

**ESTUDIO DE CASO DE UNA PACIENTE  
CON DEPRESIÓN POSTPARTO DESDE LA TERAPIA CENTRADA  
EN SOLUCIONES**

**CASE STUDY OF A PATIENT WITH POSTPARTUM DEPRESSION  
FROM SOLUTION-FOCUSED THERAPY**

**ESTUDO DE CASO DE UM PACIENTE  
COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE TERAPIA FOCADA NA  
SOLUÇÃO**

Carmen Daniela Cabrera Mogro<sup>1</sup>, Vaneska Cindy Aponte-Daza  
Universidad Católica Boliviana “San Pablo”

Esta investigación no recibió financiamiento

Recibido: 15 de noviembre 2023

Aceptado: 25 de noviembre 2023

Publicado: 25 de agosto 2024

Declaración de conflicto de intereses.

Los autores declaran que la presente investigación se llevó a cabo en ausencia de cualquier relación comercial y/o financiera que pudiera considerarse como un potencial conflicto de intereses.

---

<sup>1</sup> carmen.c.m0189@gmail.com

## RESUMEN

La maternidad es una etapa generalmente concebida como una faceta positiva para la mujer. Sin embargo, un amplio porcentaje de mujeres experimenta alteraciones en su estado de ánimo, caracterizadas por episodios de melancolía o tristeza. Estos episodios ocurren entre los dos y los cuatro días posteriores al parto y suelen desaparecer pasadas dos o tres semanas. Si la sintomatología persiste, puede derivar en una depresión posparto, afectando el sueño, generando un excesivo cansancio, incidiendo en la pérdida de la libido y produciendo pensamientos catastróficos y ansiosos acerca del bebé. En este artículo se evidencian los síntomas de una paciente de 34 años, cuyo motivo de consulta fue la depresión posparto. Se realizaron cinco sesiones, y el estudio contempla el diagnóstico y el abordaje de la intervención psicológica para calmar el sufrimiento durante la etapa de la maternidad.

**Palabras claves:** *Baby blues*, *maternity blues*, melancolía, tristeza, depresión posparto, maternidad.

## ABSTRACT

Motherhood is a stage generally conceived as a positive facet for women. However, a large percentage of women experience alterations in their mood, characterized by episodes of melancholy or sadness. These episodes occur between two and four days after delivery and usually disappear after two or three weeks. If the symptoms persist, it can lead to postpartum depression, affecting sleep, generating excessive tiredness, affecting the loss of libido and producing catastrophic and anxious thoughts about the baby. This article shows the symptoms of a 34-year-old patient, whose reason for consultation was postpartum depression. Five sessions were held, and the study includes the diagnosis and approach to psychological intervention to calm suffering during the stage of motherhood.

**Key words:** *Baby blues, maternity blues, melancholy, sadness, postpartum depression, motherhood.*

## RESUMO

A maternidade é uma fase geralmente concebida como uma faceta positiva para as mulheres. No entanto, uma grande porcentagem de mulheres experimenta alterações no humor, caracterizadas por episódios de melancolia ou tristeza. Esses episódios ocorrem entre dois e quatro dias após o parto e geralmente desaparecem após duas ou três semanas. Se os sintomas persistirem, pode levar à depressão pós-parto, afetando o sono, gerando cansaço excessivo, afetando a perda da libido e produzindo pensamentos catastróficos e ansiosos sobre o bebê. Este artigo mostra os sintomas de uma paciente de 34 anos, cujo motivo da consulta foi depressão pós-parto. Foram realizadas cinco sessões, sendo que o estudo contempla o diagnóstico e a abordagem da intervenção psicológica para acalmar o sofrimento durante a fase da maternidade.

**Palavras chave:** *Baby blues, maternity blues, melancolia, tristeza, depressão pós-parto, maternidade.*

En la etapa del embarazo y el puerperio y/o postparto se manifiestan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales generando una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos (Carro et al. 2000 citado por Sanabria, Islas, Flores 2022).

