

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

---

# Tristeza en el puerperio

Macarena Espinoza R<sup>1</sup>, Olga-Valentina Reyes S<sup>1</sup>, Diego Villegas L<sup>1</sup>, Daniel Yumha E<sup>1</sup>.

### RESUMEN

*La depresión posparto es una patología con una alta prevalencia a nivel mundial, mostrando los estudios que afecta entre 8% y 30% de las puérperas. Sin embargo, no es sólo un problema de salud relevante por su alta prevalencia, sino que también por las consecuencias que puede tener: dificultades con la lactancia, apego de tipo inseguro entre la diada madre-bebé y retraso del desarrollo psicomotor, entre otros. Por esto, es importante que el equipo de salud que atenderá a la mujer embarazada y posteriormente a la madre conozca esta patología, estrategias de prevención y opciones terapéuticas. La siguiente revisión intenta resumir, en base a la literatura actual y a estudios chilenos, las recomendaciones actuales frente al manejo de esta patología, buscando favorecer el bienestar materno y de su recién nacido.*

**Palabras clave:** Depresión posparto, puerperio, salud mental, maternidad.

### ABSTRACT

*Postpartum depression is a disease with high worldwide prevalence, affecting between 8% to 30% of women in puerperium, according to the latest studies. However, it is not just a relevant problem because of its high prevalence, but also because of its possible consequences; breastfeeding difficulties, insecure attachment style in the mother-baby dyad and delayed psychomotor development, among others. Therefore, it is important that the health team, who will give care to pregnant women and future mothers, knows this disease, prevention strategies and treatment options. The following review attempts to summarize, based on current literature and Chilean studies, the latest recommendations on the management of this condition, sought to promote maternal and newborn well-being.*

**Key words:** Postpartum depression, puerperium, mental health, maternity.

---

<sup>1</sup> Interno. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Campus Oriente de Peñalolén. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Correspondencia: Macarena Paz Espinoza R. Cabo Segundo Julio Pavez Ortiz 5671, Peñalolén, Santiago, Chile. E-mail: maca.paz.er@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

La depresión perinatal incluye un amplio rango de trastornos del ánimo que pueden afectar a mujeres durante el embarazo y posterior al parto. Incluye los diagnósticos de depresión prenatal, disforia posparto, depresión posparto y psicosis posparto. Esta revisión está enfocada en la depresión posparto.

Ya hacia el segundo siglo después de Cristo, Sorano de Efeso describe y publica en su *Gynaeciorum libri IV* una serie de síntomas y consejos relacionados con las madres que durante la lactancia “no pueden soportar el llanto de sus hijos, pudiendo dejarlos caer de sus brazos” asemejando éstas a pacientes maníacas<sup>1</sup>.

Nuestro país cuenta, desde el año 2000, con un programa nacional para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión. Además, a partir de 2006, la ley chilena garantiza la atención oportuna por parte de los seguros de salud, público y privado, del episodio depresivo en personas mayores de 15 años. No obstante lo anterior, la literatura científica nacional muestra que la patología psíquica puerperal es habitualmente subtratada, con consecuencias negativas para las mujeres, la familia y el bebé. Así, a pesar de ser una patología de alta frecuencia en nuestro medio y con consecuencias potencialmente graves tanto para la paciente como para su hijo, existe un retraso del diagnóstico que puede atribuirse en parte al estigma social, a la sensación de culpa y vergüenza de la madre<sup>2</sup> y además por considerarse muchas veces que los síntomas propios de estos trastornos son parte de las vivencias normales durante el embarazo o el posparto<sup>3</sup>. La capacitación del equipo de salud se hace, entonces, imprescindible para mejorar la salud mental familiar y, en especial, la de la díada madre e hijo(a).

## EPIDEMIOLOGÍA

Diversos estudios a nivel mundial han reportado una prevalencia de depresión posparto entre 8% y 30%<sup>4-6</sup>. En Chile, el 40,5% de las mujeres presenta síntomas ansiosos o depresivos durante el posparto<sup>7</sup>, con una incidencia de depresión posterior al parto de 8,8% a 9,2% y una prevalencia de 10,2% a 20,5%<sup>8,9</sup>. A nivel nacional, la mayor prevalencia se encontraría en el Servicio de Salud de Valdivia, llegando hasta 36,7% de depresión posparto<sup>10</sup>. Un estudio evidencia que la prevalencia de depresión posparto es inversamente proporcional al nivel socioeconómico<sup>11</sup>.

