

Epidemiología de la depresión posnatal

Epidemiology of postnatal depression

Cosme Alvarado Esquivel

Profesor investigador, Facultad de Medicina y Nutrición, Universidad Juárez del Estado de Durango, Durango, México

Acceda a este artículo en siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsic.php/128759

Recepción: 20/12/2013 - Aprobación: 1/2/2014
Primera edición, www.siicsalud.com: 25/3/2014

Enviar correspondencia a: Cosme Alvarado Esquivel, Universidad Juárez del Estado de Durango, 34000, Durango, México

+ Versión larga, especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.

Abstract

The aim of this study was to review important results of recently published epidemiological studies into postnatal depression in a number of countries. Relevant information about prevalence, risk factors, diagnosis, prevention and treatment of postnatal depression is included. Postnatal depression directly affects the mother but it may also indirectly affect close relatives, and the development of the infant. The prevalence of postnatal depression in various countries varies between 6% and 43%. Risk factors for acquiring postnatal depression vary substantially between countries. This means that risk factors considered to be important in a population of women in one country may have no influence on women in other countries. A number of risk factors have been reported and are related with various cultural, social, financial, psychological, health and behavioral aspects. Diagnosis of postnatal depression is easy to make with validated screening tests and it may be confirmed with a psychiatric interview. Optimal preventive measures are those based on knowledge of risk factors prevalent in women in the region. For the treatment of women with postnatal depression the physician should first consider psychological intervention through individual or group psychotherapy and, ideally, with the partner of the woman involved. Although pharmacological treatment is effective it can be administered only to women who are not lactating.

Key words: depression, postnatal depression, pospartum, risk factors

Resumen

Este trabajo ha sido realizado con la finalidad de revisar resultados importantes de estudios epidemiológicos publicados recientemente acerca de la depresión posnatal en un número de pacientes. Está incluida la información relevante acerca de la prevalencia, factores de riesgo, diagnóstico, prevención y tratamiento de la depresión posnatal. La depresión posnatal afecta directamente a la madre, pero también puede afectar indirectamente a los familiares cercanos. La depresión posnatal puede comprometer el desarrollo infantil. La prevalencia de depresión posnatal en diversos países varía entre 6% y 43%. Los factores de riesgo para la adquisición de depresión posnatal varían sustancialmente entre los pacientes. Esto significa que los factores de riesgo considerados importantes en una población de mujeres en un país pueden no tener influencia en mujeres de otros países. Se ha comunicado un número de factores de riesgo, y éstos se relacionan con diversos aspectos culturales, sociales, financieros, psicológicos, de salud y conductuales. El diagnóstico de depresión posnatal puede hacerse fácilmente con pruebas de escrutinio validadas y puede confirmarse con una consulta psiquiátrica. Las medidas preventivas óptimas contra la depresión posnatal son las que están basadas en el conocimiento de los factores de riesgo prevalentes en mujeres de la región. Para el tratamiento de las mujeres con depresión posnatal, el médico debe considerar, en primer lugar, la intervención psicológica a través de una psicoterapia individual o de grupo e, idealmente, con el cónyuge de la mujer enferma. Aunque el tratamiento farmacológico es eficaz, sólo se puede administrar a mujeres que no estén en período de lactancia.

Palabras clave: depresión, depresión posnatal, posparto, factores de riesgo

Introducción

La depresión posnatal es la depresión que aparece en las madres poco tiempo después de la terminación del embarazo, ya sea por parto o cesárea. La depresión posnatal tiene una gran importancia epidemiológica. Un número considerable de mujeres en todo el mundo sufre de depresión posnatal.¹⁻⁴ Además, este problema de salud pública no solo afecta a la madre, sino que también puede afectar a su hijo, a su cónyuge y a otros familiares en conjunto. Incluso, puede alterarse la relación matrimonial. En la depresión posnatal, la madre tiene problemas con su autoconfianza, lo cual puede perjudicar la relación materno-infantil temprana e influir negativamente el desarrollo del niño.⁵ Las madres con síntomas depresivos significativos han presentado una reducida calidad de vida relacionada con la salud física y mental. Un estudio reveló que los síntomas depresivos maternos a los cuatro meses posparto predijeron una reducida calidad de vida infantil relacionada con la salud a los 8, 12 y 16 meses.⁶

