

Beatriz Olóriz Marquínez

# **SALUD MENTAL EN EL POSPARTO: ANÁLISIS DE TRES CASOS CLÍNICOS**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Dirigido por María Lourdes Camprubí Reverte

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Departamento de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2024

El presente trabajo contiene información confidencial, por ello no puede ser compartido en su totalidad.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	1
2.1. Depresión posparto .....	1
2.1.1. Criterios DSM-5 y síntomas DPP.....	2
2.1.2. Factores de riesgo .....	3
2.1.3. Prevalencia .....	4
2.1.4. Maternity Blues .....	4
2.2. Consecuencias .....	6
2.3. Intervenciones.....	8
3. CASO A. ....	12
3.1. Presentación-descripción del caso .....	12
3.2. Análisis funcional .....	12
3.3. Explicación y justificación de las técnicas de evaluación aplicadas y datos pretratamiento .....	12
3.4. Hipótesis diagnósticas, de mantenimiento y de origen del problema .....	12
3.5. Definición de los objetivos de actuación .....	12
3.6. Explicación y justificación de las técnicas de tratamiento utilizadas .....	12
3.7. Presentación de datos postratamiento: resultados conseguidos .....	12
3.8. Discusión de los resultados obtenidos .....	12
3.9. Seguimiento de los resultados .....	12
4. CASO M.....	12
4.1. Presentación-descripción del caso .....	12
4.2. Análisis funcional .....	12
4.3. Explicación y justificación de las técnicas de evaluación aplicadas y datos pretratamiento .....	12
4.4. Hipótesis diagnósticas, de mantenimiento y de origen del problema .....	12
4.5. Definición de los objetivos de actuación .....	12
4.6. Explicación y justificación de las técnicas de tratamiento utilizadas .....	12
4.7. Presentación de datos postratamiento: resultados conseguidos .....	12
4.8. Discusión de los resultados obtenidos .....	12
4.9. Seguimiento de los resultados .....	13
5. CASO R. ....	13
5.1. Presentación-descripción del caso .....	13
5.2. Análisis funcional .....	13

5.3. Explicación y justificación de las técnicas de evaluación aplicadas y datos pretratamiento .....	13
5.4. Hipótesis diagnósticas, de mantenimiento y de origen del problema .....	13
5.5. Definición de los objetivos de actuación .....	13
5.6. Explicación y justificación de las técnicas de tratamiento utilizadas .....	13
5.7. Presentación de datos postratamiento: resultados conseguidos .....	13
5.8. Discusión de los resultados obtenidos .....	13
5.9. Seguimiento de los resultados .....	13
6. ANÁLISIS DE LAS LIMITACIONES DEL TRABAJO .....	13
7. CONCLUSIONES CRÍTICAS SOBRE LO QUE SE HA APRENDIDO Y SOBRE LOS POSIBLES CAMBIOS QUE HABRÍA QUE HACER EN EL FUTURO .....	13
8. REFERENCIAS .....	13
9. ANEXOS .....	18
9.1. ANEXO 1 .....	18
9.2. ANEXO 2 .....	18
9.3. ANEXO 3 .....	18
9.4. ANEXO 4 .....	18
9.5. ANEXO 5 .....	18
9.6. ANEXO 6 .....	18
9.7. ANEXO 7 .....	18
9.8. ANEXO 8 .....	18
9. 10. ANEXO 9 .....	18
9.10. ANEXO 10 .....	18
9.11. ANEXO 11 .....	18

## 1. INTRODUCCIÓN

La depresión posparto es el trastorno mental más sufrido por las mujeres a nivel mundial. El embarazo, parto y posparto son periodos de alta vulnerabilidad para el desarrollo de sintomatología depresiva (Matos, 2020).

