

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca



El presente formulario debe ser diligenciado en su totalidad como constancia de entrega del documento para ingreso al Repositorio Digital (Dspace).

TITULO	Revisión Teórica y Empírica: Depresión Postparto		
SUBTITULO	Depresión Postparto		
AUTOR(ES) Apellidos, Nombres (Completo) del autor(es) del trabajo	Karen Daniela Pardo Melguizo, Angélica Ximena Osorio Espinosa y Natalia Velasco Ospina		
PALABRAS CLAVE (Mínimo 3 y máximo 6)	Depresión		Unidad de neonatos
	Depresión Postparto		Vínculo
	Factores de Riesgo		Apego
RESUMEN DEL CONTENIDO (Mínimo 80 máximo 120 palabras)	<p>Esta es una revisión teórica y empírica acerca de la depresión postparto. Tiene como objetivo conceptualizar, determinar y estudiar temas tales como: definiciones, estudios empíricos, factores de riesgo, síntomas, vínculo y apego, evaluación e intervención de la depresión en el periodo postparto.</p> <p>De la misma manera, se quiere tomar conciencia de la importancia de este trastorno en el campo de la salud y el rol de los psicólogos, médicos y equipo sanitario, para prevenir y ayudar en la evaluación e intervención. Adicionalmente, este trabajo va dirigido a profesionales en el campo de la salud tales como: médicos, médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeros, equipo sanitario y estudiantes interesados en identificar, investigar, prevenir e intervenir a mujeres con depresión postparto.</p>		

Autorizo (amos) a la Biblioteca Octavio Arizmendi Posada de la Universidad de La Sabana, para que con fines académicos, los usuarios puedan consultar el contenido de este documento en las plataformas virtuales de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Revisión Teórica y Empírica: Depresión Postparto

Daniela Pardo Melguizo ,Ximena Osorio Espinosa, y Natalia Velasco Ospina

Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana

Diciembre de 2012

REVISIÓN TEÓRICA Y EMPÍRICA: DEPRESIÓN POSTPARTO

El nacimiento de un bebé es un cambio que implica varias transformaciones y ajustes en la vida de la madre. Por ejemplo, la pérdida de independencia, la vida en pareja con hijos o cambios en el aspecto personal de la madre. Por consiguiente, diversas mujeres que experimentan fuertes transformaciones después de dar a luz a su bebé, pueden presentar trastornos del humor en el periodo postparto (Martínez, 2010).

El presente trabajo, es una revisión teórica y empírica sobre la depresión postparto. Tiene como objetivo determinar y estudiar temas tales como: definiciones, estudios empíricos, factores de riesgo, síntomas, vínculo y apego, evaluación e intervención de la depresión en el periodo postparto.

De la misma manera, se quiere tomar conciencia de la importancia de este trastorno en el campo de la salud y el rol de los psicólogos, médicos y equipo sanitario, para prevenir y ayudar en la evaluación e intervención de este trastorno.

No obstante, es importante resaltar que el tema nació de una investigación realizada por una de las integrantes de este trabajo, en el periodo de práctica en la Clínica Colombia. El estudio fue realizado sobre los síntomas depresivos y factores de riesgo en madres que tenían un hijo hospitalizado en la unidad de neonatos de la Clínica Colombia durante agosto a noviembre del año 2012. A partir de la investigación se puede concluir que los trastornos del afecto en población femenina durante el periodo de postparto, es un tema relevante hoy en día en el campo de la psicología clínica y de la salud.

La depresión postparto es un tema de interés y no se trabajó durante la carrera de psicología. Por tanto, esta revisión refleja un interés por profundizar en depresión y específicamente en la depresión postparto, como asunto indispensable de los psicólogos clínicos y de la salud.

Adicionalmente, este trabajo va dirigido a profesionales en el campo de la salud tales como: médicos, médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeros, equipo sanitario y estudiantes interesados en identificar, investigar, prevenir e intervenir a mujeres con depresión postparto.

Finalmente, se espera que este trabajo exponga lo que se ha investigado en depresión postparto, los factores de riesgo, síntomas, evaluación e intervención y el rol del psicólogo clínico y de la salud en uno de los trastornos del afecto más comunes en mujeres, como lo es la depresión posparto.

Marco teórico

Depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (2012 a), en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión, un trastorno mental que altera sus vidas. La depresión se caracteriza por una sensación persistente de tristeza que interfiere con las actividades laborales, escolares o domésticas del ser humano.

Beck es uno de los exponentes más relevantes en temas que abordan la depresión, él considera que la depresión se basa en la vulnerabilidad ante el estrés, en donde la persona modifica pensamientos, cogniciones, sensaciones y percepciones sobre sí mismo, el mundo y su futuro, creando estados de profunda tristeza (Beltrán, Feyre y Guzmán, 2011).

Desde hace unos años, la depresión se ha definido como la reunión de síntomas afectivos, cognitivos y somáticos, los cuales crean en la persona sensaciones de malestar e impotencia frente a la vida (Sudupe, Taboada y Dono, 2006).

En relación con lo anterior, Ramírez (2003) considera que la depresión afecta tanto el estado de ánimo como la mente de la persona quien la presenta, teniendo repercusiones no solo en la alimentación, descanso, sino también en la autoestima.

En este orden de ideas, cabe resaltar que para (CIE -10 1999), la clasificación internacional de enfermedades, el diagnóstico de depresión se evalúa según la alteración en grave, moderado y leve teniendo en cuenta la recurrencia en los cambios en el estado de ánimo.

Por otra parte, según el (DSM-IV1995 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el término depresión se encuentra inmerso en el grupo de los trastornos del estado de ánimo, en los cuales se evidencia como característica principal la alteración del humor. A lo cual, se divide por episodios, por trastornos del estado de ánimo, y por ultimo las especificaciones que describen el episodio afectivo reciente o el curso de los episodios recidivantes.

En este punto, resulta necesario preguntarse acerca de las cifras en Colombia, las cuales reflejan que al menos un episodio depresivo mayor se evidencia a lo largo de la vida en un 14.9% en las mujeres y el 8.6% para los hombres (Hoyos, Lemos y Torres, 2012)

La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007 reconoce en (Beltrán, et al., 2011) con una prevalencia de 4% -8% en población no clínica y el 27% al 40 % en población clínica, demuestra que la población adolescente es más vulnerable a padecer depresión.

