

Depresión puerperal: impacto en la madre gestante y en el desarrollo físico, emocional y cognitivo posnatal de sus hijas/os. Una mirada ecológica

Pablo J. Cafiero^a, Pablo Justich Zabala^b 

RESUMEN

Los problemas de salud mental materna durante el embarazo, parto y puerperio son un desafío para la salud pública. Su falta de reconocimiento atenta contra el diagnóstico y tratamientos oportunos, e impacta en la madre y el establecimiento del vínculo fundamental del binomio. Debemos reconocer los factores de riesgo (edad, situación socioeconómica, antecedentes psicopatológicos, disfunción familiar, entorno desfavorable), las manifestaciones clínicas y las herramientas de detección. Existen evidencias de que el efecto del estrés, la ansiedad y la depresión durante el embarazo afectan negativamente el neurodesarrollo fetal y condicionan los resultados del desarrollo infantil. Describimos el impacto negativo de la depresión puerperal durante los primeros meses de vida, que afecta el vínculo madre-hija/o, el desarrollo posnatal (emocional, conductual, cognitivo, lenguaje) y el mantenimiento de la lactancia materna. También reconocemos factores protectores que atemperan sus efectos. Es fundamental establecer estrategias preventivas y abordajes diagnósticos y terapéuticos interdisciplinarios para minimizar los riesgos sobre la madre y sus hijas/os.

Palabras clave: depresión posparto; trastornos del desarrollo infantil; recién nacido; niño.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-10217>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-10217.eng>

Cómo citar: Cafiero PJ, Justich Zabala P. Depresión puerperal: impacto en la madre gestante y en el desarrollo físico, emocional y cognitivo posnatal de sus hijas/os. Una mirada ecológica. *Arch Argent Pediatr* 2024;122(3):e202310217.

^a Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; ^b Hospital HLA La Vega, Murcia, España.

Correspondencia para Pablo Justich Zabala: pablojustich@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 9-9-2023

Aceptado: 6-11-2023



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

En 2020, un editorial del doctor Ceriani Cernadas alertaba sobre los riesgos de la depresión posparto y la necesidad de su detección temprana.¹ Esta nueva dimensión en la percepción del binomio madre-hija/o nos permitió ampliar la mirada contextual sobre la salud biopsicosocial, jerarquizando la salud mental materna (SMM) por su gran relevancia en relación con el neurodesarrollo de la niña o el niño.²

La depresión puerperal (DP) es un trastorno del estado de ánimo, frecuentemente no reconocido ni tratado; se estima que lo padece un 10-15 % de las gestantes.^{3,4} Representa un problema relevante de salud pública, que afecta la salud física y mental materna, así como el desarrollo físico, cognitivo y emocional de la niña o el niño.^{5,6}

En el CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a revisión), figura dentro del ítem "Trastornos mentales del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin síntomas psicóticos".⁷ En el DSM-5 (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, de la Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), no aparece como diagnóstico independiente, figura como especificador "Depresión mayor con comienzo en el postparto"⁸ (Tabla 1).

La DP suele ocurrir dentro de las 4-6 semanas posparto, aunque puede aparecer dentro del primer año de vida. La etiopatogenia de la DP no es clara; se postula una mayor sensibilidad a fluctuaciones hormonales (descenso abrupto de estrógenos, progesterona y cortisol en las primeras 48 horas posparto), modificaciones en los niveles séricos de citocinas, ácidos grasos, oxitocina y arginina/vasopresina, así como efectos sobre la vía serotoninérgica.⁹

A diferencia de la DP, la denominada tristeza o "blues" posparto presenta una prevalencia del 15 % al 85 % y se observa dentro de los primeros 10 días posparto.¹⁰ Asocia cambios del estado de ánimo, irritabilidad, fatiga, confusión y tendencia al llanto. Sus factores de riesgo son depresión prenatal o no asociada al embarazo y disforia premenstrual. Es una condición común, autolimitada, transitoria, que no requiere intervención. Reconocerla es importante porque es un factor de riesgo futuro para DP.

FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN PUERPERAL

El principal factor de riesgo asociado es la historia de depresión en embarazo previo o de DP; el riesgo de recurrencia es del 50-60 % en futuros embarazos. Otros factores de riesgo, aunque no específicos, incluyen edad materna

TABLA 1. Criterios diagnósticos según el DSM-5

<p>A- Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer. 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable). 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado). 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>
<p>B- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C- El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p>
<p>D- El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p>
<p>E- Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.</p>

DSM-5: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5.^{ta} edición.

