

Depresión Posparto en la Atención Primaria

Dra. Viviana Guajardo T.

Médico, alumna
Magíster Epidemiología Clínica,
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

Dr. Jaime Solís G.

Médico psiquiatra,
Clínica psiquiátrica,
Hospital Clínico de la Universidad de
Chile.

Dra. Rosemarie Fritsch M.

Médico psiquiatra,
Clínica psiquiátrica,
Hospital Clínico de la Universidad de
Chile.

Dra. M^a Graciela Rojas C.

Médico director, Clínica Psiquiátrica,
Hospital Clínico de la Universidad de
Chile.

Correspondencia a:
Viviana Guajardo T.
E-mail: va_guajardo@med.uchile.cl

Fuente de Apoyo:
Proyecto Fondecyt N^o 1040434

POSTPARTUM DEPRESSION IN THE PRIMARY CARE

Postpartum depression (PPD) is the most frequent psychiatric disorder in the postpartum period. In spite of its high prevalence (10 to 20%), postpartum depression is often not diagnosed nor treated. The precise triggering events of PPD are unknown, but there have been several factors related to its appearance. If PPD is not treated, it can have negative effects on the mother-child relationship, the infant's development, and his/her environment. There are several alternatives to pharmacological treatment, with individual and group psychotherapy being the ones that have shown similar efficacy to antidepressives. In Chile, primary health care offers a great opportunity to reach a group of mothers and children at risk. It is therefore necessary to study possible adjustments of the depression health plan to the postpartum period and to integrate it with the mother and child health program. (**Key words:** postpartum depression, primary health care, risk factors, antidepressives, mother-child relationship, breastfeeding).

RESUMEN

La depresión posparto (DPP) es el trastorno psiquiátrico más común en el periodo posparto. A pesar de su elevada prevalencia (10 a 20%), la depresión posparto a menudo no es diagnosticada ni tratada. No se conocen con certeza los desencadenantes de la DPP pero se han descrito diversos factores relacionados con su presentación. Si la DPP no es tratada puede tener consecuencias negativas en la relación madre-hijo, el desarrollo del lactante, y en su entorno. Existen numerosas alternativas al tratamiento farmacológico, siendo la psicoterapia individual o en grupo la que ha demostrado una eficacia similar a los antidepressivos. En Chile, la atención primaria ofrece una gran oportunidad para alcanzar a un subgrupo vulnerable, de madres y sus hijos. Se hace necesario entonces estudiar posibles adaptaciones del programa de depresión al periodo posparto y su integración con el programa materno-infantil.

Palabras claves: depresión posparto, atención primaria, factores de riesgos, antidepressivos, relación madre-hijo, lactancia materna.

INTRODUCCIÓN

El parto es un evento vital muy importante en la vida de una mujer y el periodo posterior a éste se caracteriza por la presencia de síntomas como: cansancio físico, dolores, privación del sueño y cambios bioquímicos -hormonales, del balance electrolítico¹.

Las alteraciones del estado del ánimo ocurren de manera frecuente en las primeras semanas después del parto con repercusiones tanto para la madre, que ve disminuido su estado de salud, su capacidad para experimentar la satisfacción de la maternidad y su rendimiento laboral; como también por los posibles efectos negativos en el desarrollo del hijo, en las relaciones conyugales y familiares².

Posterior al parto, el ánimo depresivo puede formar parte de tres condiciones clínicas⁹:

- La disforia posparto o (*baby blues*) que ocurre en el 50 a 85% de las púerperas y que se caracteriza por ansiedad, irritabilidad, cambios de ánimo, llanto fácil, fatiga. Es autolimitada, no dura más de 10 días, no afecta las actividades de la vida diaria de la madre y habitualmente no requiere tratamiento.
- La psicosis posparto que se manifiesta con insomnio, agitación psicomotora, irritabilidad, confusión, pensamiento desorganizado, aversión por el bebé, alucinaciones que implican al niño, etc. Constituye una emergencia psiquiátrica, con una incidencia de 0,2%. Se presenta en general durante las 2 primeras semanas posparto. Durante el día puede existir variabilidad sintomática importante. Esta patología requiere un cuidado estricto ya que con frecuencia la paciente puede autolesionarse o dañar a su hijo, llegando al infanticidio. En muchos casos es una manifestación de un trastorno bipolar^{3,5}.
- La depresión posparto (DPP) se caracteriza por un estado de llanto más que de desánimo, sentimientos de culpa, síntomas obsesivos-compulsivos, rechazo o reticencia a asumir el cuidado del bebé, irritabilidad, pérdida de la libido y, en los casos graves ideación suicida³.