Adicionalmente, la predominancia de este trastorno según el género evidencia que el porcentaje de casos en la mujer sobrepasa de 2 a 1 en número a los casos presentes en el hombre (Franchi, 2001).

Ampliando a lo anterior Urdaneta, Rivera, García, Guerra, Baabel, y Contreras (2010), han demostrado que al menos el 20% del género femenino y el 12% del género masculino son afectados por desórdenes depresivos, siendo la mujer más susceptible a sufrir depresión con un incremento de los síntomas depresivos por la edad.

Por tanto, la población femenina tiene mayor riesgo de presentar trastornos depresivos que la población masculina. Además, la frecuencia de estos trastornos se elevan importantemente en

el embarazo y en la etapa después del parto que en otras épocas del ciclo vital (Campo, Ayola, Peinado, Amor y Cogollo, 2007).

La (OMS) Organización Mundial de la Salud (2012 b), reporta que cada año hay 136 millones de partos y que 20 de estos tiene complicaciones tales como: fiebre, anemia, fístulas, incontinencia, esterilidad y depresión. Adicionalmente, se ha evidenciado que el periodo postparto es una etapa donde la mujer tiene mayor vulnerabilidad emocional y puede desencadenar desórdenes emocionales. La depresión ocurre en el 13% de la mujeres después de tener un bebé y esta complicación incluye síntomas tales como ganas de llorar, tristeza, irritabilidad, ansiedad y confusión (Aramburú, Arellano, Jáuregui, Pari, Salazar y Sierra, 2008).

Depresión postparto

Es pertinente abordar los factores de riesgo que se encuentran inmersos en la mujer que presenta depresión postparto, con el fin de evaluar las variables psicológicas asociadas a la maternidad y de cierto modo la influencia de estas para generar cambios significativos en la conducta de la mujer (Dois, Uribe, Villarroel, Contreras, 2012).

En este orden de ideas, según Sarton (2006 a), el primer documento médico acerca de los desórdenes psicológicos después del parto fue descrito por el físico francés Jean E Esquirol en 1838. Así mismo, en 1859 Marcé estableció la relación entre los síntomas físicos y psicológicos tales como confusión y delirio en madres después del parto.

Con el paso del tiempo se ha podido distinguir 5 desordenes del humor asociados al periodo postparto, entre ellos son: ataque de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, depresión mayor y psicosis (Sarton, 2006b).

De los anteriores desórdenes del humor, la depresión posparto es el trastorno que se interesa investigar en la presente revisión. Según Zauderer y Davis (2012a), en la depresión posparto se ha determinado como la complicación más común en mujeres en el periodo después del parto. Adicionalmente, determinaron que aproximadamente 1 de 20 mujeres experimentan depresión mayor y que se puede experimentar hasta los 12 meses después del parto.

Así mismo, la depresión posparto ha sido definida como “la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto” (Zaconeta, Domínguez, y França, 2004a).

Del mismo modo, la depresión posparto es la causante de sufrimiento tanto para la madre como para la familia (Ayala, 2007), de la misma manera este trastorno se caracteriza por las mamás que experimentan síntomas tales como irritabilidad, cambios de humor, fatiga, interrupción del sueño, miedo de estar sola, falta de concentración, tristeza, culpa, pérdida de interés y placer en actividades y cambios en el apetito (Zauderer & Davis, 2012b).

En la actualidad, la depresión posparto no está clasificada como una enfermedad separada, sino que se diagnostica como parte de los trastornos afectivos o del estado de ánimo, tanto en el DSM-IV (2004) como en el CIE-10 (1999) Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (Vargas y García, 2009a).

De hecho, dentro del DSM-IV (2004) manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2004), la depresión posparto es un episodio depresivo mayor que se inicia 4 semanas después del parto.

Así mismo, el DSM IV (2004) y Zaoneta et al (2004), coinciden que los síntomas de depresión postparto son: ánimo depresivo, disminución de la capacidad para el placer, pérdida de energía, ansiedad, irritabilidad, llanto, sentimientos de culpa, labilidad emocional, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, sentimiento de culpa, dificultades para concentrarse, pérdida del deseo sexual, sentimientos de incompetencia como madres y excesiva preocupación por el estado de salud del bebé.

De igual manera, Espíndola y Morales (2004) refieren que “La depresión después del parto se caracteriza por iniciar en las cuatro primeras semanas después del alumbramiento de un hijo. Su sintomatología no difiere en general de la sintomatología de los episodios afectivos que no cuentan con esta característica de inicio Sin embargo, puede ser más frecuente el curso fluctuante y la labilidad del estado de ánimo”.

Sin embargo, todos los síntomas depresivos nombrados anteriormente pueden estar relacionados con distintos factores en las madres. Por ejemplo, Costas, Fornieles, Botet y Boatella (2007), aseguran que el tener un hijo supone cambios en todas las dimensiones de la mujer, es decir, la mujer puede presentar cambios psicológicos, sociales, emocionales y por supuesto físicos, lo que puede posiblemente conllevar a que la madre presente duelos por pérdida de la independencia, de la imagen corporal anterior, de la vida en pareja sin hijos y de la vida laboral que llevaba.

Factores asociados a la depresión postparto

Según Paolini, Oiberman y Balzano (2012a), existen diversos factores demográficos, psicosociales y perinatales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el

postparto inmediato, entre los cuales se destacan: violencia familiar, migración, historia previa de depresión, entre otros.

Igualmente, se han realizado investigaciones en las cuales factores psicosociales están muy asociados con presentar síntomas depresivos. Así, a través del estudio de Escobar, Pacora, Custodio y Villar (2009), se encontró que los factores psicosociales y hormonales están relacionados con la presencia de depresión después del parto con una prevalencia entre el 10% y el 20%.