Fuente: DSM-5. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-diagnostico/>

menor a 20 años, historia familiar o personal de enfermedad mental (ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad, etc.), historia previa de depresión inapropiadamente tratada, abuso de sustancias, eventos estresantes durante el embarazo o en los 12 meses previos, conflicto marital, desempleo, historia de depresión en la pareja, haber contemplado realizar maniobras abortivas, pérdida de embarazo previo, mala relación de la embarazada con su madre, nacimiento por cesárea, ausencia de lactancia materna, vivir sin pareja, falta de soporte emocional y económico, complicaciones obstétricas, recién nacido (RN) con malformaciones congénitas o prematuridad (especialmente menores de 34 semanas).^{3,5,11-13}

Por lo descrito, la DP requiere una mirada holística, ecológica, preventiva, interdisciplinaria e intersectorial, fuertemente orientada a madres provenientes de ambientes vulnerables (tanto por factores relacionados con pobreza como por los motivos de riesgo personales o medioambientales que ella presente), que deberán ser identificados y abordados oportunamente.¹⁴

Además, existen factores moderadores o protectores de los efectos de la DP, como un mejor nivel socioeconómico o educativo familiar, mayor cohesión familiar, conductas parentales positivas y características temperamentales favorables de su niña/o.¹⁵

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Clínicamente la DP incluye síntomas depresivos, ansiedad, llanto frecuente y excesivo, tristeza, cambios del estado de ánimo, irritabilidad, problemas de concentración, alteración del patrón de sueño y alimentación, sensación de no poder sobrellevar y manejar la situación, fatiga constante, pérdida de interés en actividades habituales, dificultades relacionales (pareja, familiares, amistades), falta o excesiva preocupación por su bebé o incapacidad para acercarse e interactuar en la forma esperada.³ Estos síntomas suelen agravarse ante RN muy demandantes o de temperamento más exigente (llanto inconsolable, demanda frecuente de tomas, períodos de sueño breves, etc.).

Es importante considerar la presencia de ideación suicida o pensamientos recurrentes sobre la muerte u obsesivos que focalizan la agresión sobre la/el bebé (observados en más del 60 % de las madres con DP). Estos no suelen representar el deseo de lastimar al RN o infante, pero pueden llevar a conductas evitativas hacia

ellos, esforzándose en minimizar pensamientos negativos e intrusivos.^{3,4}

En ocasiones, se observa la existencia de un conflicto materno relacionado con sus ideas previas sobre la maternidad, los mandatos sociales y familiares, y por otro lado sus sentimientos reales, que pueden alejarse de esas ideas o mandatos. Estos sentimientos suelen generar vergüenza o miedo a las reacciones de los demás, por lo que suelen disimularse o no mencionarse.¹⁰

IMPORTANCIA DE LA PESQUISA. ROL DEL EQUIPO DE SALUD

La presencia de DP, sin un abordaje apropiado, puede afectar la relación diádica en construcción entre madre y RN, lo que aumenta el riesgo sobre el desarrollo socioemocional, cognitivo y psicomotor, compromete la normal evolución de los mecanismos fisiológicos de autorregulación y provoca la aparición de problemas conductuales.

En general, se reportan niveles bajos de pesquisa, diagnóstico y tratamiento de la DP, lo cual debe alertarnos sobre las barreras que lo impiden. Algunas causas son falta de experiencia y la incomodidad de los profesionales para abordar condiciones psiquiátricas, escaso tiempo de consulta, baja consideración de la conexión entre DP y potenciales efectos sobre el desarrollo de la niña o el niño en la vida posnatal. Juegan, además, un rol negativo los tabúes que provocan las alteraciones de la salud mental tanto en la sociedad como en los miembros del equipo de salud.