En esta comunicación, nos referiremos a la epidemiología, clínica y tratamiento de la depresión posparto.

DEPRESIÓN POSPARTO

Epidemiología y factores de riesgo

La DPP es el trastorno psiquiátrico más común en el periodo posparto.

Las tasas de prevalencia de la DPP, es tres veces más alta en los países emergentes que en los países desarrollados. El impacto de esta patología en la salud materna y del niño no se ha determinado con entera precisión.

Según estadísticas internacionales entre 10 a 20% de las mujeres desarrolla DPP durante los primeros seis meses después del parto. Se presenta con mayor frecuencia en poblaciones social y económicamente deficientes. Se han realizado investigaciones acerca de este tema en todo el mundo. En países desarrollados como Estados Unidos se han reportado prevalencias de 10 a 20%^{3,4}. En países pobres como India y Pakistán en estudios de cohortes se han detectado tasas de prevalencias de 30%².

Affonso y cols, en un estudio multicéntrico, reportó que la DPP es más frecuente en India (32%), Corea (57%) y Taiwán (61%), donde dentro de las asociaciones causales se incluyó episodios previos de depresión, factores hereditarios, eventos vitales y disfunciones en las relaciones interpersonales⁶.

En Chile, las cifras de incidencias son de 9,2% en estudios de Jadresic y cols y de 8,8% en estudios de Alvarado y cols^{7,8}. Estos mismos autores encontraron prevalencias a nivel nacional de 10,2 y 20,5% respectivamente. Además, sus hallazgos avalan la hipótesis de que los factores psicosociales jugarían un rol preponderante en el desencadenamiento de esta patología.

Factores de riesgo

El periodo del puerperio es el de mayor riesgo para que ocurra una depresión. En el inicio de la DPP parecen participar múltiples factores. No se conocen con certeza los desencadenantes de la DPP pero se han descrito diversos factores relacionados con su presentación:

Factores hormonales

Se cree que la rápida disminución de los niveles de hormonas sexuales que ocurre después del parto contribuiría al desarrollo de la depresión en mujeres susceptibles.

Bloch y cols realizaron un estudio doble ciego, donde utilizaron acetato de leuprolida e indujeron un estado de hipogonadismo en mujeres no embarazadas a las que se les administró dosis crecientes de hormonas esteroidales (estrógenos y progesterona) que luego se suspendió abruptamente, con lo que demostró que mujeres con antecedentes previos de depresión parecen mucho más sensibles a estos cambios hormonales para presentar depresión¹⁰.

Antecedentes psiquiátricos

Las mujeres con antecedentes de trastornos del ánimo son vulnerables a recaídas durante el periodo posparto. En mujeres con episodios previos de DPP tienen 50% de riesgo de episodios recurrentes después del embarazo. En cambio en mujeres con historia de depresión no puerperal, el riesgo de presentar una DPP es de 25 a 30%¹.

Se ha visto que los antecedentes familiares de trastornos del ánimo, también podrían ser un factor de riesgo.

La influencia de la herencia ha sido explorada en algunos estudios australianos en 838 hermanas gemelas monozigotas y dizigotas, informando que los factores genético explican 25 a 38% de la varianza en la DPP¹¹.

Además la depresión prenatal se ha estudiado como un factor de riesgo para desarrollar DPP independiente del trimestre del embarazo.

Factores psicosociales

Los eventos vitales y la red de soporte social, emocional y de instrumentos de soporte, por ejemplo ayuda en el hogar, son elementos de riesgos en la DPP.

ACTUALIZACIONES EN CLÍNICA

Los problemas conyugales no sólo influirían en la valoración de la DPP, sino que además en todos los aspectos de la relación¹²⁻¹⁴.

Factores sociodemográficos

La edad temprana o tardía de la madre, el estado civil, la situación económica y la situación laboral de ambos cónyuges son otras de las variables que se han relacionado a este problema¹⁵⁻¹⁷.

Morbilidad asociada

La morbilidad materna, que incluye existencia de problemas de fertilidad en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y parto.

La coexistencia de enfermedades crónicas de la madre, también han sido estudiada. Así como la presencia de patologías en el recién nacido, como patologías respiratorias, prematuridad, bajo peso etc^{17,18,20}.

