración del factor inhibidor de estas.^{7,17,18}

Esta elevación provoca en las personas variaciones de patrones habituales de conducta, entre ellos, del sueño, apetito, niveles de energía, actividad sexual y social, todos comportamientos asociados a los cuadros depresivos.¹⁸

Los estresores físicos y psicosociales aumentan la respuesta inflamatoria, por lo que se ha postulado que este mecanismo podría estar en la base de todos los factores de riesgo tradicionalmente asociados a la ocurrencia de DPP y permitiría explicar interrogantes tales como por qué una mujer que tiene dificultades de pareja o trastornos del sueño durante el puerperio aumenta su riesgo de desarrollar el trastorno del ánimo.¹⁷

Además, el mecanismo es bidireccional, es decir, el aumento del proceso inflamatorio aumenta el riesgo de depresión y esta a su vez, aumenta el proceso inflamatorio estableciéndose así la relación entre ambos fenómenos.¹⁷

Asimismo, se han descrito una serie de factores protectores asociados a disminuir el riesgo de DPP. Entre ellos, los estilos cognitivos positivos, niveles elevados de autoestima materna, buenas relaciones de pareja y participación religiosa, que ayudarían a afrontar el estrés inicial de la maternidad.^{4,19} Como también la

percepción materna de apoyo en tareas hogareñas y de crianza ya que la disponibilidad y uso de efectivo de redes de apoyo social puede mitigar el desarrollo o la severidad del cuadro depresivo.^{4,20}

Igualmente se ha descrito como factor protector, especialmente en madres primerizas, la alimentación del bebé con lactancia materna.¹³ Esta induciría algunos beneficios psiconeuroinmunológicos reduciendo la actividad inflamatoria al atenuar la elevación de cortisol, ACTH, epinefrina y norepinefrina y disminuiría la reactividad materna al estrés propiciando comportamientos nutricios hacia el bebé. Por el contrario, el cese brusco o su corta duración, se ha asociado a una mayor probabilidad de ocurrencia de DPP.²¹⁻²³

Diagnóstico

El diagnóstico de DPP confiere algunas dificultades, entre ellas el escaso reconocimiento de los trastornos del ánimo durante el embarazo. Alrededor de la mitad de los cuadros depresivos diagnosticados durante el puerperio iniciaron o continuaron su curso durante el embarazo, pese a conocerse que el diagnóstico y tratamiento correcto previo al parto implica una menor probabilidad de cursar una depresión posnatal. Por otro lado, la sintomatología depresiva durante el puerperio puede confundirse con la adaptación normal a esta etapa de la vida.^{13,24} Durante las primeras semanas posparto, cerca del 80 % de las madres experimenta un cuadro denominado disforia/tristeza posparto, caracterizado por inestabilidad emocional, tristeza, insomnio, llanto, fatiga irritabilidad y ansiedad. Este cuadro cursa entre el tercer y décimo día posparto y ha sido asociado con los cambios hormonales de la etapa, por lo mismo, no requiere de tratamiento farmacológico, sino de la contención y apoyo de la familia.^{2,6}

Si los síntomas se extienden por más de dos semanas con descenso significativo del humor acompañado de síntomas vegetativos, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales, se configura el episodio depresivo.¹

Muchos estudios reportan una serie de métodos para su evaluación, sin embargo, existe consenso que el mejor instrumento de tamizaje es la Escala de Depresión de Edimburgo, diseñada especialmente para reconocer síntomas anímicos en mujeres púerperas. Sus ítems se agrupan básicamente en torno a dos factores: tristeza y ansiedad; tiene una consistencia interna adecuada, 100 % de sensibilidad y 80 % de especificidad. Ha sido validada en diversos países y culturas, con resultados que permiten justificar su uso como instrumento de tamizaje, logrando su mayor sensibilidad con un punto de corte entre 9 y 10 puntos.^{9,25} Es un instrumento de autorreporte, de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una y puntajes que varían de 0 a 3 puntos, según la severidad sintomática. De sus ítems, 5 se relacionan con disforia, 2 con ansiedad, 1 con sentimientos de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultades de concentración.