Tras el parto, a nivel físico, se producen cambios hormonales que influyen en la aparición de emociones como la irritabilidad o la tristeza, además, el cansancio tras el parto y los miedos habituales influyen en esta experiencia denominada "*maternity Blues*". Este estado se encuentra en el 70-80% de las mujeres y dura entre 4 o 5 días. La mayoría de las mujeres superaran estos síntomas, pero, alrededor de un 20% los mantendrá en el tiempo y empeorarán. Dada la alta prevalencia de la depresión materna, y su asociación con dificultades en la interacción madre-bebé y por tanto en la creación de un vínculo adecuado y del crecimiento de estos niños en este contexto, son necesarias las intervenciones dirigidas a este tipo de psicopatología.

El presente trabajo final de máster trata sobre tres casos clínicos de tres mujeres que acuden al servicio de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) por presentar sintomatología depresiva en el posparto y las intervenciones que se llevaron a cabo con cada una de ellas.

## 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### 2.1. Depresión posparto

El puerperio constituye una etapa marcada por transformaciones físicas y psicosociales que, en ocasiones, pueden dar lugar a un estado depresivo conocido como depresión posparto (DPP en adelante) (Ramos & Rivera,

2022). La DPP es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz en el primer mes después del nacimiento de sus bebés, o a veces, incluso durante más tiempo. Los datos muestran que una de cada cuatro mujeres sufrirá DPP (Ceriani Cernadas, 2020).

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) este trastorno tiende a diagnosticarse cuando durante el embarazo ya se han visto síntomas depresivos. Sin embargo, las mujeres que no han tenido síntomas durante la gestación también pueden desarrollarlos en las primeras semanas que siguen al parto (Ceriani Cernadas, 2020).

#### 2.1.1. Criterios DSM-5 y síntomas DPP

Dentro de la clasificación del DSM-5 los criterios para el diagnóstico de la depresión se encuentran en el Anexo 1. Concretamente, los síntomas identificativos de la DPP están relacionados con el bebé y el rol materno e incluyen miedos y preocupaciones relacionadas con la maternidad y el cambio de rol, falta de interés por el recién nacido, no sentir vínculo con él, sentir mucha ansiedad en relación con todo lo que le afecta al bebé y sentimientos de ser una mala madre (Stewart et al., 2019). Además, aparecen otros síntomas como la tristeza profunda, cambios de humor, ansiedad, cansancio, irritabilidad, desesperanza, apatía y es común que incluso no puedan conciliar el sueño mientras sus bebés duermen. Estos síntomas harán que durante el puerperio se vuelva complicado el disfrute de su papel como madre y del bebé, viéndose afectado el vínculo y la lactancia.

Cabe destacar que los casos más extremos pueden llegar a presentar ideación suicida o incluso pensamientos intrusivos de hacerle daño al bebé, lo que supone un riesgo de infanticidio. Esta sintomatología también puede estar

enmascarada por conductas como visitas reiteradas a urgencias o a la farmacia (Matos, 2020).

Algunos de los síntomas descritos a menudo se consideran parte de las vivencias habituales durante el embarazo o el postparto, lo cual provoca una mayor dificultad para diagnosticar este trastorno (Olhaberry et al., 2013).

#### 2.1.2. Factores de riesgo

Las causas de la depresión posparto no están bien definidas, pero sí se pueden identificar ciertos factores que ayudan a identificar a mujeres que presentan un mayor riesgo de padecerla. Un factor que puede influir en la aparición de esta sintomatología es el rápido descenso de las hormonas reproductivas que tiene lugar después del parto. Esto puede suponer el inicio de una depresión posparto en las madres con mayor vulnerabilidad (Ceriani Cernadas, 2020).

Entre otros factores de riesgo encontramos la ansiedad prenatal, haber sufrido violencia psicológica o experiencias de violencia de pareja anterior o durante el embarazo, fumar durante el periodo gestacional, antecedentes de síndrome premenstrual, sufrir cualquier tipo de experiencia de violencia, primiparidad o embarazo no planificado (Kim et al., 2022). Otros aspectos que ponen a la madre en riesgo son la historia de pérdidas previas, dificultad para quedarse embarazada, dar a luz a un niño medicalizado (Agostini et al., 2015), el nacimiento prematuro, que el bebé tenga alguna alteración congénita, sentir la ausencia del padre durante el embarazo, permanecer sola después del parto y falta de apoyo familiar (Ceriani Cernadas, 2020).