Otros

Algunos eventos estresantes en el cuidado del recién nacido, especialmente si el temperamento del bebé es irritable se ha relacionado con la DPP. También en madres que han tenido problemas para iniciar la lactancia materna^{17,19}.

En Dinamarca, se estudió 5.252 mujeres donde se identificaron algunos factores de riesgos para DPP como la enfermedad psiquiátrica previa, alta paridad, estresores en el parto y aislamiento social²⁰.

En Bristol, Inglaterra un estudio longitudinal de embarazo y puerperio que siguió a 9208 mujeres desde la semana 8 posparto, se observó que la DPP estaba relacionada con un bajo nivel socioeconómico y una pobre red de apoyo social²¹.

En Chile, se han encontrado los siguientes factores de riesgo para desarrollar DPP: edades extremas de la madre,

embarazo no deseado, dificultades conyugales, problemas con los padres, nivel socioeconómico bajo, la paridad, la patología gineco-obstétrica, la cesárea, el uso de anestesia, las enfermedades del recién nacido, los problemas de lactancia entre otros^{9,22}.

Jadresic y cols, dan particular importancia a los eventos vitales, la relación con el cónyuge y la madre, los problemas propios del posparto (dificultades en la lactancia o dar a luz un recién nacido de muy poco peso), así como los antecedentes de depresiones previas^{19,22}.

En otro estudio del mismo grupo también se encontró que los concomitantes asociados a la depresión posparto son principalmente de índole psicosocial: embarazo no deseado, tener tres o más hijos previos, vivir sin pareja, tener problemas con la pareja y ser soltera⁹.

En un trabajo nacional ampliado con una muestra de 542 puérperas santiaguinas de distinto nivel socioeconómico, se demostró una relación inversa entre nivel socioeconómico y prevalencia de depresión posparto²³. Esta misma investigación reveló que las madres solteras o separadas tienen una probabilidad dos veces mayor de sufrir de depresión posparto que las que no lo son.

Clínica de la Depresión posparto

La DPP se presenta con mayor frecuencia entre los tres y seis meses posparto. El Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM cuarta edición) usa el término posparto, para referirse a los síntomas de los trastornos del ánimo que comienzan en la cuarta semana posparto.

En la definición de la DPP hay diferencias, según la clasificación que se considere, en tanto el DSM IV, describe a la DPP como un episodio de depresión mayor que se inicia después de la cuarta

semana del parto. En cambio la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE -10), la designa como un desorden físico y mental asociado al puerperio, que se inicia dentro de las primeras seis semanas, post nacimiento, y que no tienen criterios para otros desórdenes²⁴. Sin embargo, la detección de la DPP puede ser difícil por su similitud con los signos y síntomas del posparto normal. Pero el tiempo transcurrido entre inicio de los síntomas y el nacimiento pueden ayudar al médico a distinguir la DPP y los cambios de ánimos propios del nacimiento.

En Chile, Jadresic y cols determinaron que las mayores tasas de sintomatología depresiva se presentan entre las 10 a 15 semanas posparto⁷.

De los criterios diagnósticos se definen la presencia de tristeza o depresión y una pérdida de la capacidad de interesarse, y disfrutar de las cosas. Que puede estar acompañado, al igual que en la depresión mayor, de síntomas como: la disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad. Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves). Los trastornos del sueño y del apetito; una perspectiva sombría del futuro. Los pensamientos o actos suicidas o de autoagresiones.

Se han usado distintos métodos para evaluar la depresión posparto. El más usado es la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Esta escala ha sido desarrollada para ayudar a los profesionales de atención primaria en la detección de las madres que sufren depresión postnatal. Se desarrolló en centros de salud de Livingston y Edimburgo, pero se han realizado diversas validaciones en numerosos países. Consta de diez preguntas cortas, autoaplicadas, que hacen relación a cómo se han sentido las madres en la última semana. Cada una de las respuestas es valorada de 0 a 3; se obtiene una puntuación global de la

suma de todas ellas. Un total de 12 o más puntos indicarían la probabilidad de padecer el trastorno.

Ha sido validada en Chile por los doctores Alvarado y Jadresic quienes determinaron un punto de corte para los posibles casos de depresión de 9 a 10 puntos. Con un valor 9/10, la sensibilidad es 100%, la especificidad 80%, valor predictivo positivo 37 y negativo 100, teniendo una tasa de error de 18%²⁵.