Otros estudios han encontrado que factores de riesgo tales como: edades extremas, actitud negativa hacia el embarazo, antecedentes de patología en el embarazo, parto por cesárea, enfermedad en el recién nacido, dificultad en la lactancia, ansiedad prenatal, depresión prenatal, antecedentes personales o familiares de depresión mayor, acontecimientos vitales estresantes, historia de disforia premenstrual, estrés psicosocial, inadecuado apoyo social, mala relación de pareja, bajo nivel socioeconómico y embarazo no deseado son factores de riesgo en las madres para desencadenar una depresión (Villegas, Sáez, Alarcón, Avilés, Braganza y Coleman, 2007).

Un estudio realizado por Rojas, Fritsch, Guajardo, Rojas, Barroilhet y Jadresic (2010), demostró que madres con un cuadro depresivo después del parto, presentan asociación a distintos factores. Por ejemplo, encontraron que la mayoría de las mujeres poseen sólo estudios básicos, carecen de un adecuado apoyo social, tienen embarazos no planificados, y no tienen una pareja estable. Además, encontraron que el cuadro depresivo se caracterizó por presentar ánimo bajo y la anhedonia.

Adicionalmente, Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Y Spong (2010) aseguran que la depresión postparto está asociada a factores tales como: embarazo adolescente, mujeres solteras, consumo de sustancias psicoactivas y bebés pre-términos.

Finalmente, Según Morse, Walsh y Jelley (2008), la depresión postparto ocurre en un 6 % de mujeres. Además afirman que la falta de red de apoyo, pérdidas anteriores de bebés y complicaciones en la lactancia son factores de riesgo de la depresión postparto. Sin embargo, aseguran que el riesgo más alto son antecedentes depresivos.

En resumen, existen diversos factores de riesgo para que una mujer presente depresión después del parto. Sin embargo, según los estudios referenciados anteriormente, los factores de riesgo más frecuentes son: mujeres con bajo apoyo social o falta de red de apoyo, embarazos no deseados y dificultades en la lactancia.

Factores hormonales

Algunas de las causas de los síntomas presentes en mujeres después del parto corresponden a cambios hormonales, puesto que hay decremento de los niveles de estrógenos y de progesterona, que días después regresan a los niveles mantenidos antes del embarazo. Es decir, las mujeres que presentan decrementos de niveles hormonales bruscos, tiene probabilidades de estar deprimidas en los primeros 10 días después del parto” (Vargas & García, 2009b).

“La progesterona actúa a nivel de los receptores específicos en neuronas de corteza, sistema límbico, hipotálamo e hipófisis; aumentan actividad de MAO y tienen una acción

sedante, hipnótica y anticonvulsivante. Los estrógenos son receptores específicos en neuronas de corteza, sistema límbico, hipotálamo e hipófisis, inducen plasticidad sináptica y dendrítica y regulan densidad de receptores, aumentan niveles de N-adrenalina y Acetilcolina, disminuyen actividad de MAO y aumentan los niveles de Beta-endorfinas.” (Barra, Barra y Solis, 2009^a, p. 4).

Además de los estrógenos y la progesterona, otras investigaciones refieren la actividad de la prolactina durante el puerperio pues estos niveles forman una curva inversa con las hormonas mencionadas anteriormente, de esto se puede concluir que las madres que no amamantan a sus hijos tienen una rápida disminución de la prolactina, lo que sugiere que puede presentar una depresión con mayor probabilidad con respecto a las madres que no lo hacen (Vargas & García, 2009c).

Factor unidad de neonatos

Además de todos los factores nombrados anteriormente, es de gran importancia resaltar que existe un factor que incide altamente en madres que presentan síntomas depresivos. Este factor es el de la estancia de la madre en una unidad de neonatos por tener su hijo hospitalizado allí. Por tanto, Martínez (2010a), pone en evidencia que la mayoría de las madres que tiene un hijo hospitalizado en una unidad de neonatos, tienen un mayor porcentaje de riesgo para presentar síntomas depresivos.

Las unidades de neonatos se definen como la Unidad Clínica Pediátrica que asiste a los pacientes neonatales y donde hay sala de partos y quirófano (Castillo y Jiménez, 2005). Cada unidad de neonatología debe tener una estructura física, equipamiento sanitario básico y personal capacitado para brindar un adecuado cuidado de la vida extrauterina del neonato.

Según Brundi, Gonzales, Enríquez y Larguía (2006), al estar en una unidad de neonatos el bebé y los padres están expuestos a diferentes estímulos tales como lumínicos, sonoros y técnicas diagnósticas que pueden repercutir en el desarrollo del bebé y en el estado emocional de los padres.

Del mismo modo, Fernández (2004), argumenta que el ambiente que se vive en la unidad neonatal es de estrés lo cual afecta a los padres y en las interacciones entre padre e hijo.

Adicionalmente, la sintomatología que presentan las mujeres envuelve aspectos del desarrollo del vínculo afectivo entre la madre y su hijo, lo cual evidencia un impacto social de gran magnitud, puesto que dicha sujeción incide de forma directa en la conducta de quienes lo viven (Thompson-Brenner, Kamryn, Satir, Boisseau, Westen, 2008).

Vínculo y apego

Según Amar, Pesellín, Andrade, y García (2009a), El apego se ha definido como un vínculo afectivo que perdura en el tiempo que se manifiesta en conductas donde se evidencia la proximidad entre el individuo y varias personas afectivas cerca de él y se suele llamar vínculos fuertes.

Así mismo, Bowlby (1985) es uno de los autores más relevantes en temas como el vínculo y el apego. Bowlby afirma que las múltiples y cotidianas interacciones entre el niño y las personas adultas próximas provocan más adelante una relación especial denominada apego, que tendrá amplias repercusiones en el desarrollo cognitivo, social y afectivo del niño (Amar, Pesellín, Andrade & García, 2009b).

Bowlby (1985) crea la teoría del apego donde reconoce que es una forma de conceptualizar que los seres humanos tienden a formar fuertes vínculos afectivos donde también las personas expresan emociones de angustia, depresión y enfado cuando viven una pérdida o separación.

Según González (2006a), tras el parto la madre ha de estar emocionalmente dispuesta a vincularse con el bebé lo que conlleva un enorme trabajo de adaptación. Además tiene que enfrentar la pérdida de la sensación de fusión con el feto, la sensación de extrañeza, adaptarse al bebé real que puede no coincidir con el deseado y soñado.