Asimismo, las madres que tienen embarazos múltiples presentan un mayor riesgo de padecer una depresión postparto (Johansen et al., 2019), así como

las que han sufrido depresión en un periodo de embarazo o postparto anterior. Además, otro factor que aumenta el riesgo de padecer sintomatología de este tipo es una relación de pareja mala con el padre del bebé (Olhaberry et al., 2013).

### 2.1.3. Prevalencia

Resulta relevante señalar que la prevalencia de la depresión en mujeres tiende a incrementar con el tiempo. Así, mientras que un 10% de las mujeres reciben un diagnóstico de depresión en las primeras 8 semanas después del parto, este porcentaje aumenta al 22% al llegar a los 12 meses desde el nacimiento del bebé (Barlow et al., 2010).

En la actualidad la depresión perinatal afecta a un 14% de las mujeres en países desarrollados desde el embarazo hasta el año posparto y aproximadamente un 19% sufre un episodio depresivo en los primeros tres meses posparto. Esta cifra aumenta hasta un 20% en mujeres de países menos desarrollados (Johansen et al., 2019; Ramos & Rivera, 2022).

### 2.1.4. Maternity Blues

Dentro de los problemas de salud mental perinatal también encontramos el fenómeno de "*maternity Blues*" o "*melancolía de la maternidad*", el cual se debe diferenciar de la DPP. Algunas madres refieren sentimientos de tristeza o melancolía durante la primera semana después del parto evidenciando este fenómeno. Se caracteriza por un conjunto de síntomas que aparecen en las madres como llanto aleatorio, leve dificultad para concentrarse, alguna preocupación, pero no siempre evidentes o no se hace referencia a ellas, tristeza, ansiedad y cambios de humor. Además, los cambios les abruman inicialmente, pero se acaban acostumbrando y el vínculo con el bebé es

inicialmente incomodo pero con la práctica se acaba aprendiendo (Stewart et al., 2019).

Este fenómeno afecta alrededor del 80% de las nuevas madres y tiene lugar durante los primeros días después del parto del bebé. Es importante conocer que no se considera un trastorno y que sus síntomas desaparecen normalmente después de unos días o antes de las dos primeras semanas. No afecta a la función maternal y se puede tratar con información y soporte emocional.

Para un tratamiento óptimo de las madres en el posparto sería necesario realizar una detección temprana de cualquier psicopatología o síntomas de alarma. Para ello, sería buena idea enseñar a las madres a detectar los síntomas de la depresión postparto, así como naturalizar el *Maternity Blues*. Esto evitaría que se asusten si comienzan a sentir este tipo de sintomatología y facilitaría su diferenciación de una DPP para que puedan pedir ayuda cuando lo necesiten (Dadi et al., 2020; Sethuraman et al., 2021).

Entre los signos de alarma que nos dan indicaciones para saber que una madre puede sufrir DPP encontramos las preocupaciones obsesivas sobre la salud del niño, la alimentación y la seguridad, sentimientos de incapacidad sobre la maternidad, no disfrutar de actividades que solían ser gratificantes, no comprometerse con la atención prenatal, fumar, consumir alcohol u otras drogas, llevar una dieta inadecuada o reducida y tener pensamientos suicidas (Dadi et al., 2020; Sethuraman et al., 2021). Además, una detección precoz ayudaría disminuir la tasa de suicidio que ocurre en tres de cada 100.000 partos (Xiao et al., 2022).

A menudo, otro problema mental que se presenta comórbido con la depresión en la etapa perinatal es la ansiedad (Falah-Hassani et al., 2016) (Matos, 2020). La prevalencia de los síntomas de ansiedad auto informados en el postparto entre la semana 1 y la 24 fue del 15% y hasta un 84% de las mujeres manifestaban estrés perinatal (Dennis et al., 2017).

Finalmente, cabe señalar que también se ha estudiado la prevalencia de la depresión postparto en los padres siendo esta de un 8,75 % (Rao et al., 2020).