Cabe destacar que en los primeros días del puerperio, en especial alrededor del tercer día, pueden presentarse síntomas como disforia (irritabilidad, tristeza, ansiedad y llanto fácil), insomnio y disminución de la concentración, de duración típicamente menor a 2 semanas, que

corresponde a disforia posparto o “baby blues”, el cual se presenta en 40% a 80% de las púerperas<sup>12,13</sup>.

## DEFINICIÓN

El DSM IV define depresión posparto como un episodio depresivo mayor que ocurre dentro del primer mes posterior al nacimiento del hijo(a)<sup>14</sup>, teniendo los mismos criterios diagnósticos que una depresión mayor no puerperal<sup>13</sup>. Sin embargo, la depresión puede aparecer durante el embarazo o presentarse posterior al primer mes de vida del niño<sup>7,15</sup>.

Los síntomas depresivos de mayor prevalencia son ánimo deprimido (93,2%), anhedonia (87,9%) y fatiga o falta de energía (87,0%). Otras manifestaciones relevantes son la ansiedad, crisis de pánico, las alteraciones del sueño, del apetito y de la libido, el sentimiento de estar sobrepasada y de ser incapaz de cuidar al bebé<sup>16</sup>. Algunas mujeres presentan una preocupación exagerada por la salud y alimentación de su hijo, y se ven a sí mismas como “malas madres” o madres poco amorosas<sup>17</sup>. Estos síntomas son habituales en el puerperio de una mujer eutímica, lo que hace relevante la evaluación de la intensidad y el malestar asociado. Aproximadamente el 31% de las mujeres tendría ideas de autodestrucción, suicidio o muerte en este contexto.

## FACTORES DE RIESGO

El factor de riesgo más importante es el antecedente de un episodio depresivo, el que puede ser pregestacional, anterior o posterior al parto<sup>18-20</sup>. Aproximadamente 50% de las mujeres con diagnóstico de depresión posparto habría presentado cuadros depresivos previos<sup>21</sup>.

Se describe que las mujeres separadas o divorciadas tienen una probabilidad cuatro veces mayor que las solteras de tener una depresión posparto más severa. De igual modo, las multíparas tienen una probabilidad dos veces mayor que las primigestas de padecer un episodio más severo.

En un estudio chileno del año 2012, que incluyó a mujeres atendidas en el sistema público del sector suroriente de Santiago con bajo riesgo obstétrico, se identificó la influencia de un bajo APGAR familiar (percepción de funcionalidad familiar) y el alto grado de hacinamiento como factores de riesgo significativos para presentar síntomas depresivos en este grupo<sup>22</sup>.

## PROBLEMAS ASOCIADOS

Un estudio chileno en díada madre e hijo concluyó que las mujeres con depresión posparto y sus hijos utilizan

con más frecuencia estrategias de apego de tipo ansioso (88%) que las madres que no han sufrido esta patología<sup>23</sup>. La necesidad de vincularse al hijo(a) constituye una urgencia biológica, ya que un vínculo de apego seguro asegura la sobrevivencia y cuidado del niño, además es una urgencia existencial en la medida que determina la salud, física y mental, a lo largo de la vida<sup>24</sup>.

Se ha visto que la depresión posparto aumenta la probabilidad de presentar problemas con la lactancia; demorando su inicio, disminuyendo su duración y dificultando la exclusividad<sup>25</sup>. Un estudio de Hay et al, evidenció que los hijos de madres con depresión después del parto, presentaron coeficientes intelectuales significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en este periodo<sup>26</sup>. Del mismo modo, se ha observado que lactantes expuestos a este tipo de interacción presentarían menor actividad general, afecto plano y cambios electroencefalográficos similares a los encontrados en adultos con depresión crónica<sup>27,28</sup>.