Uno de esos trastornos es la Depresión Posparto (DPP), específicamente este es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56% de las mujeres latinas habitantes en México y Estados Unidos hasta aproximadamente los primeros 4 meses después del nacimiento de su bebé. “Su incidencia mundial es del 15%, y está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el período perinatal” (Barrera, 2015 citado por Caparros, Romero y Peralta, 2018).

Por ello está asociado al suicidio y filicidio, y el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal (Degner, 2017 citado por Caparros et al. 2018).

En una entrevista realizada al psiquiatra Camell (2022), menciona que existen características específicas de la depresión tales como: tristeza, cambios de humor, irritabilidad, apatía, aislamiento social, pérdida de energía, dificultad para comer y dormir bien, bajo interés y placer reducidos en las actividades en las cuales se solía disfrutar. En la DPP, puede haber algunos síntomas más específicos para dicho trastorno, como la incapacidad para vincularse con el bebé o tener miedo a no ser una buena madre. En este sentido, para no aumentar la culpa o el estigma hacia la madre, es importante no considerar la depresión posparto como un signo de debilidad o de defecto de personalidad, sino como una complicación del parto con unas causas y unas consecuencias que hay que abordar de manera integral (Niebla, Opinión, 25/09/2022).

*Depresión post parto y diferencias con la disforia post parto (tristeza, postparto maternity blues o baby blues*

*Disforia o tristeza post parto*

La disforia y/o tristeza profunda fue descrita inicialmente como un fenómeno psicológico de alteración del estado de ánimo de manera transitoria, que se da por cambios hormonales que afectan en el ámbito social y personal (Contreras, 2011 y Medina – Serdan, 2013). “Estos tienen una intensidad y duración variable, y suelen aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto” (Romero, 2013).

El baby blues también conocido como *maternity blues* o tristeza postparto, tiene origen en el comic Baby blues creado por Rick Kirkman y Scott Jerry en el año 1990, mostrando así la vida real de una familia y en especial de la madre que es el personaje principal, en este comic se describe por ejemplo un pasaje en el que se detalla: “Ella optó por ser madre y ama de casa tras el nacimiento de sus hijos. Sin embargo, se frustra y envidia a otras mujeres a las que considera mejores madres. Wanda, a veces, ve a sus hijos como una molestia, aunque en el fondo los ama”. Siguiendo esa línea, a continuación se exponen algunos de los síntomas principales que denotan cuando una madre estaría pasando por un baby blues.

*Depresión postparto.*

De acuerdo con el DSM-V la sintomatología de la depresión perinatal es análoga a un episodio depresivo mayor, con la exclusividad que se manifiesta en el embarazo o durante las primeras cuatro semanas posparto (APA, 2013). No obstante, la especificación de este lapso para fines de investigación y atención, el periodo perinatal generalmente abarca desde la gestación hasta el primer año posparto (O' Hara y McCabe, 2013). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Clasificación de Enfermedades (CIE-10), clasifica a este trastorno como mental y del comportamiento con un nivel leve asociado al puerperio, no catalogados en otras categorías con comienzo en las seis semanas posteriores al parto (CIE 11, 2023).

La depresión posparto es común y tiene diversas consecuencias, pero la más sobresaliente es el sufrimiento que provoca a la madre (Botello, 2017). Cuando padece este trastorno, por lo general, se siente confundida, culpable e incapaz de atender las demandas de las o los recién nacidos, quienes pueden sufrir afectaciones en su desarrollo físico y emocional. Uno de los predictores más importantes de la DPP es la depresión en el embarazo, la cual también se presenta con frecuencia (Lara, 2017). La depresión durante la gestación incrementa el estrés normal que acompaña el proceso del embarazo, derivado de los cambios y transformaciones biológicas y psicológicas que conlleva el nacimiento de una persona. Asimismo, es causa probable de que la madre descuide su salud y no asista a revisiones prenatales, lo cual afecta el desarrollo del feto. (Lara, 2017).

Existen síntomas notorios de la DPP que pueden significar que una madre está atravesando por algo más serio que un *baby blues*. Múltiples síntomas que no desaparecen o pensamientos de suicidio pueden significar que la madre podría necesitar una evaluación por un personal de salud (psiquiatra) o profesional de salud mental (psicólogo/a perinatal). (*Mental Health Association, 2008*).

