ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO DE MADRES LACTANTES CON DEPRESION POSTPARTO EN ATENCION PRIMARIA

AUTORES: OLZA FERNANDEZ I., GAINZA TEJEDOR I . Publicado en Revista OB STARE número 7, enero 2003.

RESUMEN: A pesar de su elevada prevalencia (entre un 10 y un 15%) la depresión postparto a menudo no es diagnosticada ni por lo tanto tratada. Así mismo el tratamiento de los casos diagnosticados plantea numerosos dilemas para el profesional de atención primaria. Por un lado la depresión puede motivar el abandono de la lactancia materna, y dicho abandono puede además acarrear un empeoramiento de la sintomatología depresiva. Por otra parte, el desconocimiento de los posibles efectos de los psicofármacos en el lactante a menudo provoca que el profesional recomiende una suspensión "cautelar" de la lactancia con el fin de iniciar el tratamiento psicofarmacológico de la madre. En otros casos es la propia madre la que desea no iniciar tratamiento psicofarmacológico a pesar del malestar psíquico significativo que padece. En los últimos años diversos estudios han señalado la eficacia de algunos abordajes terapéuticos que permiten evitar o minimizar el uso de psicofármacos en el tratamiento de la depresión postparto. Dichos abordajes incluyen la psicoterapia individual o en pareja, los grupos de apoyo y terapéuticos, el seguimiento precoz y apoyo psicológico por parte de profesionales de enfermería y otras modalidades terapéuticas como por ejemplo la luminoterapia. En el presente trabajo exponemos una revisión de los trabajos más recientes en este campo con el fin de poder recomendar una línea de actuación que permita a los profesionales de atención primaria tratar a las madres lactantes deprimidas evitando en la medida de lo posible el tratamiento psicofarmacológico.

Introducción

El embarazo, el puerperio y el postparto son períodos de mayor vulnerabilidad psíquica para la mujer. La depresión probablemente sea la enfermedad materna más frecuente en el postparto. Se estima que afecta a un 13% de las mujeres, es decir, una de cada ocho mujeres en el postparto (1). Los estudios realizados en nuestro país obtienen cifras similares (2). La depresión conlleva un importante sufrimiento personal y familiar, y afecta directamente la relación marital (3) y al desarrollo emocional del lactante (4). Sin embargo a menudo la patología no es diagnosticada ni por lo tanto tratada, con lo que en muchos casos la evolución puede ser tórpida o incluso tendiente a la cronicidad. El desarrollo del bebé puede verse condicionado seriamente por la enfermedad psíquica materna.

Los profesionales de Atención Primaria son los que más fácilmente pueden detectar este trastorno puesto que ya desde el embarazo las futuras madres son atendidas por la matrona y en el postparto acuden a sucesivas revisiones tanto con el pediatra como con la matrona y/o el médico de familia. A pesar de dicha cercanía es probable que numerosos casos pasen desapercibidos y por lo tanto no reciban el tratamiento adecuado.

Una vez diagnosticada corectamente la depresión postparto se plantea la necesidad de ofrecer medidas terapéuticas urgentes. En condiciones óptimas el plan terapéutico debería ser elaborado por parte de un equipo multidisciplinar que incluyera a todos los profesionales que atienden a la díada madre-hijo, es decir, el psiquiatra, el médico de familia, el pediatra, la matrona, el psicólogo, la trabajadora social y la enfermera pediátrica.

El hecho de que una madre amamante a su bebé se considera por algunos profesionales como un obstáculo al tratamiento de la depresión, hasta el punto de que llegan a recomendar la supresión de la lactancia con el fin de poder administrar tratamiento psicofarmacológico sin temor a que el paso del fármaco a la leche pueda dañar al bebé. Sin embargo podemos decir que esta postura no se basa en la evidencia científica. Los beneficios de la lactancia materna son tan amplios y superiores a los de la lactancia artificial que la lactancia materna debería ser considerada como un instrumento terapéutico más en el tratamiento de la depresión, en vez de cómo un

obstáculo. Además son ya numerosos los estudios que demuestran la seguridad de ciertos psicofármacos en la lactancia (5).