La Escala de Depresión de Edimburgo mide intensidad sintomática, por esta razón el método más confiable de evaluación del trastorno del ánimo durante el puerperio implica un proceso de dos etapas. Primero haciendo uso de esta escala para luego derivar a evaluación por especialistas a través de entrevistas estandarizadas de diagnóstico a aquellas mujeres que obtengan puntajes altos.⁴

El mejor momento para aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo es a las ocho semanas posparto ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal y además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal.⁹

Tratamiento

El tratamiento de la DPP requiere un abordaje que considere la multiplicidad de factores involucrados en su ocurrencia y mantención y las implicancias que tiene para madre e hijo(a). Frente al diagnóstico, es frecuente que los profesionales de la salud se planteen interrogantes relacionadas con el mejor abordaje del cuadro clínico: ¿cuál es el mejor tratamiento?, ¿las medidas no farmacológicas son tan efectivas como el uso de drogas antidepresivas?, ¿existe evidencia que apoye el uso de algunos fármacos durante el período de lactancia materna?, ¿cuáles son los fármacos más recomendados?, entre otras.

Diversos estudios han analizado comparativamente la efectividad de diferentes intervenciones terapéuticas para abordar la DPP y concluyen que la terapia farmacológica muestra mayor efectividad que intervenciones no farmacológicas para reducir la sintomatología depresiva en púerperas.²⁶ Sin embargo, el miedo a los efectos adversos en el bebé juega un rol importante en la decisión materna de aceptar y seguir el tratamiento. Si bien el uso de medicamentos antidepresivos es la mejor opción para revertir la condición clínica, hay antecedentes que demuestran que intervenciones psicosociales y psicológicas también son una alternativa sobre todo si se inician precozmente.⁵

Las drogas antidepresivas desarrollan su efecto terapéutico a través del bloqueo de la recaptura de neurotransmisores como serotonina, dopamina y norepinefrina entre otros. Existe suficiente evidencia que apoya el uso de algunos medicamentos antidepresivos para el tratamiento de la DPP que no involucran riesgo para los niños(as) que son alimentados con leche materna.²⁷⁻²⁹

Las drogas antidepresivas de elección son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Los antidepresivos tricíclicos se mantienen en una segunda línea de tratamiento, ya que se asocian más frecuentemente con sedación excesiva y efectos adversos anticolinérgicos.²⁷

Entre los ISRS, sertralina y paroxetina deberían considerarse como primera opción en el tratamiento de la DPP de mujeres que desean continuar amamantando. Su uso no reviste riesgos para el lactante ya que no han podido detectarse niveles sanguíneos significativos de dichas drogas. Otros ISRS como fluoxetina y citalopran, tienen una vida media mayor, por lo que algunos estudios reportan niveles séricos elevados en los hijos(as) de las madres usuarias, lo que pudiera asociarse a la presencia de efectos adversos en los niños, como cólicos, diarrea e irritabilidad.^{28,29}

Una vez establecido el diagnóstico, las indicaciones del tratamiento deben ser claras en relación con su inicio, dosis, efecto terapéutico y efectos adversos. Es importante informar a la madre de la existencia de un período de latencia en el inicio de la respuesta farmacológica, que oscila entre 2 y 4 semanas, durante el cual deberá continuar ingiriendo el fármaco pese a no observar remisión de los síntomas.