En la siguiente tabla se detallan los principales síntomas.

Tabla 1.  
*Síntomas de la DPP*

<b>Sentimientos</b>	<b>Comportamiento</b>	<b>Síntomas Físicos</b>
Aumento del llanto e irritabilidad. Desesperanza y tristeza. Cambios de humor incontrolables. Sentirse agobiada o incapaz de superarse. Temor de dañar al bebé, su pareja o a sí misma Miedo de estar sola.	No tener ningún interés en el bebé o demasiada preocupación por él. Descuido de sí mismo. Pérdida de interés o placer en actividades. Disminución de energía y motivación. Retiro o aislamiento de amigos y familiares. Inhabilidad de pensar claramente o tomar decisiones	Agotamiento, debilidad y fatiga. Disturbios del sueño y el apetito no relacionados con el cuidado del bebé. Dolores de cabeza, dolores en el pecho, hiperventilación, palpitaciones del corazón.

Fuente: (*Mental Health Association, 2008*).

### *Factores de riesgo de la depresión post parto*

Ciertos factores pueden aumentar el riesgo de depresión de una nueva madre durante y después del embarazo. La detección temprana de factores de riesgo es fundamental para prevenir la depresión postparto. Lo que sigue representa los posibles factores de riesgo (*Mental Health Association, 2008*):

Tabla 2.  
*Factores de riesgo de la DPP*

Antecedentes personales de depresión u otras enfermedades mentales o abuso de sustancias	Eventos estresantes de la vida
Antecedentes familiares de depresión u otra enfermedad mental	Madre joven y/o soltera
Falta de apoyo de familiares y amigos	Complicaciones durante parto/nacimiento
Ansiedad o sentimientos negativos sobre el embarazo	
Embarazo anterior, dificultades del nacimiento o postparto	Baja confianza como padre
Matrimonio o problemas de dinero	Problemas con la salud del bebé. Un cambio importante de la vida al mismo tiempo que el nacimiento del bebé

Fuente: (*Mental Health Association, 2008*).

Ante dichos antecedentes el objetivo del presente artículo es exponer un caso específico de depresión postparto y describir la intervención terapéutica requerida para sobrellevar esta afectación que muchas mujeres padecen en la etapa del puerperio, además de mostrar las diferencias que existen entre la tristeza postparto (*baby blues – maternity blues*) y la depresión postparto (DPP), y cuáles son los factores de riesgos que pueden existir.

### **Estudio sobre depresión post parto (Estudio de caso)**

#### *Antecedentes*

El estudio de caso trata sobre una mujer de 34 años que es mamá por segunda vez, la paciente busca ayuda psicológica por un grupo de apoyo que es lanzado por RRSS. Por lo cual se concreta una cita.

Nombre: XX

Edad: 34 años

Estado civil: casada

Profesión: electrónica

Sus embarazos fueron planificados, estado emocional lábil, ansiedad, nerviosa por su bebé mayor, el parto de ambos fue normal, el último con desgarro, realiza lactancia tándem.

Motivo de la consulta, “*Me siento muy triste porque mi bebé nació con un riñón medio inflamado, me preocupa porque me dijeron que debo operarlo, pero otros me dicen que debo esperar. Y mi hijo mayor me desespera*”

*Primera sesión:*

La situación descrita refleja una compleja interacción de factores emocionales, familiares e históricos que influyen en la salud mental de la paciente, así como en su relación con sus hijos. El tratamiento planteado se estructura de la siguiente manera:

*Enfoque Terapéutico:* Fortalecimiento del Vínculo Madre-Hijos:

Implementar técnicas que faciliten la conexión emocional con sus hijos. Esto incluye actividades que fomenten el juego, la comunicación y el tiempo de calidad juntos, así como formar un entorno seguro y afectivo.

Explorar y trabajar sobre la percepción de la paciente acerca de su rol como madre, y sus expectativas y temores en esta área.

*Adaptación a la Dinámica Familiar con el Nuevo Miembro:* Apoyar a la madre en su proceso de adaptación a la llegada de su segundo hijo, facilitando estrategias para manejar la sobrecarga de atención que ambos niños requieren. Fomentar una comunicación abierta con su pareja u otros miembros de la familia que puedan apoyarles, para crear una red de apoyo en la crianza.