## 2.2. Consecuencias

Como ya se ha comentado, la importancia de tratar y detectar de manera precoz la depresión perinatal radica en que las consecuencias afectan no solo a la persona que la sufre, sino también al bebé que nace, otros hijos (si los hay) y la pareja (D. E. Stewart & Vigod, 2019).

El desarrollo neuronal infantil durante el periodo perinatal está profundamente influenciado por el contexto en el que se encuentra el bebé y por las interacciones con su cuidador principal. Se ha detectado que la DPP puede generar secuelas psicológicas, biológicas y sociales. Biológicamente genera niveles de cortisol altos en el bebé que se relaciona con retraso en el desarrollo, déficits cognitivos y problemas de salud mental (Olhaberry et al., 2013). Se ha visto que la DPP actúa como un factor ampliamente influyente en la longitud y el bajo peso del bebé (Patel, 2003). Además, existen estudios que establecen que la DPP puede llegar a cuadruplicar el riesgo de que el/la hijo/a presente un trastorno de conducta (Netsi, 2018).

Asimismo, se ha encontrado de manera consistente una conexión entre la depresión en las madres y problemas en la relación madre-bebé. Estas

dificultades en la interacción se reflejan en una reducción de la receptividad maternal y un incremento de la hostilidad en las aproximaciones hacia el bebé (Olhaberry et al., 2013).

Se pueden encontrar también conductas específicas en estos bebés como más afectos negativos (llanto y mayor dificultad para calmarles). La DPP también se relaciona con una mayor incidencia de apego inseguro o desorganizado en los bebés. Este se ve afectado ya que para que se desarrolle un apego seguro, es necesario que el cuidador se muestre sensible, que predominen los afectos positivos y que haya sincronía en la interacción. En el caso de las madres con DPP lo que ocurre es que muestran estrés y afecto negativo ante las conductas del bebé lo que afecta a que se genere un buen vínculo entre la diada (Olhaberry et al., 2013; Stewart & Vigod, 2019).

Un metaanálisis de 193 estudios mostró que existía una asociación significativa entre la depresión materna y psicopatología externalizante e internalizante en sus hijos/as. También se asocia con un desarrollo cognitivo y del lenguaje más pobre en los niños y niñas y una mayor probabilidad de presentar enfermedades gastrointestinales e infecciones respiratorias. El grado de afección en el niño/a está directamente relacionado con la gravedad de la sintomatología en la madre (Stewart & Vigod, 2019).

Es indudable, por tanto, que los costes de la depresión posparto son realmente importantes. En Estados Unidos, calcularon unos 32.000 dólares por cada diada madre-bebé que se vio afectada, pero que no recibió tratamiento. Esto conlleva un coste total de unos 14.200 millones de dólares en un año de los que el 60% se atribuyen a las repercusiones maternas y el 40% a las repercusiones infantiles (Luca et al., 2020).

### 2.3. Intervenciones

Como se ha visto, la DPP es un trastorno heterogéneo que puede ser resultado de una amplia variedad de déficits sociales, médicos y psicológicos y que genera consecuencias importantes tanto para la madre como para el bebé. Todo esto remarca la importancia de proporcionar a las madres intervenciones eficaces basadas en la evidencia.

Aunque los tratamientos psicofarmacológicos son importantes en el tratamiento, los no farmacológicos juegan un rol esencial y son preferidos por parte de las usuarias debido al pensamiento de que los psicofármacos pueden ser transferidos a los bebés a través de la lactancia materna (Johansen et al., 2019). Sin embargo, existe evidencia que demuestra que la mayoría de los antidepresivos son seguros durante el periodo de lactancia, tanto para la madre como para el bebé (Lugo et al., 2019).

Se ha visto que la tasa de remisión de la DPP en mujeres que recibieron una dosis adecuada de psicoterapia antidepresiva basada en la evidencia es del 51,2% según una revisión sistemática que lo contempla (Cox et al., 2016). Este dato evidencia la importancia de intervenir en las madres que presentan este tipo de sintomatología.