Un estudio chileno que analizó los datos de 360 conjuntos de madre e hijo(a) de la comuna de Valdivia observando que los hijos de las mujeres con depresión posparto (29% de la muestra) tendrían dos veces más probabilidades de presentar alteraciones del desarrollo psicomotor que aquellas sin depresión<sup>29</sup>.

### PREVENCIÓN

Se ha evidenciado que la identificación de madres “en riesgo” colabora con la prevención de depresión posparto<sup>30</sup>. Siendo el antecedente de episodio depresivo el principal factor de riesgo, parece razonable indagar este dato dentro de las entrevistas que se realizan durante el embarazo para así realizar medidas de prevención dirigidas al grupo de mayor riesgo. En una publicación reciente, Roy-Birne, describe que púerperas que han tenido episodios depresivos previos, tratados exitosamente con anti-depresivos, se podrían beneficiar de profilaxis usando los mismos fármacos, aunque la psicoterapia interpersonal, intervenciones psicosociales y la vigilancia activa serían alternativas razonables. En los casos de púerperas con antecedentes depresivos sin tratamiento farmacológico exitoso previo, se recomienda prevención con psicoterapia o intervención psicosocial, siendo la farmacoterapia y la vigilancia activa alternativas razonables<sup>13</sup>. En términos generales, las intervenciones psicosociales y psicológicas reducen de manera significativa el número de mujeres que contraen depresión posterior al parto<sup>30</sup>.

### DETECCIÓN PRECOZ

La escala de depresión posparto de Edimburgo es ampliamente utilizada a nivel mundial, en Chile fue valida-

da el año 1995 por Jadresic et al<sup>31</sup>. Este instrumento de *screening* se encarga de evaluar la severidad de síntomas depresivos según la frecuencia con que se reportan. Es una escala autoadministrada que cuenta con 10 enunciados y con 4 posibles respuestas para cada uno según la frecuencia con que se reporta el sentimiento descrito en él, cada respuesta da un puntaje de 0 a 3. Una puntuación mayor o igual a 10 indica una alta sospecha de depresión posparto. MINSAL recomienda la aplicación de la escala en el primer o segundo control prenatal y luego en el control después del parto a los 2 y 6 meses<sup>32</sup>. A los dos meses posparto se reporta la máxima incidencia de depresión y es un periodo en que los síntomas atribuibles a un proceso adaptativo normal disminuyen<sup>33</sup>.

### INTERVENCIONES

Una revisión chilena de 27 estudios a nivel mundial, realizada el año 2013, divide las intervenciones en tres grupos, según los objetivos de éstas: a) reducir la depresión materna, b) favorecer la calidad del vínculo madre e infante, c) reducir la depresión materna y favorecer un vínculo de calidad entre la madre.

El modelo cognitivo-conductual es el utilizado con mayor frecuencia en las intervenciones exitosas dirigidas a reducir la depresión materna, considerando principalmente modalidades grupales y visitas domiciliarias. Incluyen en sus contenidos la entrega de información sobre depresión perinatal, la promoción de pensamientos positivos, el desarrollo de actividades placenteras, así como la activación de redes de apoyo. Un equipo en particular incorpora el uso de masajes terapéuticos en el embarazo considerando distintas variaciones (masajes desarrollados por la pareja, por personas significativas y por un experto). Todas estas intervenciones reportan una mejoría en la sintomatología depresiva de las madres, agregándose en algunas de ellas la reducción del cortisol y una menor frecuencia de partos prematuros y bajo peso en el lactante<sup>34</sup>.

Entre otras alternativas que han evidenciado significación estadística en reducir síntomas en cuadros depresivos antenatales, podemos encontrar la acupuntura, la terapia lumínica (con 7.000 lux) y otras modalidades de entrevista estructurada<sup>35</sup>.

Los estudios observan que el tratamiento de la depresión materna no implica necesariamente mejoras en la relación entre la madre e hijo(a), sin embargo, intervenir en el vínculo madre e infante, sí se asocia a mejoras significativas en el ánimo.

En términos generales, las intervenciones en depresión materna revisadas que reportan resultados positivos, utilizan modelos cognitivos conductuales, centrados en el rol parental, la autoestima materna, el sentido de

competencia, la resolución de problemas y los cuidados del bebé<sup>36</sup>.