Sertralina y paroxetina, corresponden a ISRS que estimulan los receptores 5-HT₂. Esta estimulación puede explicar efectos adversos como ansiedad, insomnio, inhibición de la libido y disfunción sexual. Por otro lado, la estimulación de receptores 5-HT₃ pudiera causar náuseas, anorexia, disminución de peso, molestias abdominales y diarreas.³⁰

En el caso de las púerperas, se sugiere iniciar el tratamiento con la mitad de la dosis recomendada para disminuir la sensibilidad inicial al fármaco y la ocurrencia de efectos secundarios.³¹

En relación con el abordaje no farmacológico, las intervenciones psicosociales y psicológicas son una alternativa complementaria al tratamiento farmacológico del cuadro depresivo, que tienen la ventaja de no generar temor en las madres ya que no producen efectos directos sobre sus hijos(as). Diversos estudios han intentado demostrar la eficacia de distintas intervenciones, aceptándose que cualquier intervención psicosocial o psicológica, comparada con la atención posparto habitual se asocia a una reducción de la probabilidad de presentar sintomatología depresiva, medida de cualquier manera, al final en el primer año posparto. De estas intervenciones, con terapia de orientación cognitivo conductual se obtienen resultados tan buenos como los alcanzados con fármacos antidepresivos. Sin embargo, este tipo de tratamiento requiere tiempo y compromiso y tiene costos altos para los usuarios y los servicios de salud, lo que se traduce en que entre el 10 % y 40 % no logre llevarlo a término.⁵

DISCUSIÓN

El periodo posnatal es una etapa vulnerable para la madre y su hijo(a) ya que enfrentan una serie de cambios que requieren de una adecuada adaptación. Para alcanzar con éxito este proceso, debe considerarse la intervención temprana en las distintas fases del proceso de convertirse en madre, sobre todo si se tiene presente que gran parte de los cuadros son diagnosticados tardíamente lo que puede tener graves repercusiones en la salud materno-infantil.

Durante el control de embarazo, la valoración física y mental permitirá distinguir entre la sintomatología que hace suponer una enfermedad previa del ánimo, de la que se desencadena junto con el embarazo. Para profesionales con menor experticia en el área, se cuenta con instrumentos de tamizaje como el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12), que tiene la ventaja de ser un instrumento autoaplicado y de fácil interpretación, considerando como sospechoso de depresión cualquier puntaje igual o mayor de 5 puntos.¹

Ante la sospecha de depresión, la madre deberá ser derivada a control con un médico que precise el diagnóstico e inicie el tratamiento, el que luego deberá ser monitorizado de forma de observar los efectos del mismo.

Así mismo, durante el control prenatal se recomienda identificar aquellos factores de vulnerabilidad que se han asociado al desarrollo de depresión posparto. Investigar sobre antecedentes familiares y personales de depresión y de depresión posparto, sobre las características de las redes de apoyo con que cuenta la madre y sobre algún evento estresante por el que esté pasando podrán ayudar a distinguir distintos niveles de riesgo para el desarrollo de depresión posparto y planificar precozmente estrategias preventivas que fortalezcan las capacidades maternas y sus fuentes de apoyo.

Entre estas actividades preventivas se puede mencionar la educación prenatal sobre los cuidados de la madre y recién nacido. Estas actividades individuales o grupales, fortalecen en la madre su percepción de autoeficacia respecto de su capacidad para hacerse cargo de los cuidados de su hijo(a), como también resuelven temores y dudas sobre diferentes temas relacionados con esta etapa del ciclo vital y que puedan contribuir a aumentar su estrés.

Una vez producido el parto, es natural que la mayor atención la concentre el recién nacido, sin embargo, el puerperio es un período clave en la vida de la mujer que requiere de vigilancia. Como se mencionó, el proceso adaptativo que ella vive durante el puerperio muchas veces hace que aparezcan sensaciones y conductas atribuibles a alteraciones del ánimo. Su correcta valoración va a permitir distinguir sobre la condición materna y realizar las intervenciones pertinentes para abordarlas.

Durante la etapa posnatal, la madre requerirá apoyo para hacerse cargo del cuidado de su hijo(a). Intervenciones educativas que le permitan reconocer las características normales de los bebés ayudarán a disminuir el estrés de la situación. En esa misma línea, intervenciones que apoyen la instalación de la lactancia y le permitan resolver dudas y problemas en torno a ella, le ayudarán a sentirse competente en el cuidado del niño(a).