En el presente artículo presentamos una revisión de los hallazgos más recientes sobre las posibilidades de tratamiento no farmacológico en la depresión postparto. Pretendemos con ello facilitar una serie de recomendaciones que permitan el tratamiento de la depresión postparto y la continuación de la lactancia. El tratamiento psicofarmacológico debería reservarse para los casos más graves o que presenten comorbilidad, pero incluso en los casos en que sea preciso iniciar tratamiento medicamentoso la lactancia puede continuar si se opta por psicofármacos que han demostrado su seguridad puesto que apenas pasan a la leche.

Características de la depresión postparto

La depresión postparto presenta la misma psicopatología que un episodio depresivo mayor pero con algunas peculiaridades. Hay que tener en cuenta que algunos síntomas de depresión mayor, como las alteraciones del sueño o del apetito, la fatiga y la disminución de la líbido se consideran normales en el postparto. Por ello el principal instrumento de escreening para la detección de la depresión postparto, la **Escala de Edimburgo** (que se encuentra validada al español) (6), se centra en los síntomas más típicos de la depresión: ánimo bajo, perdida de la capacidad de disfrute y ansiedad.

A pesar de que en el postparto es natural la alteración del ritmo de sueño por atender a las necesidades del bebé, el insomnio sigue siendo un marcador del trastorno depresivo, puesto que las madres deprimidas no logran dormir ni siquiera cuando sus bebés están dormidos. Otro síntoma característico de la depresión postparto son las preocupaciones obsesivas por la salud del bebé, que pueden motivar consultas reiterativas al pediatra o a la enfermera.

Algunos autores han utilizado la expresión de “depresión sonriente” para describir la apariencia normal de algunas madres deprimidas, que a pesar de padecer un verdadero sufrimiento interno se muestran satisfechas de cara al exterior temerosas de verbalizar sus pensamientos y de ser percibidas como “malas madres”.

En ocasiones ya en los primeros días del puerperio ha habido un estado de importante labilidad afectiva, el que se conoce como "blues del postparto" y que se considera un cuadro transitorio en la mayoría de las mujeres, pero que en un 20% de las que lo padecen no va a remitir y va a continuarse con la depresión.

Un subgrupo dentro de la depresión lo forma **el trastorno obsesivo compulsivo postparto**, donde son características las rumiaciones egodistónicas relacionadas con hacer daño al bebé. Son madres que llegan a evitar el estar en la cocina por temor a coger un cuchillo y dañar al bebé o que evitan el bañar o tener en brazos a su hijo o hija por miedo a los pensamientos intrusivos que experimentan con intensa angustia.

Otro trastorno psíquico que puede presentarse de manera comórbida con la depresión postparto es el **trastorno por estrés postraumático** desencadenado por acontecimientos estresantes en el momento del parto.

Entre los factores de riesgo de la depresión postparto se incluyen los antecedentes de depresión, el embarazo no deseado, la problemática familiar o social, los estresores vitales durante el embarazo y las complicaciones obstétricas (7,8,9). Tambien se ha señalado que el tener un bebe irritable puede favorecer el cuadro (10).

El modelo etiológico que se sugiere en la depresión postparto es de tipo bio-psico-social, pero se piensa que los factores psicosociales tienen un peso mayor que los biológicos, al contrario de lo que sucede en el blues del postparto y en las psicosis puerperales (10). Entre los factores biológicos se implican la posible sensiblidad a los cambios en las hormonas gonadales (6) y las alteraciones tiroideas, por lo que se recomienda realizar siempre una exploración tiroidea en las madres deprimidas. Los estudios transculturales han señalado que las sociedades donde las puérperas reciben mayor apoyo y ayuda por parte de la familia y la comunidad presentan una menor prevalencia de depresión postparto.

Si una mujer ha padecido una depresión postparto el riesgo de que se repita en sucesivos postpartos se situa en torno al 25% (6). De ahí la importancia de diseñar un plan profiláctico ya durante el embarazo en este grupo de pacientes.