En relación con la depresión postparto, González (2006b) describe que este trastorno del humor en el periodo postparto tiene consecuencias en la madre, el niño y la familia. Por ejemplo: deterioro de las interacciones madre-bebé, la depresión incide negativamente en las habilidades cognitivas, el desarrollo del lenguaje expresivo y la atención del bebé, los hijos de mujeres deprimidas tienen de dos a cinco veces más probabilidad de presentar riesgos de negligencia y abuso infantil.

Adicionalmente, se ha detectado que el estado afectivo de la madre juega un papel importante en la conformación del vínculo, así “en el caso de la interacción madre-hijo, se ha visto que los hijos de madres deprimidas comienzan a mostrar retrasos en el desarrollo cuando tiene seis meses de edad” y que “La salud mental depende en gran medida de las relaciones con otros, y que de estas relaciones con otros son las relaciones tempranas las que sientan las bases de la salud mental del sujeto. La calidad de la interacción diádica temprana, en gran medida determinada por la sensibilidad de la madre a las señales de su hijo, la que proporciona el contexto dentro del cual se desarrolla apego seguro” (Martínez, 2010,p.47)

También cabe resaltar que “Un cuadro depresivo interfiere en el proceso de apego madre-hijo produciendo efectos negativos, tanto para la madre como para el desarrollo del niño si no es tratada a tiempo y, en general, se encuentra asociada a un severo sufrimiento emocional” (Paolini, Oiberman & Balzano, 2012b).

Estudios empíricos

Maruzzella y Molina (2003) desarrollaron un estudio en Chile acerca de los factores psicológicos asociados con la maternidad. El estudio es de tipo trasversal descriptivo comparativo donde buscaban evaluar variables como: apoyo social percibido, depresión, coeficiente intelectual, y autoestima. Los resultados arrojaron que existe una diferencia significativa en cuanto a la influencia de los factores evaluados entre el grupo experimental y el control, aun así se debe entender que los elementos apreciados no constituyen por sí mismo la felicidad plena y o el bienestar para la madre puesto que en el grupo de mujeres evaluadas no existen a nivel evolutivo garantías afectivas y componentes de satisfacer las necesidades básicas.

Maroto, García y Parra (2004) realizaron un artículo en España en donde a partir del análisis de la consistencia interna y la estructura factorial de la escala de depresión postnatal de Edimburgo y el inventario de depresión de Beck. Los resultados obtenidos dan a conocer que no es posible determinar si el estado depresivo en el postparto es por la situación a vivir o es un tipo de alargamiento de uno o varios estados depresivos presentados con anterioridad.

Latorre, Contreras, García y Arteaga (2006) redactaron un artículo acerca de un estudio realizado en Colombia, sobre la incidencia de depresión postparto durante las mujeres que pasan por la época de la adolescencia. Este estudio fue de cohorte, realizado en un periodo menor a un año, en donde a través de una entrevista semi-estructurada en relación con los criterios del DSM-

IV 2004 y realizada por un psiquiatra especialista en el tema. Consecuentemente se logró establecer que la depresión postparto es una problemática frecuente en la mayoría de la población de la ciudad de Bucaramanga sin discriminación alguna entre las mujeres que se encuentran en la etapa de la adolescencia y las mujeres en la etapa de adultez.

Vargas & García (2009d) efectuaron un estudio acerca de la depresión postparto: presencia y manejo psicológico en México, la muestra fue de 10 mujeres atendidas en el momento del parto a las cuales se les realizó la evaluación de la presencia de la depresión en pacientes postnatales, en donde el instrumento utilizado fue la escala de depresión postnatal de Edimburgo, ya que por medio de este buscaban realizar una comparación a nivel de la significancia entre las variables conductuales y estructurales. A lo que se concluyó que a pesar de que no fue una muestra representativa si se puede otorgar que si existe la depresión postparto y este tiene incidencia en cualquier contexto social, con lo cual se considera un problema clínico que merece atención.

Por otro lado, Urdaneta y Rivera (2011) desarrollaron un trabajo acerca de la población venezolana sobre los factores de riesgo de depresión posparto, la población fue valorada por medio de la escala de Edimburgo. El estudio se realizó de forma descriptiva, no experimental con una muestra de 100 participantes. Los resultados proyectaron la existencia de un riesgo elevado en la población evaluada, con lo cual infirieron que la escala utilizada es un instrumento de validez en cuanto a su alta su utilidad.

Bowen, Bowen, Butt, Rahman y Muhajarine (2012), realizaron un estudio para determinar el curso de la depresión y los efectos del tratamiento en el periodo postparto. Para la investigación se aplicó a 649 mujeres en el periodo después del parto la escala de Edimburgo que

evalúa el nivel y los síntomas de la depresión postparto. Como resultado se observó que el 14% de las mujeres tiene depresión en el embarazo temprano, el 10% en el embarazo tardío, es decir, en las últimas semanas de gestación y el 8% en el periodo postparto tienen depresión. Este estudio concluye que los síntomas depresivos van disminuyendo en el curso de la gestación.

En Canadá se llevó a cabo un estudio por Lee, Heaman y Vigod (2012) el objetivo fue describir la prevalencia de la depresión postparto a nivel nacional y regional en Canadá. En la investigación participaron 6421 mujeres, se les aplicó la escala de Edimburgo, entrevista y seguimiento telefónico durante 5 a 14 meses. Como resultado, el 8% de las mujeres reportaron síntomas depresivos pasadas 12 semanas después del parto. Concluyeron que los niveles de depresión son elevados en el primer año del postparto en mujeres en Canadá.

Carrascón, García, Ceña, Fornés y Fuentelsaz (2006), aplicaron a 263 mujeres la escala de Edimburgo y realizaron una entrevista, y encontraron que la mayoría de la muestra tenía estudios, con embarazos deseados y una buena red de apoyo. De igual manera, encontraron que la escala de Edimburgo no puede ser usada antes del nacimiento del bebé, es decir que la depresión postparto no es un trastorno que se puede predecir.