En un estudio en los Países Bajos, se encontró que los niños de madres con depresión posnatal tenían menor

capacidad dinámica para modificar su nivel de control del ego, menor competencia social con sus pares y menor adaptación a la escuela que los niños de una muestra de la comunidad. Además, las niñas de madres con depresión posnatal tuvieron menor inteligencia verbal y menor número de exteriorizaciones de problemas que sus contrapartes de la comunidad.¹² Recientemente, un grupo de investigadores comunicó un riesgo significativamente incrementado de mortalidad en niños preescolares de madres con depresión posnatal, y el riesgo fue mayormente asociado a causas de muerte no naturales.⁸

En un estudio reciente en el Reino Unido se encontró que los hijos de madres con depresión posnatal fueron más susceptibles de sufrir depresión que los hijos de madres sin depresión posnatal. Esta evaluación se llevó a cabo en jóvenes de 16 años.⁹ En casos extremos de depresión posnatal, podría haber conducta suicida^{10,11} y filicidio materno.^{12,13} La depresión posnatal es una enfermedad que no ha recibido la atención que debería tener por parte del sector de la salud. Esta falta de atención a la enfermedad sucede en la mayoría de los países del mundo.

Prevalencia

La prevalencia de la depresión posnatal varía entre el 6% y el 43% en los diversos países. En la Tabla 1 se muestran algunas prevalencias informadas. La marcada diferencia en la prevalencia de depresión posnatal entre los países se debe probablemente a las diferencias de los factores de riesgo asociados a depresión posnatal entre las poblaciones. Es probable que la prevalencia de depresión posnatal se incremente en el futuro, ya que hay cada vez más razones o factores de riesgo asociados a la depresión que las mujeres deben enfrentar debido a la problemática económica, social y cultural en el mundo actual.

Tabla 1. Prevalencias de depresión posnatal en diversos países obtenidas con la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo.

País	Ciudad/Región	Prevalencia (%)	Referencia
Australia	Sydney	6.2	14
Brasil	Campinas	10.8	4
Canadá	Ontario	8.5	15
Chile	Arica	45	3
Emiratos Árabes Unidos	Sharjah	10	16
Estados Unidos de América	Boston	13	2
Hungría	16 condados	10.8	17
India	Nueva Delhi	6	18
Irak	Erbil	28.4	19
Israel	Negev	43	20
Italia	Florenia	13.2	21
México	Durango	32.6	1
Uganda	Zona rural	43	22

Factores biológicos

Los factores biológicos asociados con la depresión posnatal incluyen el metabolismo alterado de metionina-homocisteína,²³ bajos niveles séricos del factor neurotrófico derivado del cerebro,²⁴ bajas concentraciones plasmáticas de oxitocina en el embarazo,²⁵ bajo índice de ácidos grasos omega-3 en el embarazo tardío,²⁶ alteraciones en los esteroides ováricos, el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales,²⁷⁻²⁹ el sistema neurotransmisor serotoninérgico,³⁰ el sistema tiroideo,²⁸⁻²⁹ y el sistema inmunitario.^{27, 31} Hay pruebas científicas de que la inflamación y los procesos neurodegenerativos desempeñan un papel importante en la depresión.^{28,29,32} Se ha observado que los niveles urinarios elevados de interleuquina-1 beta en el puerperio temprano pueden incrementar el riesgo de depresión posnatal.²⁷ Los niveles plasmáticos y en líquido cefalorraquídeo de algunas citoquinas como el factor de necrosis tumoral alfa y la interleuquina 6 han sido asociados positivamente con depresión posnatal.³¹ Además, los niveles séricos de leptina en el parto se han asociado negativamente con la depresión posnatal durante los primeros seis meses después del parto.³³

Factores de riesgo

Se ha informado un gran número de factores de riesgo para la adquisición de depresión posnatal. Es necesario tener en mente que los factores de riesgo pueden variar entre países, regiones o grupos de población. Los factores culturales y la diversidad de problemas en los lugares de residencia de las madres tienen influencia en los factores de riesgo. En un estudio en México, la prevalencia de

depresión posnatal fue significativamente más alta entre las mujeres con bajo nivel de educación, con más de tres años de vivir con su pareja y en mujeres rurales sin seguro médico.¹ Además, en el análisis multivariado se observó que la depresión posnatal se asoció significativamente con depresión previa, antecedente de depresión posnatal, haber sufrido depresión, ansiedad y estrés durante el embarazo, estrés después del embarazo, trauma, mala relación con su pareja, abandono por parte de su pareja, embarazo no deseado, problemas familiares y vivir sin pareja.¹ En otro estudio, en México, se encontró que tener una hija (en lugar de un hijo varón) incrementó grandemente la posibilidad de depresión posnatal.²³ En un estudio en España, el porcentaje de madres en riesgo de depresión posnatal fue significativamente más alto entre las mujeres con nacimiento prematuro.²⁴ En un estudio en Italia, se encontró que los principales factores de riesgo para depresión posnatal fueron los trastornos psiquiátricos durante el embarazo y las técnicas de reproducción artificial.²¹