Consecuencias de la depresión postparto

La madre deprimida no tiene ganas ni energía para relacionarse activamente con su bebé ni con los demás. Se siente aislada e incomprendida, a la vez que temerosa de expresar su sufrimiento. Puede pasar la mayor parte del día con preocupaciones obsesivas, sentimientos de fracaso, incompetencia e incluso deseos de muerte. La relación marital se va a ver afectada, sin que se sepa cuantos casos de separación y divorcio pueden ser debidos a la depresión postparto. Aunque se discute si la problemática marital es causa o consecuencia del trastorno depresivo, parecen probables ambas posibildades. Varios estudios han encontrado altos niveles de ansiedad en los cónyuges de mujeres deprimidas. En un estudio cualitativo, los maridos de madres deprimidas describieron la pérdida de la relación previa con su mujer y la sensación subjetiva de que esta se había convertido en otra persona muy diferente a la que conocían anteriormente. Los maridos percibían esta situación como "una pesadilla" e intentaban diversos formas de ayudar a su pareja, con escaso éxito en general. Tambien temían las reacciones imprevisibles y en general se sentían poco valorados (3). La depresión postparto se asocia con más síntomas, disfunción social y problemas de pareja que la depresión no postparto (11)

La depresión postparto tiene un efecto significativo en el **desarrollo emocional y cognitivo del niño**. Las madres deprimidas interactúan menos con sus bebés, se altera la comunicación y el niño está menos estimulado, es decir, la depresión dificulta el maternaje y la crianza (12). Los hijos de madres con depresión postparto tienen más problemas de conducta y peor rendimiento cognitivo que los hijos de madres que no padecen depresión. Los niños cuyas madres siguen deprimidas despues de 6 meses tienen peor desarrollo psicomotor al año de vida (13). A los 18 meses puntúan menos en tests cognitivos, sobre todo si son varones y de clases desfavorecidas (8). Además la depresión materna se asocia con una peor adaptación emocional en el hijo. El vínculo materno filial se va a haber afectado siendo la patología más frecuente en estos casos el vínculo de tipo inseguro. El mecanismo por el que esto sucede es la alteración de la comunicación entre la madre y el bebe. El efecto negativo se suaviza con la edad. Si el padre participa activamente en los cuidados del hijo el impacto de la depresión materna sobre el lactante es menor (14)

Lactancia materna y depresión postparto

La lactancia materna es el alimento ideal para los bebés. Tanto la OMS, como la Asociación Española de Pediatría la recomiendan como alimentación exclusiva de los bebés hasta los seis meses de edad. Además la OMS recomienda la lactancia mixta hasta los dos años de edad como mínimo.

La lactancia artificial incrementa el riesgo de que el bebé padezca diarreas, infecciones respiratorias, otitis media, bacteremias, meningitis, botulismo, infecciones urinarias y enterocolitis necrotizante. Además favorece el síndrome de muerte súbita del lactante, diabetes tipo I, enfermedad Crohn, colitis ulcerosa, linfoma, enfermedades alérgicas y otro trastornos (15). Para la madre la latancia disminuye la hemorragia postparto, favorece la perdida del peso, un mayor espaciamiento entre los hijos, una mejor remineralización ósea en el psotparto, y disminuye el riesgo del cáncer de ovario y el cáncer de mama premenopausico (15)

La lactancia materna desempeña un papel importante en el desarrollo neuro-cognitivo del niño. Los niños amamantados tienen un mejor rendimiento intelectual a la edad de 7-8 años, tanto los nacidos a término (16) como los prematuros (17) aunque tal vez la relación entre lactancia e inteligencia sea menor de lo que se pensaba (18)

Para la madre, además de los beneficios ya mencionados sobre su salud, las hormonas de la lactancia facilitan el maternaje (la oxitocina) y la relajación (la prolactina) que sumados favorecen el cuidado del bebé. Por todo ello parece claro que la lactancia materna produce un efecto bastante contrario al de la depresión postparto, es decir, favorece el desarrollo del lactante, los sentimientos de bienestar en la madre y en su hijo y el fortalecimiento del vínculo. Resulta incomprensible que algunos profesionales propongan a madres deprimidas que han conseguido mantener la lactancia hasta ese momento suprimirla con el fin de recibir tratamiento. Como dice la Academia Americana de Pediatría “antes de recomendar la lactancia artificial o un destete temprano el profesional médico debería sopesar muy seriamente los beneficios de la lactancia frente a los riesgos de no recibir leche materna” (15).

El efecto que la depresión postparto produce sobre la lactancia no está claro. En un estudio retrospectivo la mayoría (83%) de las madres deprimidas señalaron que la depresión precedió al destete de sus bebés, sugiriendo que las dificultades psicológicas pudieron influir en dicha decisión (19). Otros autores tambien comparten la misma impresión de que la depresión suele provoca la terminación de la lactancia, en buena parte debido a la inseguridad materna y a las dudas sobre su capacidad para alimentar al bebé. Sin embargo en otro estudio reciente la depresión subjetiva no se asoció con el destete (20).