Diagnóstico diferencial

Hay condiciones médicas, que pueden causar síntomas depresivos en el posparto, y que deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de la DPP. La anemia y los trastornos tiroideos ocurren frecuentemente en las puérperas, por lo que se debe realizar una anamnesis y examen físico detallados incluyendo además exámenes de laboratorios si fuese necesario, como el hemograma, VHS, nitrógeno ureico, glicemia y perfil tiroideo. La fatiga y astenia pueden ser debidas a la excesiva pérdida de sangre durante el parto, a la disminución del sueño y a la adaptación a las necesidades del recién nacido. La pérdida de iniciativa y los cambios de humor pueden deberse al hipotiroidismo, generalmente transitorio, que ocurre en el 4-7% de las pacientes entre el cuarto y sexto mes postparto²⁶.

CONSECUENCIAS DE LA DPP

Aunque los síntomas de la DPP pueden remitir espontáneamente, muchas mujeres permanecen depresivas después de un año posparto.

Si la DPP no es tratada puede tener consecuencias negativas en la madre, su pareja y en su entorno. Además, la depresión materna puede influenciar en el ajuste psicosocial y desarrollo del lactante.

Se ha demostrado que la cronicidad y gravedad de la enfermedad psiquiátrica materna se relaciona con trastornos afectivos, del temperamento y desarrollo cognitivo del niño. Otras consecuencias se relacionan con la pérdida de la comunicación, disfunciones de pareja y separaciones, que pueden finalmente afectar en el desarrollo del niño.

En un estudio de Cooper y cols, siguió a 147 mujeres puérperas de dos meses de un asentamiento periurbano en Khayelitsha, Sudáfrica demostrando que la depresión materna se asociaba a una relación emocional y práctica empobrecida entre la madre y su hijo²⁷.

Otro estudio realizado por Murray y cols²⁸ se analizó la relación madre e hijo, la conducta del niño y la conducta social de hijos de madres con DPP. Estas mujeres fueron diagnosticada a los dos meses y evaluadas hasta los 18 meses posparto, con seguimientos hasta los 5 años, donde se encontró que los cambios de ánimo ocurridos durante el puerperio podrían tener influencia en el desarrollo psicosocial del niño en la edad preescolar.

En Goa, India, se siguió una cohorte de bebés y se observó que a los seis meses los niños de madres con DPP, tenían 2,3 veces más riesgo estar bajo el percentil 5 de peso, después de ajustar por: peso, estado de salud del bebé, educación de la madre y el padre, y lactancia materna²⁹.

En otro estudio de caso y control de factores de desnutrición en lactantes de 6 a 12 meses en Tamil Nadu, se observó que el riesgo para DPP fue de 7,4 es decir los niños de madre con DPP, tienen 7,4 veces más probabilidades de tener un lactante desnutrido, esto después de ajustar por: inteligencia de la madre, peso de nacimiento, estado de las vacunas, estatus socioeconómico³⁰.

TRATAMIENTO: FARMACOTERAPIA, PSICOTERAPIA

El tratamiento de la DPP es similar al tratamiento de la depresión mayor. Tanto la psicoterapia, como la farmacoterapia e incluso la terapia electroconvulsiva han mostrado ser eficaces. Pero la combinación entre estas terapias no han mostrado ser mejor que por separado^{2,31}.

Psicoterapia

La psicoterapia puede ser usada en pacientes que presentan cuadros leves o moderados o que rehúsan a tomar antidepresivos.

Según un metaanálisis de Gjerdingen y cols, la terapia individual fue más eficaz en 4 ensayos clínicos controlados, donde la terapia fue aplicada por psicoterapeutas, o monitores entrenados de salud o ambos. El número de psicoterapia fue entre 6 y 12 sesiones. La terapia cognitivo conductual e interpersonal han demostrado ser eficaces en el manejo de la DPP³².

La terapia interpersonal puede ser útil ya que se centra en las relaciones interpersonales y los cambios de roles en las relaciones. En un estudio que reunió 120 mujeres con DPP y que recibieron 12 sesiones de psicoterapia interpersonal demostró ser más eficaz en el alivio de los síntomas depresivos y mejoría en el funcionamiento de psicosocial, en comparación con mujeres no tratadas³³.

En cuanto a terapias grupales, los resultados son contradictorios, algunas investigaciones ha demostrado beneficios cuando las sesiones de las terapias grupales fueron bien estructuradas³⁴⁻³⁶.