Las consultas obstétricas de seguimiento del embarazo y posparto, y las consultas de seguimiento neonatal/pediátrico del RN son oportunidades que debemos aprovechar para evaluar la situación clínica de la madre. Por este motivo, es crítica la intervención previa y posterior al parto que permita un diagnóstico oportuno y preventivo orientado a proveer los apoyos necesarios que permitan un acercamiento empático y sensible. Son necesarios protocolos de pesquisa sistemática, en particular en mujeres embarazadas con factores de riesgo conocidos, que permitan abordarlas para su diagnóstico y tratamiento.^{4,15}

Una de las herramientas de tamizaje más utilizadas, y con versión en español, es la Escala de depresión postnatal de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS)^{16,17} (*Material suplementario I*). Existen otras escalas, como la

Beck 's Postpartum Depression Screening Scale¹⁸ (Material suplementario II) y la Patient Health Questionnaire PHQ-9.

Como diagnósticos diferenciales de DP, se mencionan la tristeza o "blues" posparto, la psicosis posparto, el trastorno bipolar, alteraciones endocrinológicas (tiroideas), anemia ferropénica, trastorno obsesivo compulsivo, efectos adversos de fármacos, consumo problemático de sustancias, etcétera.

IMPACTO FETAL DE LA SALUD MENTAL DE LA MADRE EN EL EMBARAZO

La depresión materna durante el embarazo se asocia con una mayor prevalencia de cuidados prenatales inadecuados, problemas nutricionales, mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso, preeclampsia, aborto espontáneo, consumo problemático de sustancias. Las experiencias tempranas y las influencias ambientales pueden dejar una huella duradera que afectan la arquitectura del cerebro en desarrollo y la salud a largo plazo. Factores como estrés, ansiedad y depresión pueden producir modificaciones epigenéticas y sobre el desarrollo y la programación cerebral que traspasan incluso generaciones.¹⁹⁻²¹ Diversos artículos muestran cambios en el sistema nervioso central (SNC) del feto/RN: adelgazamiento de la amígdala, adelgazamiento cortical prefrontal y orbitofrontal,

etc.^{22,23} Asimismo, se expone al feto a efectos nutricionales, inmunológicos y endocrinológicos (cortisol, hormona liberadora de corticotrofina [CRH]) que producen cambios en el SNC fetal.^{24,25} Muchos de estos fueron relacionados con mayor riesgo de alteraciones del neurodesarrollo y/o mentales (trastorno del espectro autista, déficit de atención/hiperactividad, esquizofrenia)²⁶ (Figura 1), así como a mayor impulsividad y menor coeficiente intelectual (CI) en adolescentes.^{27,28}

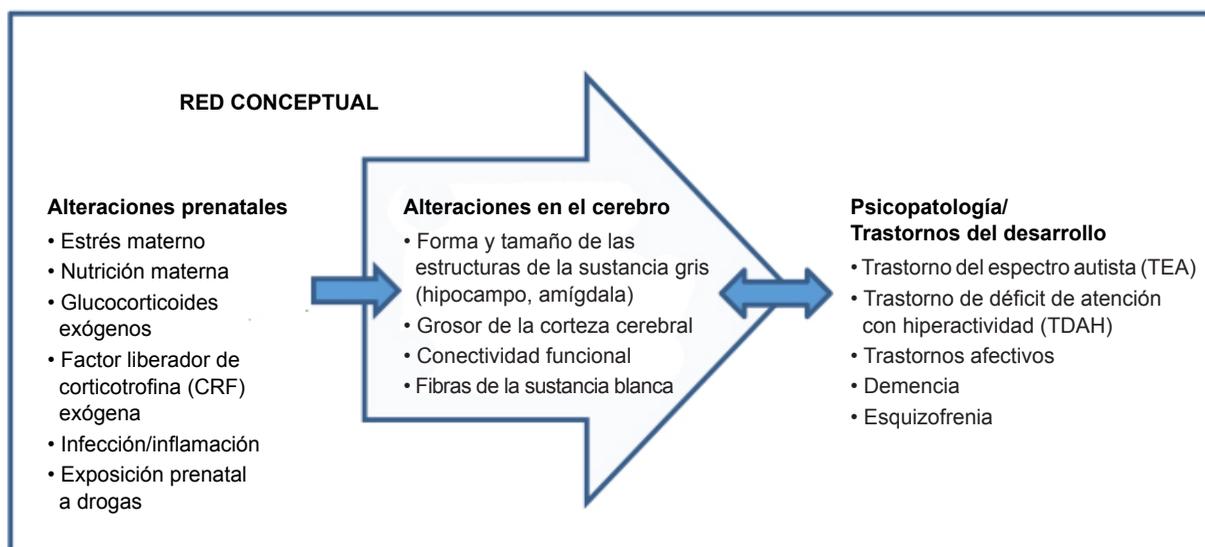
RIESGOS SOBRE EL DESARROLLO DE HIJAS/OS DE MADRES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN PUERPERAL