#### MEDIDAS FARMACOLÓGICAS Y RECOMENDACIONES

En la etapa antenatal, no existen estudios concluyentes que favorezcan la implementación de antidepresivos para evitar cuadros depresivos, más bien, como ya hemos mencionado, la intervenciones de carácter interpersonal, tanto en terapias grupales como individuales en entrevistas estructuradas o de consejería por personal capacitado, masoterapia, acupuntura o terapia lumínica, han demostrado en estudios aleatorizados que son alternativas efectivas en combatir esta clase de cuadros<sup>35</sup>.

Durante el periodo después del parto, numerosos estudios han abordado tanto grupos de riesgo general como de alto riesgo para episodios depresivos, con estrategias individuales de consejería y entrevista en forma presencial y en seguimiento telefónico, con resultados diversos<sup>37-41</sup>.

Si bien es sabido que la mayoría de las madres prefieren no utilizar fármacos durante el puerperio, especialmente en relación a la lactancia<sup>35</sup> cada vez más autores sostienen que cuadros depresivos no tratados, especialmente en casos severos, son causa de mayor cantidad de complicaciones para madre e hijo(a) que el mismo cuadro bajo control farmacológico<sup>42-44</sup>.

La experiencia de Hantsoo et al<sup>45</sup> indica que el uso de sertralina entre 50 mg y 200 mg redujo en forma significativa los síntomas depresivos versus placebo, con una alta tasa de remisión del cuadro (53% con sertralina, versus 21% con placebo). Del mismo modo, otro estudio randomizado encontró significativas diferencias al comparar antidepresivos (principalmente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) con visitas de ayuda individual, incluso al cabo de 4 semanas. Recién a la semana 18 de este estudio, ambas estrategias equipararon tasas de remisión, lo que indica que el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, muestra en forma rápida resultados en cuadros depresivos posparto<sup>46</sup>.

Además de la sertralina, también se ha demostrado seguridad y efectividad terapéutica con paroxetina y citalopram, si bien siempre es aconsejable ajustarse a la experiencia personal o familiar de respuesta otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina<sup>47</sup>.

Otra alternativa farmacológica que podría ser mejor recibida por las pacientes, es el caso de los ácidos grasos omega-3 los cuales han demostrado efectividad en el tratamiento de síntomas depresivos en la población general<sup>48</sup>, sin embargo la evidencia no ha logrado probar el mismo resultado en población obstétrica<sup>49</sup>.

También se ha intentado realizar terapia hormonal con estrógenos, con resultados positivos, sin embargo no

existen estudios concluyentes a la fecha con respecto a su seguridad y efectividad con significación estadística, además, aumentando el riesgo de hiperplasia endometrial<sup>50</sup>. Las formulaciones en gel serían seguras en cuanto a no aumentar riesgo tromboembólico.

Finalmente cabe destacar que la analgesia epidural, se asocia a reducción en el riesgo de depresión posparto (14% en población con anestesia versus 34,6% de depresión en población sin anestesia)<sup>51</sup>.

#### CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La depresión posparto es una patología de alta prevalencia en nuestro país, encontrándose cifras de hasta 36,7%. En Chile se ha implementado el tamizaje de esta condición mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo a los dos y seis meses después del parto, lo que ha mejorado el manejo esta patología.

Los factores de riesgo son bien conocidos, sin embargo, durante el control prenatal se suelen indagar aspectos biomédicos de la díada madre y feto; y de la gestación, dejando de lado la evaluación biopsicosocial y la valoración de los factores de riesgo para el desarrollo de depresión perinatal. De esta manera, se pierden oportunidades únicas para realizar intervenciones, tanto psicológicas como psicosociales, que disminuyen el riesgo de desarrollar depresión.

Por ello nos parece relevante la pesquisa de población en riesgo para realizar las intervenciones preventivas necesarias, y enfatizar en el diagnóstico oportuno. Para esto último, podría replantearse el momento en que se realiza la Escala de Edimburgo, pues se ha demostrado que el desarrollo de depresión posparto ocurre esencialmente en el primer mes posterior al nacimiento del bebé, por lo que realizar este tamizaje recién en el control de los 2 meses podría significar llegar, al menos, 1 mes tarde al diagnóstico, y exponer durante todo ese tiempo al díada madre e hijo(a) a las consecuencias negativas que ya hemos revisado.