El primer control del recién nacido es un momento ideal para valorar en la madre la presencia de signos y síntomas de la esfera del ánimo y distinguir entre los atribuibles al periodo adaptativo de aquellos asociados a tristeza posparto, además puede ser una instancia para que la madre reciba educación sobre síntomas de alerta que sugieran el desarrollo de un trastorno del ánimo y le permitan consultar precozmente.

No obstante, durante el control de salud de los dos meses del lactante es necesario destinar tiempo a la valoración materna del estado mental. El uso de instrumentos como la Escala de Depresión de Edimburgo ayudará a los profesionales de la salud a sistematizar la pesquisa. Si los puntajes obtenidos sugieren el desarrollo de depresión posparto, se deberá corroborar el diagnóstico con la entrevista clínica en profundidad e iniciar el tratamiento. Se debe considerar que muchas veces las madres no consultan espontáneamente sobre su sintomatología por temor a defraudar a los demás, a ser consideradas "malas madres" o porque piensan que lo que les sucede es algo normal.

Cuando la enfermedad ha sido diagnosticada, la madre requiere acceso a información que la oriente respecto del tratamiento y su manejo. Los profesionales de la salud no pueden olvidar que muchas veces las dudas en torno a los efectos de los medicamentos sobre el bebé dificultan la mantención del mismo. Por esta razón, se debe estar disponible para resolver todas las inquietudes que pudieran surgir. El cumplimiento del tratamiento es un factor crítico en el éxito de la intervención terapéutica, por lo que es fundamental implementar estrategias que aseguren la adherencia.

Entre ellas, se consideran los programas de psicoeducación para la persona y su familia, el seguimiento y controles telefónicos y domiciliarios, acceder a material impreso sobre temas relacionados con la enfermedad y la incorporación de un familiar u otro significativo afectivo a los controles.¹

Una vez iniciado el tratamiento, el profesional debe estar en condiciones de evaluar respuesta terapéutica y efectos adversos que pudieran ocasionarse. La ausencia de respuesta o la presencia de efectos adversos severos serán criterios a considerar para reevaluar el esquema terapéutico. Además, deberá estar capacitada(o) para valorar y reforzar las habilidades maternas para el cuidado de su hijo(a) y la mantención de la lactancia. Actividades individuales y grupales con otras madres pueden ser alternativas viables de implementar en los centros de salud, así como la instalación de clínicas de lactancia y actividades de estimulación para los hijos(as). En todo momento se debe proveer de un ambiente tranquilo que estimule la confianza materna y promover la integración del padre u otro familiar significativo

que pueda constituirse en una fuente de apoyo emocional e instrumental efectivo para la madre.

La depresión posparto es una enfermedad médica que produce una seria discapacidad materna, pero con la intervención correcta puede resolverse adecuadamente sin secuelas en la madre, en su hijo(a) y en la relación entre ambos. Es por lo tanto, un imperativo moral para los profesionales de la salud asumir un rol activo en su prevención como también en la detección precoz y el diseño de estrategias de intervención temprana, eficientes y adecuadas, condición que contribuye a mejorar el capital social de las familias, mejora la calidad de vida de las madres, sus hijos(a) y sus familias; reduce las complicaciones a corto y largo plazo e influye en la disminución de los costos en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Guía clínica: Tratamiento de personas con depresión. Santiago: Ministerio de Salud, Chile; 2009.
2. Carro T, Sierra JM, Hernández M J, Ladrón E, Antolín E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto Medicina General y de Familia [internet]. 2000 [consultado 17 Sep 2011];24:452-6. Disponible en: <http://www.medicinageneral.org/mayo-2000/452-456.pdf>
3. Dennis C, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. Pediatrics [internet]. 2009 [consultado el 23 de septiembre de 2011];123(4):736-51. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/123/4/e736.full>
4. National Health and Medical Research Council. Postnatal depression. A systematic review of published scientific literature to 1999. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2000.
5. Dennis C, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión posparto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas [internet]. 2007 [consultado 2 Oct 2011](4). Disponible en: <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD006116>
6. National Health and Medical Research Council. Postnatal depression. Not just a Baby Blues. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2000.
7. Yim I, Glynn L, Dunkel-Schetter C, Hobel C, Chiciz-DeMet A, Sandman C. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. Arch Gen Psychiatry. 2009;66(2):162-9.
8. Rojas G, Fritsch R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el postparto. Rev méd Chile. 2006;134(6):713-20.
9. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. Rev méd Chile. 2008;136(7):851-8.

10. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behav Dev.* 2010;33(1):1-6.
11. Grote V, Vik T, von Kries R, Luque V, Socha J, Verduci E, et al. Maternal postnatal depression and child growth: A european cohort study. *BMC Pediatrics* [internet]. 2010 [consultado 4 Oct 2011];10(14). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-10-14.pdf>
12. Schwartz K, D'Arcy H, Gillespie B, Bobo J, Longeway ML, Foxman B. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *J Fam Pract.* 2002; 51(5):439-44.
13. Hamdan A, Tamim H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. *Arch Womens Ment Health.* 2011;14(2):125-33.
14. McCoy S, Beal M, Shipman S, Payton M, Watson G. Risk factors for postpartum depression: A retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *JAOA.* 2006;106(4):193-8.
15. Paulson J, Bazemore S. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA.* 2010;303(19):1961-9.
16. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res.* 2001;50(5):275-85.
17. Kendall-Tackett K. A new paradigm for depression in new mothers: The central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *International Breastfeeding Journal* [internet]. 2007 [consultado 28 Sep 2011];2(6). Disponible en: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/2/1/6>
18. Maes M, Ombelet W, Verkerk R, Bosmans E, Scharpé S. Effects of pregnancy and delivery on the availability of plasma tryptophan to the brain: Relationships to delivery-induced immune activation and early post-partum anxiety and depression. *Psychol Med.* 2001;31(5):847-58.
19. Mann J, McKeown R, Bacon J, Vesselinov R, Bush F. Do antenatal religious and spiritual factors impact the risk of postpartum depressive symptoms? *J Womens Health.* 2008;17(5):745-55.
20. Ege E, Timur S, Zincir H, Geçkil E, Sunar-Reeder B. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *J Obstet Gynaecol Res.* 2008;34(4):585-93.
21. Groër M, Davis M. Cytokines, infections, stress, and dysphoric moods in breastfeeders and formula feeders. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35(5):599-607.
22. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment [internet]. 2007 [consultado 28 Sep 2011];(153). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17764214>

23. Henderson J, Evans S, Straton J, Priest S, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*. 2003;30(3):175-80.
24. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev méd Chile*. 2010;138(5):536-42.
25. Maroto G, García M, Fernández A. Evaluación del estado del ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *IJCHP*. 2004;5(2):305-18.
26. Sharp D, Chew-Graham C, Tylee A, Lewis G, Howard L, Anderson I, et al. A pragmatic randomised controlled trial to compare antidepressants with a community-based psychosocial intervention for the treatment of women with postnatal depression: The RESPOND trial. *Health Technol Assess [internet]*. 2010 [consultado 8 Oct 2011];14(43). Disponible en: <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1443.pdf>
27. Burt V, Suri R, Altshuler L, Stowe Z, Hendrick V, Muntean E. The use of psychotropic medications during breast-feeding. *Am J Psychiatry*. 2001;158(7):1001-09.
28. Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: A proposal for a specific safety index. *Drug Saf*. 2007;30(2):107-21.
29. Lanza di Scalea T, Wisner K. Antidepressant Medication Use during Breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(3):483-97.
30. Retamal P. Psicofarmacoterapia antidepresiva. *Rev méd Chile*. 2001;129(7):813-8.
31. Wisner K, Hanusa B, Perel J, Peindl K, Piontek C, Sit, D, et al. Postpartum depression: A randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26(4):353-60.

Recibido: 15 de mayo de 2012.

Aprobado: 30 de mayo de 2012.

Angelina Dois. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago. Fono: 56-2-3545838. Fax: 56-2-3547025. Correo electrónico: adois@uc.cl; ankedois@gmail.com