En general, las condiciones psiquiátricas parentales tienen un efecto negativo sobre el neurodesarrollo. La dependencia extrema de cuidados cotidianos y del contacto interpersonal en la vida posnatal temprana son claves en el desarrollo cognitivo y emocional, impactan sobre la calidad de construcción del vínculo y el funcionamiento interpersonal.^{29,30}

Los efectos físicos reportados incluyen mayor riesgo de retraso de crecimiento pondoestatural, cólicos del lactante más frecuentes e intensos, y alteraciones del sueño. Se informan también inmunizaciones incompletas, más consultas en servicios de emergencias y consultas no programadas más frecuentes con su pediatra.³¹

Los efectos sobre el neurodesarrollo

FIGURA 1. El rol del estrés en el desarrollo cerebral. Los efectos a largo plazo del entorno gestacional en el cerebro



Modificado y traducido de: Buss C, et al.²⁶ Disponible original en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3574809/>

dependen de la gravedad, cronicidad, momento y abordaje terapéutico de la DP, así como de la heterogeneidad de los factores de riesgo y protectores presentes que la potencian o atemperan. Los niveles de pobreza y de adversidad económica juegan un rol clave sobre los efectos negativos futuros de la DP, empeoran su pronóstico en contextos de bajo soporte social y dificultades parentales graves.⁶ La cronicidad y gravedad de la exposición a depresión prenatal y posnatal, más allá del año de vida del RN, suponen un factor de riesgo muy importante sobre el neurodesarrollo y sus consecuencias pueden extenderse a la edad escolar y la adolescencia.

Durante el embarazo, el parto, la etapa neonatal y los primeros meses de vida, se establece un vínculo fundamental en el binomio madre-hija/o. Este está influenciado por múltiples factores: contacto y apego, lactancia materna, nutrición, estimulación, cuidados generales, transmisión cultural y afectiva intergeneracional, etc.³² La alteración sostenida de estos canales de vinculación afectan negativamente este vínculo, modificando el andamiaje biopsicosocial sobre el cual se establece el neurodesarrollo.

La DP puede llevar a percepciones maternas negativas sobre el temperamento del bebé, que pueden generar conductas desfavorables que incluyen impaciencia, hostilidad, poca respuesta a señales, interacciones poco frecuentes y negativas, comunicación inefectiva, prácticas de alimentación inapropiadas y discontinuidad de la lactancia.

Trabajos de hace ya más de dos décadas mostraban un peor rendimiento en áreas mentales y motoras en la escala Bayley de hijas/os de madres con DP luego de 12 meses.⁵ Nuevos trabajos muestran que, en algunas formas leves de DP, las madres pueden lograr mantener un medioambiente con cuidados nutritivos y enriquecedores que favorecen el desarrollo del lenguaje, cognitivo, socioemocional y de función adaptativa, sin aparecer diferencias estadísticamente significativas en las investigaciones. Al mismo tiempo, se enfatiza la importancia del rol de otros cuidadores como amortiguadores de los efectos negativos potenciales sobre el neurodesarrollo.³³

Un estudio en 2017 encontró diferencias significativas en el desarrollo global, social y del lenguaje (sin afectar áreas motoras y de coordinación) en hijas/os de madres con DP respecto del grupo control, siendo el área del lenguaje la más afectada.³⁴

Un metaanálisis realizado por Slomian (2019) sobre las consecuencias de la DP encontró evidencias de la influencia negativa en el desarrollo cognitivo y en el lenguaje, tanto por acción directa como por efecto del entorno adverso que ella genera. También se describen alteraciones del desarrollo emocional, conductual (a los 2 años), del desarrollo vincular y fracaso en la lactancia al mes de vida.^{1,31}

El estrés, la depresión y la ansiedad maternos han sido asociados con un incremento de la actividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA) de su hija/o a diferentes edades: a los 6 meses, a los 5 y a los 10 años. Las interacciones del binomio y el estado psicológico de la madre también influyen en la actividad del eje HHA. Con inicio en el primer año, cuando el eje HHA es muy lábil, los cuidados parentales sensitivos/nutritivos se asocian con menor incremento o con activaciones menos prolongadas en reacción a las alteraciones de la vida diaria.³⁵

RIESGO SOBRE LAS MADRES NO TRATADAS

Están descritas consecuencias negativas sobre la salud física y mental de las madres sin abordaje terapéutico: peor calidad de vida, problemas para mantener la lactancia materna, depresión persistente, conductas de riesgo (incluido consumo problemático de sustancias), dificultades en la interacción social, ideación suicida.