*Técnicas de Relajación para la Ansiedad:* Introducir prácticas de mindfulness, respiración profunda y relajación progresiva. Estas técnicas pueden ayudar a la paciente a manejar mejor la angustia y los momentos de desborde emocional.

Crear rutinas de autocuidado que permitan a la madre encontrar espacios para sí misma, lo cual es crucial para mantener su salud mental.

*Modificación de Pensamientos Catastróficos:* Trabajar con la paciente en identificar y desafiar pensamientos distorsionados que potencialmente contribuyen a su ansiedad y a su percepción negativa de sí misma como madre. Implementar técnicas de terapia cognitiva que permitan modificar estos pensamientos hacia interpretaciones más realistas y funcionales.

*Evaluación de la Depresión Puerperal (DPP):* Realizar una evaluación más detallada de los síntomas que la paciente presenta en relación con la DPP. Herramientas como escalas de depresión y entrevistas estructuradas pueden ser útiles para clarificar el diagnóstico. En caso de confirmarse DPP, la intervención puede incluir un enfoque integrado que combine terapia y, posiblemente, re-evaluación de tratamiento psiquiátrico, teniendo en cuenta su reticencia a la medicación.

*Exploración de la Historia Personal y Familiar:* Es fundamental realizar un trabajo psicológico en torno a las experiencias traumáticas y las vivencias de la niñez que la paciente ha compartido. Esto puede incluir trabajar en la relación con la comida y el impacto de las experiencias de su

adolescencia en su vida actual. Fomentar la elaboración de estas experiencias permitirá a la paciente procesarlas y comprender cómo han influido en su vida y en su rol como madre.

### *Segunda sesión*

En la segunda sesión, la paciente fue evaluada utilizando la Escala de Depresión Postparto de Edinburgh, una herramienta diseñada para ayudar a los profesionales de la salud en la identificación de síntomas de depresión postparto en las nuevas madres. El resultado de esta evaluación indicaba que la paciente presenta un nivel moderado de depresión postparto, lo que es motivo de preocupación y requiere atención adecuada.

La depresión postparto puede ser un trastorno serio que afecta no solo el bienestar de la madre, sino también su capacidad para cuidar de su recién nacido y mantener relaciones saludables. A diferencia del "blues" postparto, que es pasajero y generalmente se resuelve en una semana, la depresión postparto puede persistir durante meses si no se trata. Por otro lado, la psicosis del puerperio representa una condición mucho más grave y requiere intervención inmediata.

Como parte del proceso terapéutico, se ha decidido trabajar en los pensamientos catastróficos que la paciente experimenta. Se le ha instruido que lleve un registro de estos pensamientos, anotando sus descripciones, momentos en que surgen, y posibles disparadores. Esta práctica no solo promueve la autoconciencia, sino que también se convierte en una herramienta útil para la reestructuración cognitiva en sesiones posteriores.

Adicionalmente, se ha identificado que la paciente tiene dificultades para conciliar el sueño, lo cual es común en quienes sufren de depresión postparto. Para abordar este problema, se ha iniciado la práctica de la técnica de relajación progresiva. Esta técnica ayudará a la paciente a liberar la tensión acumulada en su cuerpo y a calmar su mente, lo que puede facilitar un mejor descanso nocturno y contribuir a una mejor regulación emocional.

Es fundamental que la paciente se sienta apoyada y comprendida durante este proceso. Continuar con el seguimiento regular y evaluar la efectividad de las intervenciones planteadas es clave para su recuperación.

### *Tercera sesión*

El grupo de apoyo que describes es una iniciativa valiosa para las madres que enfrentan los desafíos de la maternidad. El desgaste emocional y la presión constante que pueden sentir al cuidar de sus hijos pequeños a menudo pasan desapercibidos, y es fundamental proporcionar un espacio donde puedan compartir sus experiencias sin juicio.

La empatía y la comprensión que florecen en estos grupos son claves para crear un entorno seguro donde las mamás se sientan escuchadas y apoyadas. Hablar sobre situaciones extremas y compartir estrategias para manejarlas puede ser liberador, además de brindar nuevas perspectivas que quizás no habían considerado.