La consejería en pareja se utiliza cuando existen conflictos de parejas que son eventos estresantes y que pueden contribuir a la depresión materna.

ACTUALIZACIONES EN CLÍNICA**Tratamiento farmacológico**

Aunque la psicoterapia puede ser el tratamiento de primera línea, las pacientes con una depresión posparto moderada o grave requieren tratamiento con psicofármacos. Los antidepresivos tricíclicos han sido proscritos en este tipo de patologías por sus efectos indeseados. Actualmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, sertralina, fluvoxamina y paroxetina son los medicamentos de primera línea y de elección por su buena tolerancia y la ventaja de las tomas por parte de las pacientes³⁷⁻⁴⁰.

En una revisión sistemática de la base de datos de la Cochrane Collaboration³¹ se evaluó la eficacia de diferentes fármacos antidepresivos comparado con otras formas de tratamiento. Sólo uno de los ensayos clínicos mostró que fluoxetina fue mejor que placebo. Además, se mostró que una sesión inicial de consejería fue tan eficaz como terapia cognitivo conductual, se señala que no hay evidencias de comparaciones entre ambos tipos de terapia (farmacoterapia *versus* psicoterapia)

Antidepresivos y lactancia materna

El uso de antidepresivos durante la lactancia ha sido ampliamente estudiado. La FDA hasta ahora, no ha aprobado ninguno de los medicamentos utilizados durante el embarazo o la lactancia, sin embargo, guías clínicas de expertos, permiten el uso de estos fármacos durante la lactancia⁴¹⁻⁴³.

Hay una limitación importante en la medición de los metabolitos y sus productos de los antidepresivos que pasan a la leche materna, lo que hace aún más difícil medir el impacto que estos puedan provocar.

Las concentraciones de los medicamentos en la leche materna (ng/ML) representan un porcentaje bastante bajo de la

dosis materna, sin embargo, el significado de la exposición aún no es conocido⁴³. Los estudios no muestran aún efectos a largo plazo en estos niños, sólo existen algunas series de casos⁴⁴ que muestran seguimientos a tres años sin consecuencias el desarrollo de los niños.

Algunos reportes muestran que los antidepresivos y sus metabolitos son traspasados a los infantes a través de la leche materna y que los niveles detectados en el plasma de estos niños, algunos toleran esta exposición sin mayor dificultad. Sin embargo, hay niños que experimentan irritabilidad inexplicada y en los cuales es importante evaluar la acumulación de la droga⁴².

Se debe tener especial precaución en aquellos niños prematuros, con historia familiar o evidencia de metabolismo de drogas lentos y los bebés que estén tomando algún otro fármaco por ej en los casos de reflujo, asma etc⁴¹⁻⁴³.

Entre ISRS, la fluoxetina ha sido asociado a llanto, dificultad para dormir, vómitos, cólicos y diarreas. En cuanto a sertralina, existen varios estudios del tipo ensayo clínicos controlados donde no se detectan niveles mayores al 1% de la dosis materna y que además no hay diferencias de efectos adversos entre placebo y sertralina.

Los beneficios de la terapia antidepresiva para la madre y su hijo, debe sopesarse con el riesgo relativo. El análisis del costo beneficio debe ser analizado considerando la gravedad de la depresión, la red de apoyo de la madre, la edad del bebé y su salud y los potenciales efectos que podrían intervenir en la lactancia.

Otros tratamientos

Algunas evidencias del beneficio de los estrógenos y progestágenos es aún dudosa. Se han realizado estudios donde se ha asociado hormonoterapia a

otros tratamientos pero debido a que los estrógenos son cuestionados por otros efectos adversos su utilidad no es clara.

Tratamientos escalonados

En la literatura, existen evidencias de tratamientos de mujeres deprimidas en la atención primaria que utilizan un esquema escalonado en el cual, las mujeres con depresiones leves son tratadas con grupos psicoeducativos de orientación cognitivo conductual y a los casos moderados y severos se les agrega farmacoterapia⁴⁵. Estos tratamientos no han sido probados en depresión posparto.

Profilaxis

La prevención podría considerarse en mujeres con alto riesgo de presentara DPP, es decir en aquellas mujeres con DPP previa, antecedentes de depresión mayor con recurrencias graves, episodios de depresión durante el embarazo. Para este fin se han estudiado varios métodos que comienzan durante el embarazo. Estas mujeres deben participar junto a sus parejas, en consejerías, redes sociales, y educación antes del nacimiento. Los medicamentos usados en forma profiláctica son utilizados inmediatamente después del parto donde se ha encontrado tasas importantes de reducción de los síntomas⁴⁶.