Se desconoce por otra parte si el destete produce un empeoramiento del estado de ánimo o si existe una relación causal con la depresión postparto, aunque algunos estudios han observado que el destete temprano (antes de las seis semanas) se asociaba con un mayor riesgo de padecer depresión postparto (21, 22).

Resulta lógico pensar que la percepción de la madre sobre su habilidad para criar al hijo puede afectar a la lactancia. Algunas madres piensan que su capacidad de amamantar es sinónimo de su capacidad de vincularse con el bebé o ser buenas madres, por lo que ayudar a las madres a seguir amamantando puede mejorar su bienestar y su satisfacción, lo que puede redundar en una mejor interacción con sus bebés (19)

Recomendaciones terapéuticas

La depresión postparto es una patología severa que precisa tratamiento urgente. Sin tratamiento la duración media es de unos 7 meses, un tiempo precioso en la vida de un bebé. Además en algunos casos puede cronificarse.

La **valoración psiquiátrica** resulta imprescindible para confirmar el diagnóstico y descartar la presencia riesgo autolítico, así como para asegurar que no se trate de una psicosis puerperal, cuadro mucho menos frecuente pero que consituye una verdadera urgencia psiquiátrica y puede requerir ingreso psiquiátrico dada la gravedad. El psiquiatra establecerá el plan de tratamiento junto con el equipo de primaria. Igualmente la **valoración médica** completa permitirá descartar la existencia de una alteración tiroidea o su tratamiento si se detecta (23) así como otras patologías que puedan estar favoreciendo el cuadro depresivo (como es el caso de la anemia).

El **plan de tratamiento** siempre debe establecerse para la diada madre-hijo y no para la madre exclusivamente. Además debe intentarse siempre que sea posible la colaboración y participación del padre, tanto como afectado como co-adyuvante en el tratamiento.

Muy pocas madres están dispuestas a dejar de amamantar para iniciar el tratamiento antidepresivo (19). Este aspecto debería ser considerado como algo positivo por parte de los profesionales médicos puesto que los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para el bebé superan ampliamente a los de la lactancia artificial. Por ello, cualquier planteamiento terapéutico debería iniciarse con un **reconocimiento explícito a la madre por amamantar** con éxito en una sociedad donde es tan pequeño el porcentaje de bebés amamantados de forma exclusiva. Este reconocimiento inicia el apoyo a la autoestima materna. La **relación terapéutica** por lo tanto debería basarse en el apoyo y refuerzo del vínculo materno filial y de la lactancia, no al contrario.

En los casos de menor gravedad o de intensidad moderada parece razonable plantear la opción de no utilizar tratamiento psicofarmacológico, especialmente si la madre expresa su preferencia en este sentido. Insistir en el tratamiento farmacológico sin facilitar la posibilidad de continuar amamantando puede producir el efecto de que la mujer oculte su intención de no tomar el psicofármaco o que simplemente abandone el tratamiento. Por otra parte en los casos en los que se considere imprescindible el tratamiento psicofarmacológico el psiquiatra puede optar por los fármacos que han demostrado una mayor seguridad en madres de lactantes (24).

La **psicoeducación** forma siempre parte del tratamiento. Implica explicar a la madre las características del cuadro, insistiendo en el modelo etiológico multidimensional y desculpabilizador y en la transitoriedad y probable recuperación completa. Es decir, supone explicar a ambos miembros de la pareja lo que es la depresión postparto, los posibles factores intervinientes, la frecuencia de esta patología, e insistir en que la madre volverá a ser ella misma, aunque la recuperación completa puede tardar varios meses.

Una de las primeras recomendaciones terapéuticas será la de que la madre y el bebé tengan **acompañamiento permanente**. Incluso en los casos menos graves en los que no existe ideación de muerte ni pensamientos obsesivos de dañar al bebé las madres se sienten muy desbordadas cuando están solas con sus bebés. Se trata pues de valorar todas las posibilidades disponibles para que la madre no esté sola y establecer un plan lo más detallado posible. En nuestra experiencia el acompañamiento suele producir una mejoría sintomático en breve tiempo. Una analogía que utilizan algunos autores en estos casos es decir a la familia que la madre tienen que convalescer como si hubiera tenido un infarto de corazón: es decir, debe hacer lo mínimo, estar muy tranquila y descansar todo lo posible. El conseguir un **apoyo para las tareás domésticas** y el que un familiar pueda sacar al bebé para que la madre descanse entre las tomas son tambien medidas a recomendar.