No hay que olvidar que la gestación y el parto, implica una crisis normativa dentro del ciclo vital de la mujer y de la familia, que se inicia cuando la futura madre conoce su condición de embarazada. Desde ese momento, tanto la madre como el grupo familiar tienen la posibilidad de prepararse para los cambios que se avecinan una vez que nazca el recién nacido, y es por tanto también un periodo donde el equipo de salud puede intervenir para potenciar factores protectores y minimizar los de riesgo, para así enfrentar esta situación de múltiples cambios de la mejor forma posible.

Una vez que haya ocurrido el nacimiento, la mujer, su familia y el recién nacido atraviesan una transición de

situaciones únicas en lo biológico, psicológico y social que no se volverán a repetir en el curso del ciclo vital. El recién nacido emerge a la vida posnatal, la mujer pasa

de gestante a madre, el hombre de progenitor a padre y el hijo(a) imaginario se confronta con el hijo(a) real. La necesidad del recién nacido de vincularse a sus padres se

**Tabla 1. Escala de depresión de Edimburgo para embarazo y posparto <sup>31</sup>.**

**Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo.**

**Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días**

1. He sido capaz de reírme y ver el lado positivo de las cosas.	a) Tanto como siempre. b) No tanto ahora. c) Mucho menos ahora. d) No, nada.
2. He disfrutado mirar hacia delante.	a) Tanto como siempre. b) Menos que antes. c) Mucho menos que antes. d) Casi nada.
3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí innecesariamente.	a) No, nunca. b) No con mucha frecuencia. c) Sí, a veces. d) Sí, la mayor parte del tiempo.
4. He estado nerviosa o inquieta sin motivo.	a) No, nunca. b) Casi nunca. c) Sí, a veces. d) Sí, con mucha frecuencia.
5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo.	a) No, nunca. b) No, no mucho. c) Sí, a veces. d) Sí, bastante.
6. Las cosas me han estado abrumando.	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre. b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien. c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre. d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto.
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.	a) No, nunca. b) No con mucha frecuencia. c) Sí, a veces. d) Sí, la mayor parte del tiempo.
8. Me he sentido triste o desgraciada.	a) No, nunca. b) No con mucha frecuencia. c) Sí, a veces. d) Sí, la mayor parte del tiempo.
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.	a) No, nunca. b) Sólo ocasionalmente. c) Sí, bastante a menudo. d) Sí, la mayor parte del tiempo.
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.	a) Nunca. b) Casi nunca. c) A veces. d) Sí, bastante a menudo.

A las respuestas se les asigna un puntaje de 0, 1, 2 y 3 según la letra marcada:  
a) 0 punto      b) 1 punto      c) 2 puntos      d) 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

articula con la necesidad afectiva de los padres de conocer al hijo(a) real y de ser confirmados en su identidad generadora; por ende, si la madre cursa con un trastorno del ánimo que altere esta necesidad afectiva, nos podemos enfrentar a las consecuencias negativas, como lo son el desarrollo de apego de tipo ansioso, disminución de la lactancia materna, menor desarrollo psicomotor e intelectual del niño, etcétera.

Es por todo esto que el periodo de la gestación y parto, se ve como un momento de gran susceptibilidad,

en donde el apoyo que se entregue a la madre puede ser crucial. Es un periodo susceptible a factores negativos, por lo que hay que intervenir disminuyendo los factores de riesgo y siempre siendo cuidadosos con los mensajes entregados procurando que éstos nunca sean negativos, pero también es susceptible a los factores positivos, cobrando relevancia las intervenciones a nivel psicosocial que realice el equipo de salud, que deberá apoyar y guiar a la madre durante esta transición con el fin de lograr el desarrollo óptimo de la díada madre e hijo(a).