En Brasil, se han encontrado los siguientes factores asociados con depresión posnatal: violencia física, violencia psicológica, uso de alcohol durante el embarazo y no ser de raza blanca.⁴ Recientemente, en un metanálisis, se observó que la violencia es un factor de riesgo para depresión posnatal.²⁵ La violencia psicológica durante el embarazo por la pareja íntima está fuertemente asociada con depresión posnatal, independientemente de la existencia de violencia física o sexual.²⁶ En Canadá, se han encontrado los siguientes factores vinculados con depresión posnatal: edad materna joven, readmisión hospitalaria materna, no inicio de lactancia materna, incontinencia urinaria, multiparidad, bajo *status* social subjetivo y poco apoyo social.²⁷ La operación cesárea está asociada con riesgo incrementado de depresión posnatal en las mujeres chinas. La tasa de depresión posnatal fue del 21.7% en mujeres con cesárea y del 10.9% en mujeres que tuvieron parto vaginal.²⁸

Otro estudio en China comunicó que el riesgo de adquirir depresión posnatal fue más bajo entre las madres con parto vaginal normal o parto vaginal instrumental que en las que se sometieron a cesárea de urgencia.²⁹ La insatisfacción marital, la insatisfacción en la relación con la suegra, sintomatología depresiva prenatal y personalidad propensa a ansiedad se han asociado con depresión prenatal en mujeres chinas.³⁰ Un estudio en Suecia informó que las mujeres que tuvieron su parto en los últimos tres meses del año tuvieron un riesgo significativamente más alto de depresión posnatal que las mujeres que tuvieron su parto en los meses de abril a junio.³¹ Asimismo, en un estudio en China, se reportó que el riesgo de depresión posnatal fue mayor en las mujeres con partos en el invierno que en las que tuvieron sus partos en otras estaciones.²⁹

Otros factores relacionados con depresión posnatal incluyen problemas de salud previos y antecedentes de eventos estresantes en la vida.³² Además, las mujeres con depresión posnatal tienen carencia de algunos aspectos de apoyo social por el tiempo del nacimiento de sus hijos.³² La ausencia de apoyo familiar posnatal, especialmente del apoyo del marido, es un factor de riesgo importante de depresión posnatal.^{33,34} El estrés durante el embarazo y el diagnóstico previo de depresión también han sido asociados con el desarrollo de síntomas de depresión posnatal en las mujeres canadienses.¹⁵ Igualmente, el uso de tabaco se ha asociado con depresión

posnatal.³ Una dimensión de personalidad vinculada con depresión posnatal mayor es el alto perfeccionismo y, particularmente, la alta preocupación por los errores.³⁵ Respecto de la preeclampsia, la gravedad de la preeclampsia por sí misma no contribuye, aparentemente, a la aparición de depresión posnatal, sino que, más bien las consecuencias de la gravedad de la enfermedad (admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales y la muerte infantil perinatal) son las que causan síntomas de depresión posnatal.³⁶

Diagnóstico

En la depresión posnatal, los síntomas depresivos en la madre generalmente pasan desapercibidos por el médico tratante o éste sólo detecta los casos muy manifiestos con sintomatología grave. Además, la madre con depresión posnatal con frecuencia no manifiesta claramente su enfermedad y no busca ayuda médica. Como resultado, la depresión posnatal no es diagnosticada, no se notifica y no se da la atención adecuada. Sin embargo, la depresión posnatal puede ser fácilmente detectada mediante pruebas de escrutinio. Estas pruebas son rápidas y tienen muy buena sensibilidad y especificidad. Existen varias pruebas de escrutinio, pero la más frecuentemente usada es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo.^{1,37} Es importante aplicar escalas de depresión validadas.³⁸ Para confirmar la depresión posnatal, se usa la entrevista clínica estructurada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV),^{1,2,21,30} o algún otro método, como el Mini Inventario Neuropsiquiátrico Internacional¹⁶ y el Inventario de Depresión de Beck.¹⁷