CONCLUSIONES

La DPP, es una patología frecuente que puede afectar a una de cada cinco mujeres en el puerperio, y que ha sido ampliamente estudiada en el mundo.

A nivel internacional, hay evidencia sobre los tratamientos más efectivos y se han desarrollado varios programas para el manejo de la DPP. A nivel nacional, no existen evidencias al respecto.

En Chile, la atención primaria ofrece una gran oportunidad para alcanzar a

un subgrupo vulnerable, madres pobres y sus hijos. Actualmente el Ministerio de Salud tiene un programa bien establecido para supervisar la salud de madres puérperas y de sus bebés hasta que alcanzan los dos años de edad. El cuidado postnatal es entregado principalmente por las matronas y por auxiliares de enfermería entrenadas.

La atención primaria cuenta además con un programa nacional para la depresión. Por lo que se hace necesario entonces estudiar posibles adaptaciones al periodo posparto y su integración con el programa materno-infantil. Actualmente, se encuentra en fase de investigación un programa para el manejo de la DPP en la atención primaria utilizando un programa psicoeducacional grupal y farmacoterapia administrada por médicos generales.

REFERENCIAS

- 1.- GOLD L. Postpartum disorders in primary care: diagnosis and treatment. *Primary Care; Clinics in office Practice* 2002; 29: 27-41.
- 2.- 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: 34-7.
- 3.- WISNER K, PARRY B, PINTEK C. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002; 347: 194-7.
- 4.- CLAY E, SEEHUSEN D. A review of postpartum depression for the primary care physician. *Southern Medical Journal* 2004; 97: 157-61.
- 5.- NONACS R, COHEN L S. Postpartum mood disorders. *Primary Psychiatry* 1998; 5: 51-62.
- 6.- AFFONSO D D, DE A K, HOROWITZ J A, MAYBERRY L J. An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *J Psychosom Res* 2000; 49 (3): 207-16.
- 7.- JADRESIC E, ARAYA R. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 694-9.
- 8.- ALVARADO R, ROJAS M, MONARDE J, NEVES E, OLEA E, PERUCCA et al. Cuadros depresivos en el posparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Rev Psiquiat* 1992; 3: 1168-76.
- 9.- RISCO L, JADRESIC E, GALLEGUILLOS T et al. Depresión posparto: alta frecuencia en puérperas chilenas, detección precoz, seguimiento y factores de riesgo. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002; 2: 61-66.
- 10.- BLOCH M, SCHMIDT P J, DANACEAU M, MURPHY J, NIEMAN L, RUBINOW D R. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (6): 924-30.
- 11.- TRELOAR S A, MARTIN N G, BUCHOLZ K K, MADDEN P A, HEATH A C. Genetic influences on post-natal depressive symptoms: findings from an Australian twin sample. *Psychol Med* 1999; 29 (3): 645-54.
- 12.- OHARA M W. Social support, life events and depresión durin pregnancy and the puerperium. *Archives of General Pysichiatry* 1996; 43: 569-73.
- 13.- GOTLIB I H, WHIFFEN V E, WALLACE P M. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of abnormal Pscology* 1991; 100: 122-32.
- 14.- PAYKEL E S, EMMS E, FLETCHER J. Life events and social support in puerperal depresión. *Br Journal of Psychiatry* 1980; 136: 339-46.
- 15.- KUMAR R. Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1994; 29: 250-64.
- 16.- CHAUDRON L H., KLEIN M H, REMINGTON P, PALTA M, ALLEN C, ESSEX M J. Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2001; 22: 103-12.
- 17.- JOSEFSSON A, ANGELSSIOO L, BERG G, EKSTROM C M, GUNNERVIK C, NORDIN C, SYDSJO G. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics and Gynecology* 2002; 99: 223-8.
- 18.- JADRESIC E et al. La depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1993; 39 (1): 63-73.
- 19.- WARNER R, APPLEBY L, WHITTON A, FARAGHER B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 607-11.
- 20.- NIELSEN FORMAN D, VIDEBECH P, HEDEGAARD M, DALBY SALVIG J, SECHER N J. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG* 2000; 107 (10): 1210-7.
- 21.- BAKER D, TAYLOR H. The relationship between condition-specific morbidity, social support and material deprivation in pregnancy and early motherhood. *ALSPAC Survey Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Soc Sci Med* 1997; 45 (9): 1325-36.
- 22.- JADRESIC E. Uso de psicofármacos durante el embarazo y lactancia. *Psicofarmacología Clínica. Ediciones Mediterraneo Chile, 2003 Cap 22.*
- 23.- ARAYA R, ROJAS G, FRITSCH R, LEWIS G. Sex inequalities and common mental disorders: comparing Chile and Great Britain. *Social Science and Medicine* 2003. Submitted for publication.
- 24.- ELLIOT S. Report on the satra Bruk workshop on classification of postnatal mental disorders November 7-10, 1999, convened by Birgitta Wikberg Philip Hwang and John Cox, with the support of Allmanna Barnhuset represented by Marina Gronros. *Arch Womens Mental Health* 2000; 3: 27-33.
- 25.- 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.