### BIBLIOGRAFÍA

1. LAIOS K, KARAMANOU M, TSOUICALAS G, ANDROUTSOS G. Soranus of Ephesus (98-138) on postpartum depression. *Acta Med Hist Adriat* 2014; 12(1): 153-6.
2. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN). Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2012. 47p.
3. HALBREICH U Y KARKUN S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders* 2006; 91(2-3): 97-111.
4. JADRESIC E. Depresión posparto. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1990; 28: 147-58.
5. PATEL V, DE SOUZA N, RODRIGUES M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Arch Dis Child* 2003; 88(1): 34-7.
6. COOPER PJ, TOMLINSON M, SWARTZ L, WOOLGAR M, MURRAY L, MOLTENO C. Postpartum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 554-8.
7. JADRESIC E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2010; 48(4): 269-78.
8. JADRESIC E, JARA C, MIRANDA M, ARRAU B, ARAYA R. Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1992; 30: 99-106.
9. ALVARADO R, ROJAS M, MONARDES J, NEVES E, OLEA E, PERUCCA E, ET AL. Cuadros depresivos en el posparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Rev Psiquiat* 1992; 3: 1168-76.
10. Servicio de Salud Valdivia. Estadísticas. Disponible en: [www.ssvvaldiviaxl-estadisticas/indicadores/partos](http://www.ssvvaldiviaxl-estadisticas/indicadores/partos). Consultado el 31 de octubre, 2014.
11. JADRESIC E, ARAYA R. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Med Chile* 1995; 123(6): 694-9.
12. KENDELL R, MCGUIRE R, CONNOR Y, COX J. Mood changes in the first three weeks after childbirth. *J Affect Disord* 1981; 3 (4): 317-26.
13. ROY-BYRNE, P. Postpartum blues and unipolar depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. In: UpToDate, Post, TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2014. Disponible en: <http://www.uptodate.com> (consultado el 31 de octubre de 2014).
14. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV [Internet]. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994. 866 p. Disponible en: <http://www.psych.org> (consultado el 31 de octubre de 2014).
15. GAVIN NI, GAYNES BN, LOHR KN, MELTZER-BRODY S, GARTLEHNER G, SWINSON T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005; 106(5 Pt 1): 1071-8.
16. MISRI, S, DUKE, M. Depression during pregnancy and post-partum. *J SOGC* 1995; 17: 657-63.
17. ROBINSON GE, STEWART DE. Postpartum disorders. In: Stotland NL, Stewart DE, editors. Psychological aspects of women's health care. *Washington (DC), American Psychiatric Press, Inc*, 2001. p.117-39.
18. WISNER KL, PARRY BL, PIONTEK CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002; 347(3): 194-9.
19. BECK CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001; 50(5): 275-85.
20. MILGROM J, GEMMILL AW, BILSZTA JL, HAYES B, BARNETT B, BROOKS J, ET AL. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord* 2008; 108(1-2): 147-57.
21. COOPER PJ, MURRAY L. Course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *The British Journal of Psychiatry* 1995; 166(2): 191-5.