En cuanto a estas, se ha visto que hacer intervenciones personalizadas teniendo en cuenta las características de la usuaria (estilo de apego, factores de personalidad, estresores sociales, apoyos, traumas...) es beneficioso para ella y se traducirá en unos mejores resultados terapéuticos. Para las pacientes con problemas de apego se ha visto que resulta beneficiosa la terapia basada en el apego o la terapia interpersonal (TIP en adelante) en la que se trabaja

la transición de rol, el conflicto que este cambio de rol puede suponer y el duelo asociado (Johansen et al., 2019).

En el caso de mujeres que han sufrido estresores sociales significativos, la terapia que se propone es la cognitivo conductual (TCC en adelante) centrada en la identificación y la modificación de patrones de pensamiento disfuncionales. Las técnicas más utilizadas para tratar la depresión perinatal son la activación conductual, la terapia cognitiva basada en mindfulness y la solución de problemas. Resulta beneficioso que estas técnicas se acompañen de otras modificaciones como el apoyo de iguales, involucrar a la pareja o la educación parental (Johansen et al., 2019).

Uno de los metaanálisis realizados de TCC para el tratamiento de la depresión perinatal, mostró que la terapia individual estaba asociada a una reducción mayor de la sintomatología depresiva que la terapia de grupo. Asimismo, las intervenciones que se realizaban al final del embarazo y durante el posparto también mostraron una mayor efectividad que las que se realizaban durante los primeros meses de embarazo (Sockol et al., 2011). Sin embargo, otro metaanálisis mostró que las intervenciones con grupos de apoyo son muy beneficiosas para la depresión perinatal mostrando mayores beneficios que el tratamiento normal, ya que permite a las mujeres afrontar retos que son comunes en el posparto (Pfeiffer et al., 2011).

Asimismo, se ha visto que las intervenciones realizadas desde el embarazo (especialmente en mujeres que han sufrido episodios depresivos previos) pueden actuar como preventivas en cuanto al desarrollo de una depresión postparto (Olhaberry et al., 2013).

La eficacia de la TIP y TCC ha sido ampliamente estudiada, mostrando la misma efectividad en la etapa perinatal que en población general. Así, se han visto sus efectos inmediatamente después de la intervención como en el seguimiento a los seis meses (Stephens et al., 2016). Otra muestra de la efectividad de este tipo de intervenciones es el decremento que se observa en las puntuaciones de la escala de cribado de depresión posparto de Edimburgo (EPDS en adelante) cuando se utiliza como método de evaluación en las pacientes que se encuentran en unidades de salud mental perinatal (Meltzer-Brody et al., 2014).

Muchas guías se centran en el tratamiento farmacológico de la depresión perinatal y muy pocas en el no- farmacológico. Un análisis internacional sobre guías de práctica clínica encontró que la psicoterapia y, en concreto, la TCC son el tratamiento de elección en la DPP leve y moderada, incluso cuando existe comorbilidad con sintomatología ansiosa, mientras que la DPP grave se debe comenzar a tratar con antidepresivos (Kuosmanen et al., 2010; Molenaar et al., 2018). El National Institute for Health and Clinical Excellence también contempla este como el tratamiento de primera línea (Matos, 2020).

Dentro de la TCC los componentes que ofrecen resultados positivos en las intervenciones para la DPP se centran en trabajar el rol parental, autoestima materna, solución de problemas, competencia y cuidado del bebé (Milgrom et al., 2011). En este mismo estudio se realizaban llamadas telefónicas para monitorear y dar apoyo a mujeres que no pueden desplazarse o para intervenciones que disponen de recursos limitados. Además, conforma una manera de seguir manteniendo el contacto.