Evaluación

El instrumento más usado para medir DPP corresponde a la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), validada en múltiples países e idiomas. “Originalmente concebida para ser utilizada en el puerperio, en muchos países su uso se ha extendido al periodo prenatal y también a la evaluación de los padres” (Campo, et al .2007).

Según Navarro, García y Fernández (2007), La escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS) fue diseñada por Cox et al (1987) en Edimburgo, específicamente para detectar estados depresivos en el periodo posnatal. Es un instrumento utilizado tanto en la clínica como en investigación en el ámbito de la salud materno-infantil, Se ha probado su eficacia en la detección de estados depresivos en ámbitos hospitalarios y de atención primaria. La Escala de depresión Pos parto de Edimburgo, es un instrumento de fácil y rápida aplicación, contiene 10 preguntas y cada una tiene cuatro posibilidades de respuesta donde la madre tiene que elegir la que más se acerque a su estado de ánimo en los 7 últimos días.

Según Villegas et al. (2007) la escala de Edimburgo mide varios síntomas depresivos que se pueden presentar en el periodo posparto, tales como: la disforia, sentimiento de culpa, ideas suicidas y dificultades de concentración. Así mismo, después de obtener los resultados de la madre, se clasifica en tres grupos: Sin riesgo de depresión postparto: si el puntaje es menor que 10, Límite para riesgo de depresión: si el puntaje está entre 10 y 12, y probable depresión: si el puntaje es mayor o igual a 13.

Otros instrumentos de autoreporte que también se utilizan frecuentemente son el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Depresión del Centro Epidemiológico (CES-D) y la de Hamilton (Ham-D) (Wolff, Valenzuela, Esteffans, & Zapata, 2009)

Adicionalmente, se evidencia como importante el uso de una entrevista inicial, dónde se obtenga la mayor cantidad de información referente al estado de la madre, dicha entrevista semiestructurada con el objetivo de obtener información sociodemográfica, unidad de internación del bebé, circunstancias de la situación de embarazo. (Bolzán, Kunzi, Cellerino, Franzini, & Mendieta, 2011).

Intervención

Para el tratamiento de la depresión posparto Zaconeta, (2004) sugiere basarse en los mismos principios que en la población general, es decir, que la intervención tendría principalmente un enfoque biopsicosocial que cubriera lo diferentes ámbitos y factores del sujeto pues así se optimizaría la respuesta clínica. Según este autor la gravedad de los síntomas es el factor que determina la modalidad terapéutica a utilizar, pues se ha evidenciado que los mejores resultados se obtienen del manejo combinado de los factores biológicos, psicológicos y sociales.

Psicoeducación

Para una intervención exitosa es necesario, como primera medida, que la paciente pueda comprender la enfermedad y saber que con el tiempo esta condición mejorará, para las madres, saber que esto es un problema común les ayudará a no sentirse estigmatizadas. Los profesionales deben brindar la información adecuada acerca de los síntomas de la depresión posparto, para efectos de la normalización de estos signos, alentando a estas mujeres a hablar abiertamente del tema (Zauderer y Davis, 2012).

Según Barra, Barra y Solis, (2009 b) una intervención de la depresión postparto se debe realizar con el uso de farmacoterapia, apoyo psicoterapéutico tanto para la mujer como para su red de apoyo. De manera que, desde una mirada global, se incluyan aspectos de manejo ambiental, técnicas de relajación, interrupción de cafeína, nicotina y alcohol, aun así es necesario

prevenir desde el ámbito farmacológico reacciones relacionados con la lactancia y la relación con el bebe.

La depresión postparto generalmente es un trastorno que se resuelve entre 2 semanas y 3 meses (Nonacs y Cohen, 1998 a). Así que, como los síntomas desaparecen espontáneamente, la terapia usual se limita a brindar apoyo afectivo. Normalmente no se necesitan medicamentos. Según Vargas (2009a).

Farmacología

En cuanto a los antidepresivos, Arranz (2008a) considera que en estudios controlados se ha demostrado que el tratamiento antidepresivo tiene un efecto benéfico en las pacientes con depresión posnatal moderada, sobre todo la fluoxetina. De igual manera, Los Ansiolíticos, son útiles como tratamiento concomitante con antidepresivos, sobre todo cuando los problemas de sueño perturban el funcionamiento de la madre.

Adicionalmente, diversos estudios señalan que la terapia hormonal sirve para contrarrestar los efectos desestabilizadores de los esteroides gonadales en el estado de ánimo, puesto que pueden indicarse estrógenos transdérmicos con progesterona cíclica, que han demostrado ser más efectivos que el placebo en pacientes con depresión posnatal de moderada a grave (Arranz, 2008 b).

Aunque, como otras formas de depresión, la depresión post-parto ocurre a lo largo de un continuo. Las pacientes pueden expresar una depresión moderada, media o severa en su sintomatología. De manera que el tratamiento tiene que ajustarse a la severidad de la reacción y al grado de incapacidad que este represente (Vargas, 2009 b).

Psicoterapia

Entre los diversos enfoques psicoterapéuticos está la terapia cognitivo-conductual, que se considera un instrumento terapéutico de elección preferencial para el manejo de la depresión posparto, por su capacidad de lograr modificaciones importantes en un lapso breve, debido a que puede reintegrar a la madre a una situación de bienestar personal y de cuidado del menor (Arranz, 2008c).

Esta terapia es basada en el hecho que la paciente tiene una distorsión de la realidad, a causa de sus pensamientos negativos que la persona tiene de sí misma, del futuro y de todo lo que la rodea. En otras palabras esto es denominado la triada cognitiva: que en primer lugar se caracteriza por la visión negativa e irrealista de la realidad (visión negativa del mundo), por otro lado, la pérdida de la esperanza respecto al futuro (visión negativa del futuro) y finalmente la baja autoestima con pensamientos autodestructivos (visión negativa de sí mismos) (Arranz, 2008d).

Hay dos métodos psicoterapéuticos que han mostrado sus beneficios en estos casos, estos son la Terapia Interpersonal (TIP) y la Terapia Cognitivo-Conductual breve (TCC) (Nonacs & Cohen, 1998 b). La TIP es un tipo de terapia orientada interpersonalmente y de tiempo limitado, que puede ser útil en mujeres con depresión media. La TCC le enseña a las pacientes a reconocer sus pensamientos inapropiados y las conduce hacia a una forma más realista de ver las cosas.