En cuanto al manejo sintomático se puede recomendar algunas pautas específicas. Si la madre refiere insomnio pertinaz acostarse cada vez que su bebé duerma sin intentar dormir puede ser beneficioso. Igualmente el amamantar tumbada en la cama suele favorecer la somnolencia. Conviene asegurar que la madre lleva una dieta adecuada a las necesidades de la lactancia y que si está perdiendo peso la pérdida no sea exagerada.

La **psicoterapia** ocupa un lugar destacado en el abordaje terapéutico de la depresión postparto, y probablemente sea la opción preferida por las madres que amamantan a sus bebés. La mayoría de los estudios publicados recientemente sobre la eficacia de la psicoterapia en la depresión postparto se han centrado en la **psicoterapia interpersonal**. Se trata de una psicoterapia breve y centrada en este caso en los problemas relacionados con el postparto, como son la relación con el bebé, la relación de pareja, la adaptación al nuevo rol o la vuelta al trabajo. Esta forma de terapia ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión postparto, tanto de manera individual (25) como en grupo (26). Además parece ser que aplicada durante el embarazo previene la depresión en el postparto, tanto si el abordaje es indidivual (27) como grupal (28).

Otros tipos de psicoterapia tambien han demostrado su eficacia en la depresión postparto. En concreto un estudio controlado comparó la eficacia de la **terapia cognitiva** frente a la fluoxetina y al placebo. Las pacientes tratadas con psicoterapia o antidepresivo mostraron una mejoría significiativa y similar, cosa que no sucedió en el el grupo tratato con placebo. En dicho estudio no se observó que la asociación de ambas formas de terapia (terapia cognitiva y fluoxetina) tuviera beneficios adicionales, por lo que los autores recomendaron que sea la propia mujer la que decida que opción terapeutica prefiere (29).

La **terapia de grupo** parece ser especialmente beneficiosa en el tratamiento de la depresión postparto, puesto que consigue romper el aislamiento de las madres y el coste económico es menor que en los abordajes individuales. Algunos de los tratamientos grupales se basan en el modelo de los grupos de autoayuda pero con un moderador profesional y una o varios observadores. Es el caso de los **grupos de apoyo**, que suelen estar dirigidos por trabajadores sociales. Los beneficios del grupo con este tipo de abordaje según Fairchild (30) son:

1. Reducción del aislamiento de las madres
2. Información y psicoeducación sobre la enfermedad
3. Permiten a las madres centrar la atención en si mismas y en sus necesidades básicas, como cuidarse, comer, dormir,
4. Suponen un apoyo al tratamiento médico
5. Aportan esperanza para el futuro
6. Son en si mismos una intervención terapéutica

Los **grupos terapéuticos basados en terapias cognitivo-conductuales** tambien han demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión postparto (31). Varios autores han comparado la eficacia de los grupos en los que se incluía a la pareja en una o dos sesiones del tratamiento, encontrando que dicha inclusión lograba un beneficio mayor que si se excluía a los padres del grupo (32) Algunos autores han descrito como al iniciar la terapia se observa un empeoramiento de la relación de pareja fenómeno por otra parte esperable dada la situación de crisis y que en el contexto de la terapia se puede resolver favorablemente (33).

En algunos países se han desarrollado programas de apoyo a madres deprimidas realizados por profesionales de enfermería o trabajadores sociales. Por ejemplo, a partir de los estudios que demostraron la eficacia similar de la fluoxetina y la psicoterapia cognitiva en el tratamiento de la depresión postparto los mismo autores han desarrollado un programa consistente en formar a personal de enfermería de primaria para aplicar cinco sesiones de terapia de cognitiva a madres deprimidas, con muy buenos resultados. Los aspectos centrales de dicho tratamiento incluyen: información sobre el cuidado básico del lactante, refuerzo positivo de las habilidades parentales, estímulación para involucrares en actividades de ocio, aprendizaje sobre como pedir ayuda y revisión de los logros de manera regular (Programa CREST) (34)

Otro tipo de abordajes grupales como los cursos de masaje infantil parecen mejorar la interacción entre las madres deprimidas y sus hijos (35).