Desde el manual de psicología del posparto de Matos (2020) que aborda entre otras cosas el tratamiento de la DPP, contemplan las siguientes técnicas para su abordaje: proporcionar escucha, trabajo con la tristeza, técnicas narrativas, el reflejo empático, exploración de las expectativas previas a la maternidad, la culpa, el ajuste fisiológico, incorporar al sistema de la familia, ampliar la red social de la madre, reforzar las conductas positivas de maternaje, trabajar la autoestima y autoeficacia de la madre, trabajo cognitivo, exploración transgeneracional, trabajar el vínculo con el bebé y trabajo con el cuerpo (yoga, baile...).

### 3. CASO A.

3.1. Presentación-descripción del caso

3.2. Análisis funcional

3.3. Explicación y justificación de las técnicas de evaluación aplicadas y datos pretratamiento

3.4. Hipótesis diagnósticas, de mantenimiento y de origen del problema

3.5. Definición de los objetivos de actuación

3.6. Explicación y justificación de las técnicas de tratamiento utilizadas

3.7. Presentación de datos postratamiento: resultados conseguidos

3.8. Discusión de los resultados obtenidos

3.9. Seguimiento de los resultados

### 4. CASO M.

4.1. Presentación-descripción del caso

4.2. Análisis funcional

4.3. Explicación y justificación de las técnicas de evaluación aplicadas y datos pretratamiento

4.4. Hipótesis diagnósticas, de mantenimiento y de origen del problema

4.5. Definición de los objetivos de actuación

4.6. Explicación y justificación de las técnicas de tratamiento utilizadas

4.7. Presentación de datos postratamiento: resultados conseguidos

4.8. Discusión de los resultados obtenidos

4.9. Seguimiento de los resultados

5. CASO R.

5.1. Presentación-descripción del caso

5.2. Análisis funcional

5.3. Explicación y justificación de las técnicas de evaluación aplicadas y datos pretratamiento

5.4. Hipótesis diagnósticas, de mantenimiento y de origen del problema

5.5. Definición de los objetivos de actuación

5.6. Explicación y justificación de las técnicas de tratamiento utilizadas

5.7. Presentación de datos postratamiento: resultados conseguidos

5.8. Discusión de los resultados obtenidos

5.9. Seguimiento de los resultados

6. ANÁLISIS DE LAS LIMITACIONES DEL TRABAJO

7. CONCLUSIONES CRÍTICAS SOBRE LO QUE SE HA APRENDIDO Y SOBRE LOS POSIBLES CAMBIOS QUE HABRÍA QUE HACER EN EL FUTURO

8. REFERENCIAS

Agostini, F., Neri, E., Salvatori, P., Dellabartola, S., Bozicevic, L., & Monti, F. (2015). Antenatal Depressive Symptoms Associated with Specific Life Events and Sources of Social Support Among Italian Women. *Maternal and Child Health Journal, 19*(5), 1131-1141. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1613-x>

- Barlow, J., McMillan, A. S., Kirkpatrick, S., Ghate, D., Barnes, J., & Smith, M. (2010). Health-Led Interventions in the Early Years to Enhance Infant and Maternal Mental Health: A Review of Reviews. *Child and Adolescent Mental Health, 15*(4), 178-185.  
<https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00570.x>
- Ceriani Cernadas, J. M. (2020). Postpartum depression: Risks and early detection. *Archivos Argentinos de Pediatría, 118*(3), 154-155.  
<https://doi.org/10.5546/aap.2020.eng.154>
- Cox, E. Q., Sowa, N. A., Meltzer-Brody, S. E., & Gaynes, B. N. (2016). The Perinatal Depression Treatment Cascade: Baby Steps Toward Improving Outcomes. *The Journal of Clinical Psychiatry, 77*(9), 20901. <https://doi.org/10.4088/JCP.15r10174>
- Dadi, A. F., Miller, E. R., & Mwanri, L. (2020). Postnatal depression and its association with adverse infant health outcomes in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth, 20*(1), 416.  
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03092-7>
- Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 210*(5), 315-323.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., & Dennis, C.-L. (2016). Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of Affective Disorders, 198*, 142-147.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.010>