Psicosocial

Se recomienda que el terapeuta fomente el refuerzo de redes de apoyo (*social support*), sobre todo, promover que la pareja y sus familiares cercanos se involucren y apoyen a la madre

en el cuidado del menor, de forma que la madre perciba esta ayuda como auxiliadora, sin intrusión en su intimidad (Arranz ,2008e).

Por otro lado, la terapia de grupo permite trabajar en la psicoeducación, fomentar el apoyo entre mujeres que se encuentran viviendo situaciones similares, así como explorar la red social y comunitaria, ya que en muchos casos se requiere la derivación a servicios de asistencia social y/o judiciales específicos' (Buist, 2008).

Discusión y conclusiones

La depresión es un problema que aqueja a una población importante de mujeres y al encontrarse ellas en un periodo de embarazo y postparto se aumentan significativamente las probabilidades de que se presenten algunas de estas problemáticas. Estas predisposiciones son una importante referencia para detectar e intervenir en el tema de depresión post parto.

A través de varios estudios se ha determinado que existen diversos factores asociados a presentar síntomas y cuadros de depresión postparto. Por ejemplo, Villegas et al. (2007), encontraron que edades extremas, actitud negativa hacia el embarazo, antecedentes de patología en el embarazo, parto por cesárea, enfermedad en el recién nacido, dificultad en la lactancia, ansiedad prenatal, depresión prenatal, antecedentes personales o familiares de depresión mayor, inadecuado apoyo social entre otros, son factores de riesgo que influyen para presentar un cuadro depresivo después del parto.

Brundi, Gonzales, Enríquez y Larguía (2006) afirman que un factor de riesgo relevante es la presencia de la madre y su hijo en la unidad de neonatos, dónde se exponen a diferentes

estímulos estresores tales como la exposición a técnicas diagnósticas de tipo invasivo, la observación de la misma problemática en otras familias, entre otras cosas.

Adicionalmente, para los psicólogos y miembros del equipo sanitario quienes están al servicio de las mujeres después del parto, es un deber tener especial atención en las madres que tienen un hijo hospitalizado en la unidad de neonatos. Puesto que se ha evidenciado que la mayoría de las madres que tiene un hijo hospitalizado en una unidad de neonatos, tienen un mayor porcentaje de riesgo para presentar síntomas depresivos (Martínez, 2010 c).

Así mismo, durante la revisión teórica se evidenció también que las investigaciones hacen especial relevancia a factores de riesgo y no a factores protectores para presentar un cuadro depresivo postparto. Es importante resaltar, que tanto los factores de riesgo como los factores protectores son importantes para poder prevenir futuros cuadros depresivos en mujeres que acaban de tener un hijo.

Sin embargo, hay que resaltar que aunque es evidente que existen factores de riesgo psicológicos, psicosociales, demográficos y perinatales para presentar un cuadro depresivo en el periodo postparto, no es igual para todas las mujeres y depende de cada individuo. Es decir, tanto los factores como los síntomas son distintos en cada mujer y varían dependiendo de la experiencia de cada cual, por tanto, es indispensable que el psicólogo sea muy cuidadoso en el momento de emitir un diagnóstico.

Se encontró que la principal falla del diagnóstico es precisamente que las mismas madres no identifican esta problemática como propia, es decir que se torna importante la implementación de la psicoeducación con el fin de prevenir y mejorar el pronóstico de la DPP, por otro lado, los profesionales deben estar atentos de los diferentes signos de alerta además de los anteriores

factores de riesgo asociados para que ellos junto con las madres conozcan y entiendan de la problemática obteniendo, de este modo, la ayuda pronta y pertinente por parte de los diferentes profesionales de la salud.

Así mismo, durante la revisión teórica se evidenció también que las investigaciones hacen especial relevancia a factores de riesgo y no a factores protectores para presentar un cuadro depresivo postparto. Es importante resaltar, que tanto los factores de riesgo como los factores protectores son importantes para poder prevenir futuros cuadros depresivos en mujeres que acaban de tener un hijo.

Por otro lado, en la revisión teórica se observó que los síntomas depresivos más comunes que presentan las mujeres después del parto son irritabilidad, cambios de humor, fatiga, interrupción del sueño, miedo de estar sola, falta de concentración, tristeza, culpa, pérdida de interés y placer en actividades y cambios en el apetito (Zauderer & Davis, 2012 c). Sin embargo, hay que resaltar que los síntomas y el grado de los mismos también difieren en cada mujer. Por tanto, no todas las mujeres desarrollan un trastorno depresivo postparto sino solo experimentan algunos síntomas mencionados.

Dicha sintomatología y los criterios deben ser suficientemente claros para entender y diagnosticar la depresión postparto. Los instrumentos especializados para la medición de síntomas como lo es la escala de Edimburgo, que junto con la entrevista son las principales herramientas de evaluación, adicionalmente las investigaciones concuerdan con que la intervención se haga desde una perspectiva biopsicosocial que resulta ser efectiva y rápida para efectos del bienestar de la madre y su hijo indagando y trabajando también con la relación de los dos.

En cuanto al vínculo y el apego, es un tema relevante al hablar de depresión postparto, ya que como afirma Gonzáles (2006c), trastornos del humor en el periodo postparto tiene consecuencias en la madre el niño y la familia. Tales como: deterioro de las interacciones madre-bebe, la depresión incide negativamente en las habilidades cognitivas, el desarrollo del lenguaje expresivo y la atención del bebé, los hijos de mujeres deprimidas tienen de dos a cinco veces más probabilidad de desarrollar conductas a largo plazo y existe mayor riesgo de negligencia y abuso infantil.