Por último, dentro del modelo de los grupos de autoayuda en internet existen grupos de apoyo para mujeres con depresión postparto, aunque de momento solo los hemos encontrado en habla inglesa. Probablemente en un futuro cercano está alternativa se desarrollará ampliamente.

La **luminoterapia** ha demostrado su eficacia en varios tipos de depresión y recientemente en el tratamiento de la depresión el embarazo (36). Igualmente un estudio señaló su efecto beneficioso sobre la depresión postparto. (37). Dichos estudios se han desarrollado en países nórdicos donde las horas diarias de sol son escasas durante muchos meses, pero en nuestro país parece lógico recomendar a las madres lactantes que se expongan al sol de manera controlada.

La **deprivación de sueño** controlada, al igual que la luminoterapia, es un tratamiento eficaz en algunos casos de trastorno depresivo estacional. Un estudio reciente con un pequeño número de pacientes señaló la eficacia de la **deprivación de sueño** para tratar la depresión postparto (38). Habrá que esperar a que otros estudios confirmen dichos resultados antes de poder generalizar la aplicación de este tratamiento.

Recientemente algunas comunicaciones no publicadas han señalado el posible efecto beneficioso que la ingesta de ácidos grasos omega puede tener sobre el estado de ánimo en madres deprimidas. De confirmarse dicho efecto se podría aconsejar incrementar la ingesta de pescados ricos en dichos ácidos (como el atún o el salmón) o la suplementación mediante preparados.

Conclusiones

La depresión postparto es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en el postparto, estimandose que afecta a una de cada ocho mujeres. Corresponde a los profesionales de Atención Primaria la detección de los posibles casos y la organización del plan terapéutico junto con el profesional de Salud Mental.

Sin tratamiento la depresión postparto afecta al desarrollo neurocognitivo del lactante y al vínculo materno. La lactancia materna debe ser considerada como un instrumento terapéutico dentro del tratamiento de la depresión, puesto que sus numerosos efectos beneficiosos contrarrestan el efecto de la depresión sobre el lactante.

No está justificado recomendar a una madre que amamante a su bebé suprimir la lactancia para iniciar tratamiento psicofarmacológico de la depresión.

Existen numerosas alternativas al tratamiento farmacológico, siendo la psicoterapia individual o en grupo la que ha demostrado una eficacia similar a los antidepresivos. Incluso cuando es preciso utilizar psicofármacos se existen antidepresivos compatibles con la lactancia.

El plan de tratamiento debería incluir a todos los profesionales sanitarios que atienden a la diada madre-hijo.

La formación de los profesionales de atención primaria en técnicas de terapia grupal sería conveniente para poder desarrollar programas de apoyo para madres con depresión postparto dentro del sistema público de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. O´Hara MW, Swain AM. "Rates and risk of postpartum depression: a meta analysis". Int Rev Psychiatry 1996;8:37-54
2. Sebastián Romero E, Mas lodo, N, Martin Blazquez M, Raja Casillas MI, Izquierdo Zamarriesgo MJ, Valles Fernandez N, Metola Gomez, M. "Depresión postparto en el área de salud de Toledo" Atenc Primaria 1999; 24;215-219
3. Meighan M, Davis MW, Thomas SP, Droppleman PG. "Living with postpartum depression: the father´s experience" MCM AM J Matern Child Nurs 1999 Jul-Aug;24 (4):202-8
4. McLennan JD, Offord DR. "Should postpartum depression be targeted to improve child mental health?" J Am Acad Child Adol Psych 2002;41:28-35
5. Wisner KL, Parry BL; Piontek CM. "Postpartum depression" N Engl J Med, 2002, july 18, Vol. 347, No 3:194-199.
6. Vega-Dienstmaier, JM, Mazotti Suarez G, Campos Sanchez M. "Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo". Actas Esp Psiquiatr 2002;30 (2):106-111
7. Murray L, Cartwright W. The role of obstetric factors in postpartum depression. J Reprod Infant Psychol 1993;11:215-9
8. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. "Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity" Br J Psychiatry 1996, 168,607-611
9. Machado Ramirez F, García Serrano, T, Moya Rüegg N, Bernabeu Saez, Cerdá díez R. "Depresión puerperal. Factores relacionados". Atención Primaria. 1997. Vol 20, 161-166
10. Cooper PJ, Murray, L. "Postnatal depression" BMJ june 1998, vol 316, 1884-1886
11. O´Hara MW, Zekoski EM, Phillips LH, Wright EJ."Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and non childbearing women" J Abnorm Psychol 1990, 99:3-15
12. Downey G, Coyne JC. "Children of depressed parents: an integrative review" Psychol Bull 1990; 108:50-76
13. Field T: "Infants of depressed mothers". Infant Behaviour and Development 1995;18:1-31