ACTUALIZACIONES EN CLÍNICA

- 26.- CARRO GARCÍA T, SIERRA J M, HERNÁNDEZ M J, LADRÓN E et al. Trastornos del estado de ánimo en el posparto. *Medicina General* 2000; 0 (24): 452-6.
- 27.- COOPER P J, TOMLINSON M, SWARTZ L, WOOLGAR M, MURRAY L, MOLTEÑO C. Postpartum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 554-8.
- 28.- MURRAY L, SINCLAIR D, COOPER P, et al. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40 (8): 1259-71.
- 29.- ANOOP S, SARAVANAN B, JOSEPH A, CHERIAN A, JACOB K. Maternal depression and low maternal intelligence as risk factors for malnutrition in children: a community based case-control study from South India. *Arch Dis Child* (in press).
- 30.- RAHMAN A, LOVEL H, BUNN J, IQBAL Z, HARRINGTON R. Mothers' mental health and infant growth: a case-control study from Rawalpindi, Pakistan. *Child Care Health Dev* 2004; 30: 21-7.
- 31.- HOFFBRAND S, HOWARD L, CRAWLEY H. Antidepressant for postnatal depression (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- 32.- GJERDINGEN D. The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infant. *J Am Board Fam Pract* 2003; 16: 372-82.
- 33.- O'HARA M W, STUART S, GORMAN LL, WENZEL A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 1039-45.
- 34.- CHEN C H, TSENG Y F, CHOU F H, WANG S Y. Effects of support group intervention in postnatally distressed women: a controlled study in Taiwan. *J Psychosom Res* 2000; 49: 395-9.
- 35.- FLEMING A S, KLEIN E, CORTER C. The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33: 685-98.
- 36.- MEAGER I, MILGROM J. Group treatment for postpartum depression: a pilot study. *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30: 852-60.
- 37.- EPPERSON C. Postpartum major depression: Detection and treatment. *American Family Physician* 1999; 59: 2247-54.
- 38.- SEYFRIED L S, MARCUS S M. Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry* 2003; 15: 231-42.
- 39.- MILLER L. Postpartum depression. *JAMA* 2002; 287: 762-5.
- 40.- NEWPORT J, HOSTETTER B A, STOWE Z. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (suppl 7): 31-44.
- 41.- HENDRICK V, SMITH L, HWANG S, ALTSHULER L, HAYNES D. Weight gain in breastfed infants of mothers taking antidepressant medications. *J Clin Psychiatry* 64: 410-2.
- 42.- EPPERSON C, JATLOW P, CZAR-KOWSKI K, ANDERSON G. Maternal fluoxetine treatment in the postpartum period: Effects on platelet serotonin and plasma drug levels in breastfeeding mother-infant pairs. *Pediatrics* 2003; 112: e425-9.
- 43.- SIPGSET O, HAGG S. Excretion of psychotropic drugs into breast milk. *CNS Durg therapy* 1998; 9: 111-34.
- 44.- PIONTEK C M, WISNER K L, PEREL J M, PEINDL K S. Serum fluvoxamine levels in breastfed infants. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (2): 111-3.
- 45.- ARAYA R, ROJAS G, FRITSCH R et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 995-1000.
- 46.- WISNER K L, PEREL J M, PEINDL K S, HANUSA B H, PIONTEK C M, FINDLING R L. Prevention of postpartum depression: a pilot randomized clinical trial. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (7): 1290-2.