Prevención

La prevención es la medida ideal para combatir la depresión posnatal. Es importante dar educación a los médicos y a las mujeres para que exista una atención preventiva óptima. Una evaluación de rutina para detectar depresión posnatal y apoyo a las madres con depresión posnatal podría reducir los riesgos, en los hijos, de la aparición de depresión clínica en la niñez y la adolescencia.⁹ Una breve intervención grupal antes del parto, enfocada a la educación psicológica, al manejo de estrés, para mejorar los mecanismos para hacer frente a las adversidades, y el apoyo social puede ser eficaz para reducir la sintomatología depresiva posnatal.³⁹ El tratamiento psicológico de la depresión durante el embarazo ha sido de utilidad para prevenir la depresión posnatal.⁴⁰ Es importante dar apoyo familiar posnatal, especialmente por parte del marido, para prevenir la depresión posnatal.^{28,34} Es necesario implementar programas preventivos apropiados para promover la autoconfianza materna.

Estos programas podrían ser de utilidad para prevenir trastronos en el desarrollo infantil que puedan resultar de sentimientos reducidos de autoconfianza materna.⁵ Es también recomendable identificar factores asociados con la depresión posnatal mediante estudios epidemiológicos en países o regiones específicas. Se podrán tomar medi-

das preventivas específicas en algunos grupos de madres. La depresión posnatal inducida por violencia puede ser prevenida a través de la identificación temprana.²⁵ Los gineco-obstetras deben tener conocimiento del alto riesgo de depresión posnatal después de la preeclampsia grave, particularmente en las mujeres cuyos hijos han sido admitidos en la unidad de cuidados intensivos neonatales o han fallecido.³⁶

Una evaluación de perfeccionismo puede considerarse para mejorar la detección de mujeres en riesgo de depresión posnatal, en quienes la intervención temprana puede ser de beneficio.³⁵ Un apoyo más cercano y el seguimiento después del parto debería dárseles a las mujeres que tienen su parto en los últimos tres meses del año, ya que en ellas se ha comunicado un riesgo significativamente más alto de depresión posnatal que en las mujeres que tienen su parto entre abril y junio.³¹ Una intervención educativa para resolver problemas ha disminuido la frecuencia de depresión en madres de nivel socioeconómico bajo con niños prematuros.³¹ El ejercicio durante el embarazo no parece prevenir la depresión posnatal.⁴¹ El médico debe tener presente que algunas mujeres que sufren depresión posnatal pueden llegar a cometer filicidio, por lo que además de las acciones preventivas descritas anteriormente el profesional debe recomendar no dejar a la mujer deprimida a solas con su hijo.⁵³ Además, es recomendable la organización de servicios de salud mental especializados para madres con trastornos mentales posnatales, la evaluación psiquiátrica del riesgo de infanticidio, y el desarrollo de medidas de apoyo social, especialmente para aquellas madres con problemas financieros o sociales.⁵⁴

Tratamiento

Hay mucho debate sobre la mejor manera de tratar la depresión posnatal.⁴² Aún falta mucho por hacer para identificar tratamientos farmacológicos seguros, eficaces y convenientes para la depresión posnatal. Los antidepresivos serotoninérgicos y los suplementos hormonales han demostrado ser eficaces para tratar la depresión posnatal.⁴³ El tratamiento psicológico para la depresión posnatal es eficaz.⁴⁴ La psicoterapia interpersonal es el mejor tratamiento validado para depresión posnatal y debe ser considerada como el tratamiento de primera línea, especialmente para mujeres deprimidas que están en período de lactancia. Las parejas de las madres deprimidas pueden ser incluidas en la psicoterapia. Igualmente, la psicoterapia de grupo es eficaz para la depresión posnatal.^{45,46} La psicoterapia sola sin medicamentos puede ser de beneficio en muchos casos. Agregar sertralina al tratamiento con psicoterapia no modifica significativamente la respuesta al tratamiento.⁴⁷ Otras intervenciones, como acupuntura, ejercicio, terapia de luz brillante, masajes, suplemento con ácidos grasos omega 3, han sido estudiadas en el tratamiento para la depresión posparto.⁴⁸ Sin embargo, estas intervenciones han sido escasamente evaluadas y aún no se puede concluir sobre su eficacia en el tratamiento de la depresión posnatal.

Autoevaluación del artículo

El conocimiento sobre la prevalencia de la depresión posnatal permite entender la magnitud de la enfermedad como problema de salud pública en diversos países en todo el mundo.