22. DOIS A, URIBE C. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev Med Chile* 2012; 140(6): 719-25.
23. CASTILLO MONTES, D. (2008). Descripción de los patrones de apego de madres con depresión postparto y sus hijos lactantes de entre 12 y 15 meses. Disponible en: <http://tesis.uchile.cl/handle/2250/106070>. (Consultado el 31 de octubre 2014).
24. Capítulo 6 Apego, lactancia y desarrollo humano. En: LACTANCIA MATERNA CONTENIDO TÉCNICO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD. Juez G, Miño R, Ortega R, Mena P, Santander S y Gonzáles M (eds). Segunda edición. Chile. Ministerio de Salud. 2010; pp.42-54. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/>. (Consultado el 31 de octubre de 2014).
25. DENNIS CL, McQUEEN K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics* 2009; 123(4): e736-5.
26. HAY DF, PAWLBY S, SHARP D, ASTEN P, MILLS A, KUMAR R. Intellectual Problems Shown by 11-year-old Children Whose Mothers Had Postnatal Depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42(7): 871-89.
27. FIELD T. Infant of depressed mothers. *Infant Behaviour & Development* 1995; 18: 1-13.
28. WEINBERG K, TRONICK E. Emotional. Care of the At-Risk Infant: Emotional Characteristics of Infants Associated with Maternal Depression and Anxiety. *Pediatrics* 1998; 102: 1298-304.
29. PODESTÁ L, LEGÜE C. Alteración del desarrollo psicomotor en hijos de mujeres con depresión postparto de la ciudad de Valdivia, Chile. *Rev Méd Chile* 2013; 141(4): 464-70.
30. DENNIS CL, DOWSWELL T. Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 7: CD006795.
31. JADRESIC E, ARAYA R, JARA C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16(4): 187-91.
32. *Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento*. ROJAS I, DEMBOWSKI N, BORGHIERO F, GONZÁLEZ M. Chile. Ministerio de Salud. 2014. 30p. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/>. (Consultado el 31 de octubre de 2014).
33. CASTAÑÓN SC, PINTO LJ. 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.
34. FIELD T, DIEGO M, HERNÁNDEZ-REIF M, DEEDS O, FIGUEIREDO B. Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression. *Infant Behav Dev* 2009; 32(4): 454-60.
35. STUART-PARRIGON K, STUART S. Perinatal depression: an update and overview. *Curr Psychiatry Rep* 2014; 16(9): 468.
36. ROJAS G, OLHABERRY M. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Ter Psicol* 2013; 31(2): 249-61.
37. CUPPLES ME, STEWART MC, PERCY A, HEPPER P, MURPHY C, HALLIDAY HL. A RCT of peer-mentoring for first-time mothers in socially disadvantaged areas (the MOMENTS Study). *Arch Dis Child* 2011; 96(3): 252-8.
38. SURKAN PJ, GOTTLIEB BR, MCCORMICK MC, HUNT A, PETERSON KE. Impact of a health promotion intervention on maternal depressive symptoms at 15 months postpartum. *Matern Child Health J* 2012; 16(1): 139-48.
39. TANDON SD, PERRY DF, MENDELSON T, KEMP K, LEIS JA. Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79(5): 707-12.
40. GAO LL, CHAN SW, SUN K. Effects of an interpersonalpsychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women at 3-month follow up: randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2012; 49(3): 274-81.
41. HO SM, HEH SS, JEVITT CM, HUANG LH, FU YY, WANG LL. Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression: a randomized controlled evaluation study. *Patient Educ Couns* 2009; 77(1): 68-7.
42. DI SCALEA TL, WISNER KL. Pharmacotherapy of postpartum depression. *Expert Opin Pharmacotherapy* 2009; 10(16): 2593-607.
43. NG RC, HIRATA CK, YEUNG W. Pharmacologic treatment for postpartum depression: a systematic review. *Pharmacotherapy* 2010; 30(9): 928-41.
44. UDECHUKU A, NGUYEN T, HILL R, SZEGO K. Antidepressants in pregnancy: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44(11): 978-96.
45. HANTSOO L, WARD-O'BRIEN D, CZARKOWSKI KA, GUEORGUEVA R, PRICE LH, EPPERSON CN. A randomized, placebo-controlled, double-blind trial of sertraline for postpartum depression. *Psychopharmacology (Berl)* 2014; 231(5): 939-48.
46. SHARP DJ, 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* 2010; 14(43): iii-iv, ix-xi, 1-153.
47. GUILLE C, NEWMAN R, FRYML LD, LIFTON CK, EPPERSON CN. 2013. Management of postpartum depression. *J Midwifery Womens Health* 2013; 58(6): 643-53.
48. GROSSO G, PAJAK A, MARVENTANO S, CASTELLANO S, GALVANO F, BUCOLO C, ET AL. Role of omega-3 fatty acids in the treatment of depressive disorders: a comprehensive

- meta-analysis of randomized clinical trials. *PLoS One* 2014; 7; 9(5): e96905.
49. SALLIS H, STEER C, PATERNOSTER L, DAVEY SMITH G, EVANS J. Perinatal depression and omega-3 fatty acids: a Mendelian randomisation study. *J Affect Disord* 2014; 166: 124-3.
50. KIM DR, EPPERSON CN, WEISS AR, WISNER KL. Pharmacotherapy of postpartum depression: an update. *Expert Opin Pharmacother* 2014; 15(9): 1223-34.
51. DING T, WANG DX, QU Y, CHEN Q, ZHU SN. Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of postpartum depression: a prospective cohort study. *Anesth Analg* 2014; 119(2): 383-92.