14. Beck CT. "The effects of postpartum depression on child development: a meta analysis" Arch Psych Nursing, 1998, vol XII; no 1, 12-20
15. American Academy of Pediatrics. Work group on breastfeeding. "Breastfeeding and the use of human milk" Pediatrisc Vol 100 no 6 dec 1997 1035-1039
16. Ferguson DM, Beautrais AL, Silva PA. "Breastfeeding and cognitive development in the first seven years of life" Soc Sci Med 1982; 16:1705-1708
17. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. "Breast milk and subsequent intelliegent quotient in children born preterm" Lancet 1992; 339:261-264
18. Jain A. "How good is the evidence linking breastfeeding and intelligence?" Pediatrics, June 2002
19. Misri S, Sinclair DA, Kuan AJ. "Breast-feeding and postpartum depression: is there a relationship?". Can J Psychiatry 1997;42:1061-1065
20. Schwartz K, Hannah JS, D´Arcy MS, Gillespie B, Bobo J, Longeway M, Foxman B. "Factors associated with weaning in the first three months postpartum" J Fam pract 2002;51:439-444
21. Hannah P, Adams D, Lee A."Links between early postpartum mood and postnatal depression" Br J Psych 1992, 160,777-780
22. Cooper PJ, Murray L, Stein A. "Psychosocial factors associated with the early termination of breastfeeding" J Psychosom Res 1993;37:171-6
23. Harris B."Psychiatric disorders of the puerperium" Prim Care Psych 1996,Vol 2,25-36
24. Wisner KL, Perel JM, Findling RL. "Antidepressant treatment during breast-feeding" Am J Psychiatry 1996 153(9):1132-1137
25. O´Hara MW, Stuart S, Gorman LL, et al. "Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression" Archives of general psychiatry 2000; 57:1039-1045
26. Klier CM, Muzik M, Rosenblum KL, Lenz G. "Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression." J Psychother Pract Res 2001 Spring;10(2):124-31
27. Spinelli MG. "Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study" Am J Psychiatry 1997 154(7):1028-1030
28. Zlotnick C, Johnson SL, Miller IW, Pearlstein T, Howard, M. "Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention" Am J Psychiatry 2001; 158:638-640.

29. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. "A controlled study of fluoxetine and cognitive behavioural counselling in the treatment of postnatal depression" BMJ 1997; 314: 932-6
30. Fairchild MW. "Women with postpartum psychiatric illness: a profesionally facilitated support group"En Support groups, currents perspectives on theory and practice.1995. Haworth press
31. Meagher I, Milgrom J. "Group treatment for postpartum depression: a pilot study" Aust N Z J Psychiatry 1996 Dec;30 (6):852-60
32. Misri S, Kostaras X, Fox D, Kostaras D. "The impact of partner support in the treatment of postpartum depression" Can J Psychiatry 2000; 45:554-558
33. Morgan M, Matthey S, Barnett B, Richardson. "A group program for postnatally distressed women and their partners" J Adv Nurs Nov 1997; 26(5):913-20
34. Appleby, L."Treatment of postpartum depression" Arch Women´s Men Health 2001 sup 2 vol. 3: 27
35. Glover V."Benefits of infant massage for mother infant interaction in mothers with postnatal depression" Arch Women´s Men Health 2001 sup 2 vol. 3: 27
36. Oren DA, Wisner KL, Spinelli M, Epperson CN, Peindl KS, Terman JS, Terman M. "An open trial of morning light therapy for treatment of anterpartum depression" Am J Psychiatry 2002; 159:666-669
37. Corral M, Kuan A, Kostaras D. "Bright light therapy´s effect on postpartum depression". Am J Psychiatry 2000 Feb;157(2):303-4
38. Parry BL, Curran ML, Stuenkel CA, Yokimozo M, Tam L, Powell KA, Gillin JC. "Can critically timed sleep deprivation be useful in pregnancy and postpartum depressions?" J Affect Disord 2000;60:201-212