No obstante, en mujeres con cuadros depresivos postparto, es necesario evaluar e intervenir el vínculo y el apego de la madre al bebé; y el vínculo y apego del hermano menor al bebé en algunos casos. El anterior argumento tomado a partir de un estudio realizado en la Clínica Universitaria Colombia (2012) descrito anteriormente, donde se observó que el vínculo y el apego son temas relevantes que no se evalúan y no se tiene en cuenta. Así mismo, mamás con síntomas depresivos, declaran que tiene problemas con el vínculo de los hermanos menores del nuevo bebé. Por consiguiente, se sugiere al psicólogo clínico que tenga en cuenta el tema vínculo y apego descubierto por el autor Bowlby (1958).

Por otro lado, en la revisión teórica se investigó sobre los métodos de evaluación de la depresión postparto. Entonces, al considerar métodos de evaluación como la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Depresión del Centro Epidemiológico y la de Hamilton.

Adicionalmente, se observan limitantes en el proceso de evaluación que se le realiza a una persona que presenta sintomatología frecuente en la DPP, uno de estos limitantes puede ser considerar la participación de la mujer con síntomas depresivos dado a que por su estado puede

presentar problemas de concordancia en cuanto a las respuestas y poca información, otro limitante puede ser la pérdida de objetividad por lo cual se debe reevaluar la metodología, dado a que la mujer con sintomatología DPP es fundamental en el proceso de evaluación.

A pesar del número de investigaciones que se llevan a cabo acerca del tema, existen falencias en cuanto al diagnóstico y pronóstico, lo que demuestra que para futuras investigaciones es pertinente evaluar estrategias de mejoramiento en cuanto a la evaluación, intervención y el rol de cada integrante del trabajo interdisciplinar que se realiza con las mujeres que presenten sintomatología depresiva después de un parto, puesto que dado al aumento como afirma Cooper, Murray, Halligan (2010) es ahora denominada como un problema de salud pública, en consecuencia con las aflicciones causadas en las mujeres y de la misma forma a las familias demostrando la necesidad de formar a profesionales tales como médicos, psicólogos, terapeutas, enfermeros entre otros, en el manejo de la depresión postparto.

De otra forma, en el caso específico del rol del psicólogo debe haber un mayor involucramiento por parte de este, puesto que en la mayoría de los estudios de revisión, no se dan a conocer los aportes del personal calificado para evaluar la psiques de las pacientes con DPP.

En cuanto a la intervención, las investigaciones y publicaciones sugieren que después del diagnóstico y de determinar el nivel de depresión se suministren psicofármacos, se discute que esto depende de cada caso particular y que la dosis es similar a la de una persona con depresión leve. Lo anterior, a la luz de la psicología no sería la única vía de tratamiento sino un complemento junto con la psicoeducación, el fortalecimiento del vínculo y en general la intervención en los ámbitos que rodean a la madre son primordiales para garantizar su rápido bienestar, que no solo beneficiará a la madre sino a su hijo.

Se han evidenciado que existen algunos efectos colaterales con la implementación de medicación, eso significa que al utilizar un psicofármaco se afectan procesos fisiológicos de la madre y muy probablemente la función de la lactancia que es fundamental en los primeros meses del hijo Arbat y Danés (2003) en su estudio se cuestiona sobre lo anterior en cuanto a cuál es el tratamiento más recomendable en mujeres con depresión posparto, teniendo en cuenta los posibles riesgos sobre la lactancia materna.

Dicha investigación concluye que la selección de fármacos debe cumplir con un estricto seguimiento de la dosis tanto al inicio como al final del tratamiento pues se han evidenciado con los efectos deseados e indeseados de la lactancia y finalizar los autores sugieren que se debería valorar otras opciones terapéuticas como psicoterapia y apoyo domiciliario periódico, lo que no difiere de las conclusiones de diversas investigaciones que discuten la intervención en depresión posparto.

Otros estudios acerca de este tema discute y concluye el Ministerio de salud Chileno (2009), en sus Guías en Tratamientos en Personas Depresivas, que la decisión del uso o rechazo del tratamiento con psicofármacos debe ser individualizada y analizar cuidadosamente la relación costo-beneficio, de igual manera, recomiendan las opciones terapéuticas no farmacológicas que según este estudio son similares a la de las personas con episodios depresivos leves.

Finalmente se encuentra que los estudios en la depresión posparto son extensos y varían en metodologías y objetivos. Los psicólogos desde la propia perspectiva tenemos el reto de desempeñar un crucial papel en el tema, pues si bien, este es un fenómeno abordado por diferentes campos de la salud como lo son la medicina, la enfermería, etc. La psicología es

fundamental en el estudio prevención, evaluación e intervención en madres que sufren de depresión postparto, para así, garantizar junto con todos los profesionales un bienestar tanto físico como emocional y mental

Referencias

- Amar, J., Pesellín, M., Andrade, D., & García, T. (2009). Vínculo de apego que establecen padres con hijos nacidos de embarazos múltiples. *Salud Uninorte*, 25(2), 232-244.
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Cuarta edición. Texto revisado. Barcelona, España: Massone.
- Aramburú, P., Arellano, P., Jáuregui, S., Pari, L., Salazar, P., & Sierra, O. (2008). Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana. *Revista Peruana de epidemiología*, 12(3), 1-5.
- Arbat, A., & Danes, I. (2003). Depresión posparto. *Med Clin*, 121(17), 673-675.
- Arranz, C., Aguirre, W., Ruiz, J., Gaviño, S., Cervantes, J., Carsi, E., Ochoa, M. (2008). Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. *Revista ginecología y obstetricia*, 6(76), 341 - 349.
- Ayala, A. (2007). Depresión en el embarazo y postparto. *OFFARM*, 26(1).
- Barra, F., Barra, L., & Jaime, S. (2009). Depresión Posparto - Hacia un tratamiento integral. *Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa*, I, 77 - 88.
- Beltrán, M., Freyre, M., & Guzmán, L. (2011). El inventario de depresión de Beck: su validez en la población adolescente. *Terapia Psicológica. Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 30(1), 5-13.
- Bolzán, C., Kunzi, I., Cellerino, R., Franzini, C., & Mendieta, D. (2011). Maternidad adolescente y depresión posparto. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 59-111.
- Bowen, A., Bowen, R., Butt, P., Rahman, K., & Muhajarine, N. (2012). Patterns of depression and treatment in pregnant and postpartum women. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(3), 161-167.
- Bowlby, J. (1958). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Brundi, M., González, M., Enríquez, D., & Larguía, A. (2006). Contacto piel a piel madre/hijo prematuro. Conocimientos y dificultades para su implementación. *Revista materno infantil Ramón Sarda*, 25(4), 159-166.
- Buist, A. (2008). Treatment of perinatal depression. *Australian Prescriber*, 31(2), 36-39.
- Campo, A., Ayola, C., Peinado, H., Amor, M., & Cogollo, Z. (2007). Escala de Edinburgh para depresión posparto: Consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58(4).