El suicidio durante el período posparto es menos frecuente que en períodos no puerperales, salvo en las adolescentes. Los intentos de suicidio son 3 veces más frecuentes durante el primer año posparto luego de la muerte fetal o del infante.¹⁰

La psicosis puerperal (PP) es una emergencia psiquiátrica y ocurre en 1 cada 500 madres en las primeras 2-4 semanas. Requiere una intervención inmediata por el riesgo de infanticidio y suicidio. Es más común en primíparas mayores de 34 años. Las manifestaciones clínicas incluyen cambios del estado de ánimo, alucinaciones, conducta desorganizada, paranoia, funcionamiento y juicio afectados, y pensamiento confuso. Los factores de riesgo descritos incluyen episodios o internaciones previas por psicosis o episodios maníacos, abandono de tratamientos con estabilizadores del estado de ánimo, complicaciones obstétricas, historia familiar de trastorno bipolar o de PP.¹

El infanticidio es la situación de más

riesgo en la PP, y se asocia a la presencia de alucinaciones de comando y a los efectos del estrés inmanejable que provocan los cuidados del infante. La prevalencia es desconocida. También se reporta asociada a situaciones de DP grave en situaciones de abuso y rechazo del RN no querido o como revancha contra el abusador. La bibliografía menciona que entre un 16 % y un 29 % de las madres que asesinan a sus hijas/os luego se quitan la vida. El neonaticidio es definido como el asesinato del RN dentro de las primeras 24 horas de vida y se asocia a negación del embarazo, disociación/despersonalización, falta de cuidados prenatales y amnesia intermitente del parto.¹⁰

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN PUERPERAL

Fue evaluado el impacto de diferentes acciones del sistema de salud sobre la madre, observando la existencia de acciones tanto negativas como positivas en relación con la DP. Dentro de las negativas, especialmente sobre las madres de riesgo, se encuentran la inseguridad, la falta de empatía, la sobremedicalización del embarazo y del parto, el abuso de exámenes complementarios y la inadecuada contención. Por el contrario, un modelo de atención personalizado –que incluya una actitud contenedora, empática y humanizada, y ajustado a las necesidades de la paciente– constituye un factor protector relevante que contribuirá a una mejor evolución de la SMM.^{2,31}

En el tratamiento se emplean diferentes líneas. En primer lugar, la psicoterapia que incluye diferentes enfoques (interpersonal, psicodinámica). En segunda línea, está la farmacoterapia, especialmente los inhibidores de recaptación de serotonina (principalmente sertralina por su menor toxicidad en embarazo y lactancia).^{36,37} Por último, existen recursos como la terapia familiar, las unidades madre-bebé y las intervenciones psicoeducativas y de soporte social.^{3,4,10,38}

PROPUESTAS PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL DE LA MADRE Y EN EL NEURODESARROLLO CON MIRADA EN EL PRESENTE Y EL FUTURO

Existen experiencias que demuestran los beneficios de intervenciones transdisciplinarias y multifactoriales sobre padres y RN de riesgo en la prevención del estrés y la depresión.³⁹

Proponemos algunas acciones y lineamientos generales que pueden contribuir a su atención:

1. Establecer políticas públicas activas para la prevención y tratamiento de los problemas de salud mental durante el embarazo, el parto, el puerperio y en los primeros años de vida.
2. Indagar y reflejar en la historia clínica los elementos que nos permitan sospechar y detectar los problemas de SMM.
3. Potenciar los factores protectores sobre niñas, niños y adolescentes (NNyA) ante las situaciones de riesgo.
4. Establecer políticas de licencias parentales que garanticen el apoyo de las necesidades del binomio en esta etapa.
5. Informar y capacitar, tanto al equipo de salud como a las familias, durante los cursos de preparación para el parto, para que sea posible detectar los síntomas de DP oportunamente y orientar sobre las conductas por seguir.
6. Establecer acciones de prevención primaria sobre la población con factores de riesgo.
7. Establecer políticas o programas específicos en hospitales con gran caudal de partos o que atienden embarazos de alto riesgo (modelo de regionalización).⁴⁰
8. Establecer estrategias claras en el marco de la interdisciplina/transdisciplina, actuando en conjunto obstétricas, enfermeras, ginecólogos/obstetras, neonatólogos, pediatras, especialistas en salud mental, trabajadores sociales, etcétera.⁴¹