- Johansen, S. L., Robakis, T. K., Williams, K. E., & Rasgon, N. L. (2019). Management of perinatal depression with non-drug interventions. *BMJ*, *364*, l322. <https://doi.org/10.1136/bmj.l322>
- Kim, J. H., Kim, J. Y., Lee, S., Lee, S., Stubbs, B., Koyanagi, A., Dragioti, E., Jacob, L., Carvalho, A. F., Radua, J., Thompson, T., Smith, L., Oh, H., Yang, L., Fornaro, M., Stickley, A., de Pablo, G. S., Tizaoui, K., Yon, D. K., ... Fusar-Poli, P. (2022). Environmental risk factors, protective factors, and biomarkers for postpartum depressive symptoms: An umbrella review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *140*, 104761. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104761>
- Kuosmanen, L., Vuorilehto, M., Kumpuniemi, S., & Melartin, T. (2010). Postnatal depression screening and treatment in maternity and child health clinics. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *17*(6), 554-557. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01578.x>
- Luca, D. L., Margiotta, C., Staatz, C., Garlow, E., Christensen, A., & Zivin, K. (2020). Financial Toll of Untreated Perinatal Mood and Anxiety Disorders Among 2017 Births in the United States. *American Journal of Public Health*, *110*(6), 888-896. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305619>
- Matos, E. (2020). Psicología del posparto. Editorial Síntesis
- Meltzer-Brody, S., Brandon, A. R., Pearson, B., Burns, L., Raines, C., Bullard, E., & Rubinow, D. (2014). Evaluating the clinical effectiveness of a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. *Archives of Women's Mental Health*, *17*(2), 107-113. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0390-7>

- Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J., & Gemmill, A. W. (2011). Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders, 130*(3), 385-394. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.045>
- Molenaar, N. M., Kamperman, A. M., Boyce, P., & Bergink, V. (2018). Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: An international review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 52*(4), 320-327. <https://doi.org/10.1177/0004867418762057>
- Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, M. P., Farkas, C., Rojas, G., & Martínez, V. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: Una revisión sistemática. *Terapia psicológica, 31*(2), 249-261. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082013000200011>
- Pfeiffer, P. N., Heisler, M., Piette, J. D., Rogers, M. A. M., & Valenstein, M. (2011). Efficacy of peer support interventions for depression: A meta-analysis. *General Hospital Psychiatry, 33*(1), 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.10.002>
- Ramos, M. A., & Rivera, L. M. (2022). Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina, 83*(1), 19-24. <https://doi.org/10.15381/anales.v83i1.20562>
- Rao, W.-W., Zhu, X.-M., Zong, Q.-Q., Zhang, Q., Hall, B. J., Ungvari, G. S., & Xiang, Y.-T. (2020). Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of

- observational surveys. *Journal of Affective Disorders*, 263, 491-499.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.030>
- Sethuraman, B., Thomas, S., & Srinivasan, K. (2021). Contemporary management of unipolar depression in the perinatal period. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 21(6), 643-656.  
<https://doi.org/10.1080/14737175.2021.1914591>
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 839-849. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.009>
- Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P., & Smith, H. (2016). Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A Meta-Analysis. *The Annals of Family Medicine*, 14(5), 463-472.  
<https://doi.org/10.1370/afm.1967>
- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70(1), 183-196.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>
- Stewart, R. C., Ashorn, P., Umar, E., Dewey, K. G., Ashorn, U., Creed, F., Rahman, A., Tomenson, B., Prado, E. L., & Maleta, K. (2019). Associations between antenatal depression and neonatal outcomes in Malawi. *Maternal & Child Nutrition*, 15(2), e12709.  
<https://doi.org/10.1111/mcn.12709>
- Xiao, M., Hu, Y., Huang, S., Wang, G., Zhao, J., & Lei, J. (2022). Prevalence of suicidal ideation in pregnancy and the postpartum: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 296, 322-336. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.083>

## 9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1

9.2. ANEXO 2

9.3. ANEXO 3

9.4. ANEXO 4

9.5. ANEXO 5

9.6. ANEXO 6

9.7. ANEXO 7

9.8. ANEXO 8

9. 10. ANEXO 9

9.10. ANEXO 10

9.11. ANEXO 11