- Carrascón, A., García, S., Ceña, B., Fornés, M., & Fuentelsaz, C. (2006). Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el postparto. *Matronas Profesión*, 4, 5-11.
- Castillo, S., & Jiménez, C. (2005). Estudio descriptivo de las unidades de neonatología de los hospitales de los Servicios de Salud Metropolitanos. Facultad de Medicina. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- CIE-10. (1999). Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Recuperado el 12 de octubre del 201. de: <http://feafes.org/publicaciones/TrastornosmentalescomportamientoCIE10.pdf>
- Cooper, P., Murray, L., & Halligan, S. (2011). Tratamiento y depresión posparto. En *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*. Montreal: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M.
- Costas, M., Fornieles, D., Botet, M., & Boatella, C. (2007). Evaluación psicométrica de la Escala de Brazelton en una muestra de recién nacidos españoles. *Psicothema*, 19(1), 140-149.
- Cunningham, G., Kenneth, L., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D., & Spong, C. (2010). Williams Obstetrics 23 Section II Obstetrical Complications. Neurological and Psychiatric disorders, Chapter 55.
- Dois, A., Uribe, C., Villaroel, L., & Contreras, A. (2012). Factores de riesgo de depresión posparto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Revista Médica Chilena*, 140, 719-725.
- Escobar, J., Pacora, P., Custodio, N., & Villar, N. (2009). Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género. *Rev. An Fac med*, 70(2), 115-118.
- Fanchi, S. (2001). La depresión en el hombre. *Interdisciplinaria*, 18, 135-154.
- Fernández, M. (2004). Intervención sensorio-motriz en recién nacidos prematuros. Unidad de Kinesiología, Hospital San José. *Revista Pediatría Electrónica*, 1(19), 1-8.
- González, A. (1985). Estados emocionales del postparto. *Medicina naturista*, 10, 483-487.
- Hoyos, E., Lemos, M., & Torres, Y. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121.
- Latorre, J., Contreras, L., García, S., & Arteaga, J. (2006). La Depresión post parto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. *Revista de Psicología*, 155-162.
- Lee Dennis, C., Heaman, M., & Vigod, S. (2012). Epidemiology of Postpartum Depressive Symptoms Among Canadian Women: Regional and National Results From a Cross-Sectional Survey. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(9), 537-546.

- Maroto, G., García, M., & Parra, A. (2005). Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 305-318.
- Martínez, M. (2010). Eficacia de una breve intervención temprana basada en la evaluación del desarrollo del neonato prematuro: efecto sobre el estrés, la depresión y las percepciones maternas. Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Psicología. Barcelona: Tesis Doctoral.
- Maruzzella, P., & Molina, M. (2003). Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. *Revista de Psicología*, 85-109.
- Ministerio de salud Chileno (2009). Serie Guías Clínicas MINSAL: Tratamiento de personas con depresión. Santiago de Chile: ISBN.
- Morse, D., Walsh, J., & Jelly M. (2008). *Behavioral Medicine: A guide for clinical practice*. Section II Working with specific populations. Chapter 13.
- Navarro, G., García, M., & Fernández, A. (2007). Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la escala de depresión postnatal de Edimburgo. *International journal of clinical and health psychology*, 5, 305-318.
- Nonacs, R., & Cohen, L. (1992). Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *Jornal Clinical Psychiatry*, 59(2), 34-40.
- OMS. (1999). Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. CIE-10, 1-238.
- Organización mundial de la salud (2012). La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. Recuperado el 25 de octubre del 2012, de http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/
- Paolini, C., Oiberman, A., & Balzano, S. (2012). Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivo en el posparto inmediato. *Rev. Bras. Saude Mater Infant.*, 12(1).
- Ramírez, V. (2003). Depresión: fisiopatología y tratamiento. Instituto de investigaciones farmacéuticas. Universidad de costa rica. Tomado de: <http://sibdi.ucr.ac.cr/CIMED/cimed7.pdf>
- Rojas, G., Fritsch, R., Guajardo, V., Rojas, F., Barroilhet, S., & Jadresis, E. (2010). Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Revista médica Chile*, 13(8), 536-542.
- Sarton, C. (2006). Postpartum Depression: Timing location of residence, and perceived stress. Doctor of Philosophy in Nursing in the Graduate School of Binghamton University State, University of New York.

- Sudupe, J., Taboada, O., & Castro, C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6(11), 1-6.
- Thompson-Brenner, H., Kamryn, E., Satir, D., Boisseau, C., & Westen, D. (2008). Personality subtypes in adolescents with eating disorders: validation of a classification approach. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 170-180.
- Urdaneta, J., & Rivera, A. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas Venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista de Psicología*, 102-112.
- Vargas, J., & García, M. (2009). Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico postpartum depression: ocurrence and handling. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 3(1), 11-18.
- Villegas, R., Sáenz, C., Alarcón, L., Avilés, A., Braganza, I., & Coelman, J. (2007). Variables posiblemente asociadas a la depresión posparto, según escala de Edimburgo. *Rev. Obstet Ginecol*, 67(3), 187-191.
- Wolff, C., Valenzuela, C., Esteffans, K., & Zapata, D. (2009). Depresión posparto en el embarazo adolescente: Análisis del problema y sus consecuencias. *Revista Chilena de obstetricia y Ginecología*, 74(3), 151-158.
- Zaconeta, A., Domingues, L., & França, s. (2004). Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del hospital universitario de Brasilia, Brasil. *Revista Chilena de obstetricia y ginecología*, 6(9), 31.
- Zauderer, C., & Davis, W. (2012). Treating Postpartum Depression and Anxiety Naturally. *Holistic nursing practice.*, 6(9), 203-209.