CONCLUSIONES

La DP representa un problema prevalente de salud pública, con potenciales consecuencias negativas sobre la madre y el RN/infante. Su abordaje debe ser oportuno y preventivo, orientado a los efectos negativos sobre la madre y sobre el desarrollo físico, cognitivo y emocional de los RN, así como su impacto en el neurodesarrollo (estructural, funcional, epigenético) de los NNyA.

Los miedos, tabúes o prejuicios pueden inhibir a las pacientes a consultar y solicitar ayuda, lo cual reduce las posibilidades de detección e intervención. La información y capacitación del equipo de salud interviniente, desde el inicio del embarazo hasta el primer año de crianza, son fundamentales para reducir los daños que pueden surgir de estas situaciones.

Los pediatras y neonatólogos tenemos un rol fundamental en este proceso, pero para ello

debemos ampliar la mirada más allá del paciente, con un enfoque holístico e integrador. Debemos incorporar la SMM como un ítem relevante en el proceso del desarrollo de las niñas y niños, y prestar atención a esta problemática cuando hallemos trayectorias no esperadas. ■

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración desinteresada y altamente constructiva de las Dras. Silvana Napoli, Gabriela Krochik y Flavia Torielli, que enriquecieron notablemente este manuscrito con su paciente dedicación y amplia perspectiva.

Material suplementario disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2024/10217_Act_Cafiero_Anexo.pdf