De acuerdo con informes recientes, ¿cuál es la prevalencia de depresión posnatal?

A: Entre el 1% y el 3%; B: Entre el 3% y el 10%; C: Entre el 6% y el 43%; D: Entre el 40% y el 65%; E: Entre el 60% y el 78%.

Verifique se respuesta en www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/128759

Bibliografía

- Alvarado Esquivel C, Sifuentes Alvarez A, Estrada Martínez S, y col. Prevalence of postnatal depression in women attending public hospitals in Durango, Mexico. *Gac Med Mex* 146(1):1-9, 2010.
- Horowitz JA, Murphy CA, Gregory KE, Wojcik J. A community-based screening initiative to identify mothers at risk for postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 40(1):52-61, 2011.
- Quelopana AM, Champion JD, Reyes-Rubilar T. Factors associated with postpartum depression in Chilean women. *Health Care Women Int* 32(10):939-49, 2011.
- Melo EF Jr, Cecatti JG, Pacagnella RC, Leite DF, Vulcani DE, Makuch MY. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *J Affect Disord* 136(3):1204-8, 2012.
- Reck C, Noe D, Gerstenlauer J, Stehle E. Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behav Dev* 35(2):264-72, 2012.
- Darcy JM, Grzywacz JG, Stephens RL, Leng I, Clinch CR, Arcury TA. Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life. *J Am Board Fam Med* 24(3):249-57, 2011.
- Kersten-Alvarez LE, Hosman CM, Riksen-Walraven JM, Van Doosum KT, Smeekens S, Hoefnagels C. Early school outcomes for children of postpartum depressed mothers: comparison with a community sample. *Child Psychiatry Hum Dev* 43(2):201-18, 2012.
- Chen YH, Tsai SY, Lin HC. Increased mortality risk among offspring of mothers with postnatal depression: a nationwide population-based study in Taiwan. *Psychol Med* 41(11):2287-96, 2011.
- Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Goodyer I, Cooper P. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50(5):460-70, 2011.
- Howard LM, Flach C, Mehay A, Sharp D, Tylee A. The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 11:57, 2011.
- Da Silva RA, Da Costa Ores L, Jansen K, y cols. Suicidality and associated factors in pregnant women in Brazil. *Community Ment Health J* 2012 (en prensa).
- Trautmann-Villalba P, Hornstein C. Children murdered by their mothers in the postpartum period. *Nervenarzt* 78(11):1290-5, 2007.
- Kauppi A, Kumpulainen K, Vanamo T, Merikanto J, Karkola K. Maternal depression and filicide-case study of ten mothers. *Arch Womens Ment Health* 11(3):201-6, 2008.
- Eastwood JG, Phung H, Barnett B. Postnatal depression and socio-demographic risk: factors associated with Edinburgh Depression Scale scores in a metropolitan area of New South Wales, Australia. *Aust NZJ Psychiatry* 45(12):1040-6, 2011.
- Lanes A, Kuk JL, Tamim H. Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 11:302, 2011.
- Hamdan A, Tamim H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. *Arch Womens Ment Health* 14(2):125-33, 2011.
- Nagy E, Molnar P, Pal A, Orvos H. Prevalence rates and socioeconomic characteristics of post-partum depression in Hungary. *Psychiatry Res* 185(1-2):113-20, 2011.
- Dubey C, Gupta N, Bhasin S, Muthal RA, Aroara R. Prevalence and associated risk factors for postpartum depression in women attending a tertiary hospital, Delhi, India. *Int J Soc Psychiatry* 2011 (en prensa).
- Ahmed HM, Alalaf SK, Al-Tawil NG. Screening for postpartum depression using Kurdish version of Edinburgh postnatal depression scale. *Arch Gynecol Obstet* 285(5):1249-55, 2012.
- Glasser S, Stoski E, Kneler V, Magnezi R. Postpartum depression among Israeli Bedouin women. *Arch Womens Ment Health* 14(3):203-8, 2011.
- Giardinelli L, Innocenti A, Benni L, y cols. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment Health* 15(1):21-30, 2012.
- Kakyo TA, Muliira JK, Mbalinda SN, Kizza IB, Muliira RS. Factors associated with depressive symptoms among postpartum mothers in a rural district in Uganda. *Midwifery* 2011 (en prensa).
- De Castro F, Hinojosa Ayala N, Hernández Prado B. Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 32(4):210-7, 2011.
- Ortiz Collado MA, Cararach V, Tourne CE. Preventing the risk of postpartum depression and premature childbirth by a psychosomatic approach: a randomized multicenter study. *Med Clin (Barc)* 2012 (en prensa).
- Wu Q, Chen HL, Xu XJ. Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* 15(2):107-14, 2012.
- Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, De Araújo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet* 376(9744):903-10, 2010.
- Sword W, Landy CK, Thabane L, y cols. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG* 118(8):966-77, 2011.
- Xie RH, Lei J, Wang S, Xie H, Walker M, Wen SW. Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high cesarean delivery rate. *J Womens Health (Larchmt)* 20(12):1881-6, 2011.
- Yang SN, Shen LJ, Ping T, Wang YC, Chien CW. The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. *J Affect Disord* 132(1-2):158-64, 2011.
- Siu BW, Leung SS, Ip P, Hung SF, O'Hara MW. Antenatal risk factors for postnatal depression: a prospective study of Chinese women at maternal and child health centres. *BMC Psychiatry* 12:22, 2012.
- Sylvén SM, Papadopoulos FC, Olovsson M, Ekseilius L, Poromaa IS, Skalkidou A. Seasonality patterns in postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol* 204(5):413.e1-6, 2011.
- Chojenta C, Loxton D, Lucke J. How do previous mental health, social support, and stressful life events contribute to postnatal depression in a representative sample of Australian women? *J Midwifery Womens Health* 57(2):145-50, 2012.
- Xie RH, Yang J, Liao S, Xie H, Walker M, Wen SW. Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 50(4):340-5, 2010.
- Gremigni P, Mariani L, Marracino V, Tranquilli AL, Turi A. Partner support and postpartum depressive symptoms. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 32(3):135-40, 2011.
- Gelabert E, Subirà S, García Esteve L, y cols. Perfectionism dimensions in major postpartum depression. *J Affect Disord* 136(1-2):17-25, 2012.
- Hoedjes M, Berks D, Vogel I, y cols. Postpartum depression after mild and severe preeclampsia. *J Womens Health (Larchmt)* 20(10):1535-42, 2011.
- Scharadosim JM, Heldt E. Postpartum depression screening scales: a systematic review. *Rev Gaucha Enferm* 32(1):159-66, 2011.
- Alvarado Esquivel C, Sifuentes Alvarez A, Salas Martínez C, Martínez García S. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a population of puerperal women in Mexico. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2:33, 2006.
- Kozinszky Z, Dudas RB, Devosa I, y cols. Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depressive symptomatology? *Psychother Psychosom* 81(2):98-107, 2012.
- Clatworthy J. The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *J Affect Disord* 137(1-3):25-34, 2012.
- Songøygard KM, Stafne SN, Evensen KA, Salvesen KÅ, Vik T, Mørkved S. Does exercise during pregnancy prevent postnatal depression? A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 91(1):62-7, 2012.
- Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci* 13(1):89-100, 2011.
- Ng RC, Hirata CK, Yeung W, Haller E, Finley PR. Pharmacologic treatment for postpartum depression: a systematic review. *Pharmacotherapy* 30(9):928-41, 2010.
- Reay RE, Owen C, Shadbolt B, Raphael B, Mulcahy R, Wilkinson RB. Trajectories of long-term outcomes for postnatally depressed mothers treated with group interpersonal psychotherapy. *Arch Womens Ment Health* 2012 (en prensa).
- Goodman JH, Santangelo G. Group treatment for postpartum depression: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 14(4):277-93, 2011.
- Stuart S. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Clin Psychol Psychother* 19(2):134-40, 2012.
- Bloch M, Meiboom H, Lorberblatt M, Bluvstein I, Aharonov I, Schreiber S. The effect of sertraline add-on to brief dynamic psychotherapy for the treatment of postpartum depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 73(2):235-41, 2012.
- Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Womens Health* 3:1-14, 2010.

Curriculum Vitae abreviado del autor

Cosme Alvarado Esquivel. Médico cirujano, Facultad de Medicina, Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED), Durango; especialista en patología clínica (Laboratorio Clínico), Hospital General, Centro Médico La Raza, IMSS. Universidad Nacional Autónoma de México; México, D.F., México; doctor en ciencias biomédicas, Universidad de Gante, Gante, Bélgica.

Investigador, Profesor, Departamento de Infectología, Facultad de Medicina, UJED; Coordinador, Área de Investigación en Infectología, UJED; Tutor académico, Facultad de Medicina, UJED. Autor de 19 publicaciones recientes en revistas especializadas.