REFERENCIAS

- Ceriani Cernadas J. Depresión postparto, los riesgos y su temprana detección. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(3):154-5.
- Bernard-Bonnin. Maternal depression and child development. *Paediatr Child Health*. 2004;9(8):575-83.
- Patel M, Bailey R, Jabeen S, Ali S, et al. Postpartum depression: a review. *J Health Care Poor Underserved*. 2012;23(2):534-42.
- Sharma V, Sharma P. Postpartum depression: diagnostic and treatment issues. *J Obstet Gynaecol Can*. 2012;34(5):436-42.
- Murray L, Cooper P. Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child*. 1997;77(2):99-101.
- Cooper P, Murray L. Postnatal depression. *BMJ*. 1998;316(7148):1884-6.
- Organización Mundial de la Salud. 6E20.Trastornos mentales del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin síntomas psicóticos. En Clasificación Internacional de Enfermedades. 11ma rev (CIE-11). OMS; 2019/2021. [Consulta: 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es/#/http://id.who.int/icd/entity/1124422593>
- Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de Consulta de los criterios diagnóstico del DSM-5. 5a ed. Washington, DC: APA. 2014. [Consulta: 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Trifu S, Vladutiu A, Popescu A. The neuroendocrinological aspects of pregnancy and postpartum depression. *Acta endocrinol(Buchar)*. 2019;15(3):410-5.
- Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(4):357-64.
- Huang C, Costeines J, Kaufman J, Ayala C. Parenting Stress, Social Support, and Depression for Ethnic Minority Adolescent Mothers: Impact on Child Development. *J Child Fam Stud*. 2014;23(2):255-62.
- Xu H, Ding Y, Ma Y, Xin X, Zhang D. Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2017;97:118-26.
- Moameri H, Ostadghaderi M, Khatooni E, Doosti-Irani A. Association of postpartum depression and cesarean section: A systematic review and metaanalysis. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2019;7(3):471-80.
- Hutchens B, Kearney J. Risks factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *J Midwifery Womens Health*. 2020;65(1):96-108.
- Scheeder J, Kabir K, Stafford B. Screening for postpartum depression at well-child visits: Is once enough during the first 6 months of life? *Pediatrics*. 2009;123(6):e982-8.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6.
- Parsons C, Young K, Rochat T, Kringelbach M, Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. *Br Med Bull*. 2012;101:57-79.
- Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res*. 2000;49(5):272-82.
- Lautarescu A, Craig M, Glover V. Prenatal stress: Effects on fetal and child brain development. *Int Rev Neurobiol*. 2020;150:17-40.
- Subcomisión DOHAD – SAP Origen de la Salud y Enfermedad en el Curso de la Vida. – Sociedad Argentina de Pediatría. Concepto de Developmental Origins of Health and Disease: El ambiente en los primeros mil días de vida y su asociación con las enfermedades no transmisibles. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(4):s118-29.
- Napoli S. Estrés y neurodesarrollo. En: Cafiero PJ. Pediatría del desarrollo y la conducta: De la teoría a la práctica clínica. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Journal; 2023:119-29.
- Chechko N, Stickel S, Hahn L, Schnakenberg P, et al. Results of RIPOD (risk of postpartum depression) study: postpartum follow-ups, risk factors and prediction for clinical cases, and multimodal neuroimaging data. *J Affect Disord*. 2023;12(Suppl):100528.
- Sandman CA, Buss C, Head K, Poggi Davis E. Fetal exposure to maternal depressive symptoms is associated with cortical thickness in late childhood. *Biol Psychiatry*. 2015;77(4):324-34.
- Takács L, Kandrnal V, Kaňková Š, Bartos F, Mudrák J. The effects of pre- and post-partum depression on child behavior and psychological development from birth to preschool age: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2020(9):146.
- Bergman K, Sarkar P, Glover V, O'Connor T. Maternal Prenatal Cortisol and Infant Cognitive Development: Moderation by Infant–Mother Attachment. *Biol Psychiatry*. 2010;67(11):1026-32.
- Buss C, Entringer S, Swanson JM, Wadhwa PD. The Role of Stress in Brain Development: The Gestational Environment's Long-Term Effects on the Brain. *Cerebrum*. 2012;2012:4.
- Van Den Bergh BR, Mennes M, Oosterlaan J, Stevens V, et al. High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14- and 15-year-olds. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005;29(2):259-69.
- Olza Fernández I, Gainza Tejedor I. La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna durante el embarazo en el neurodesarrollo infantil. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2007;24(2,3,4):176-80.
- Tuovinen S, Lahti-Pulkkinen M, Girchenko P, Lipsanen J, et al. Maternal depressive symptoms during and after pregnancy and child developmental milestones. *Depress Anxiety*. 2018;35(8):732-41.
- Faisal-Cury, Tabb K, Ziebold C, Matijasevich A. The impact of postpartum depression and bonding impairment on child development at 12 to 15 months after delivery. *J Affect Disord*. 2021(4):100-25.
- Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyere

- O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women Health (Lond)*. 2019;15:1745506519844044.
32. Oliva-Delgado A. Estado actual de la teoría del apego. *Rev Psiquiatr Psicol Niño Adolesc*. 2004;4(1):65-81.
 33. Nix L, Nixon E, Quigley J, O'Keane V. Perinatal depression and children's developmental outcomes at 2 years postpartum. *Early Hum Dev*. 2021;156:105346.
 34. González G, Moraes M, Sosa C, Umpierrez E, et al. Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: estudio de cohorte. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(3):360-6.
 35. Lupien S, McEwen B, Gunnar M, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci*. 2009;10(6):434-45.
 36. Malo P, Prieto M, Oraá R, Zardoya MJ, et al. Uso de antidepresivos durante el embarazo y la lactancia. *Psiquiatr Biol*. 2018;25(1):20-5.
 37. Izbizky G, Otaño L. Uso de nuevos antidepresivos en el embarazo y el riesgo de malformaciones congénitas. *Arch Argent Pediatr*. 2010;108(2):101-3.
 38. Letorneau N, Denis CL, Cosic N, Linder J. The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: a systematic review. *Depress Anxiety*. 2017;34(10):928-66.
 39. Ruiz AL, Ceriani Cernadas JM, Cravedi V, Rodriguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch Argent Pediatr*. 2005;103(1):36-45.
 40. Speranza AM. Donde nacen y donde mueren los niños en Argentina. En Sociedad Argentina de Pediatría. PRONAP. 2017;1(1):15-52.
 41. Lester B, Bigsby R, High P, Wu S. Principles of intervention for preterm infant in the NICU. In 10° Canadian Ross Conference in Pediatrics. Optimizing the Neonatal Intensive Care Environment. Montreal, 1996;80:59-72.