La catarsis emocional que se experimenta en estos encuentros puede aliviar el estrés acumulado y ayudar a las madres a reconocer que no están solas en sus luchas. Además, el intercambio de consejos prácticos y recursos puede fortalecer su capacidad para enfrentar los retos cotidianos de la maternidad.

Es importante fomentar la continuidad de estas reuniones, asegurando que las madres sientan que tienen un espacio constante al que acudir. Esto no solo promueve la salud mental, sino que también puede enriquecer las relaciones entre las participantes, creando una red de apoyo duradera que les beneficie tanto a ellas como a sus familias.

#### *Cuarta sesión*

El enfoque de esta sesión estuvo claramente centrado en la psicoeducación para ayudar a la paciente a manejar la transición de tener un segundo hijo. Aquí hay un resumen de los puntos clave que se abordaron:

*Rutinas Diarias:* Se sugirió establecer rutinas durante el día para ayudar a gestionar la carga emocional y organizativa que conlleva la llegada de un nuevo bebé. Esto puede proporcionar estructura y previsibilidad, tanto para la madre como para los niños.

*Involucrar al Hermano Mayor:* Se recomendó incluir al hermano mayor en las actividades del cuidado del bebé, como el cambio de pañales, el baño y los juegos. Esto no solo fortalece el vínculo entre hermanos, sino que también ayuda al niño mayor a sentirse útil y valorado en su nuevo rol.

*Adaptación Familiar:* Se enfatizó la importancia de que la familia, y no el bebé, se adapte al nuevo integrante. Esto significa que las dinámicas familiares previas deben ajustarse para facilitar la transición, en lugar de que toda la familia cambie radicalmente su rutina para satisfacer al recién llegado.

*Descanso de la Madre:* Se habló sobre la necesidad de que la paciente priorice su descanso nocturno, dado que, como cuidadora principal, la falta de sueño puede aumentar su estrés y contribuir a la irritabilidad y fatiga. Es fundamental que busque apoyo para garantizar su bienestar.

*Límites para el Hijo Mayor:* Se abordó la importancia de establecer límites claros y respetuosos para el hijo mayor. Se subrayó que la madurez emocional de un niño de tres años es limitada y la frustración puede ser común. Es esencial ser paciente y comprensivo, ofreciendo orientación y apoyo mientras el niño aprende a manejar sus emociones.

Estos puntos reflejan una comprensión profunda de las dinámicas familiares y la importancia de cuidar tanto a los niños como a los padres en la transición a una familia más grande. La psicoeducación en estos temas puede ser muy valiosa para facilitar el proceso de adaptación y minimizar el estrés familiar.

### *Quinta sesión*

En la sesión descrita, se observan varios puntos clave en la vida de la paciente que merecen un análisis profundo para poder comprender su situación emocional y familiar.

*Validación emocional por parte de la pareja:* La paciente expresa la necesidad de recibir reconocimiento y validación de su esposo respecto a sus emociones y experiencias pasadas. Este es un punto crítico en las relaciones, ya que la falta de validación puede llevar a sentimientos de soledad y frustración. Es importante que el esposo comprenda el impacto que tiene su falta de respuesta en la salud emocional de la paciente. Podría ser útil invitar a ambos a explorar talleres de comunicación o terapia de pareja, donde puedan aprender a escucharse y validar las experiencias del otro.

*Conflictos intergeneracionales en la crianza:* La situación entre la paciente y su madre refleja un conflicto generacional común en la crianza de los hijos. La paciente siente que su madre es inconsistente en su enfoque sobre la disciplina, lo que puede generar inseguridad en ella como madre. Ayudar a la paciente a establecer límites claros y comunicarlos adecuadamente tanto a su madre como a sus hijos puede ser un paso importante. Podría ser beneficioso trabajar en técnicas de comunicación asertiva que le permitan expresar sus necesidades y sentimientos sin entrar en conflictos.

*Discusión con el hermano:* Las discusiones acaloradas con su hermano evidencian una falta de comunicación efectiva y la posibilidad de que ambos estén activando patrones de conducta aprendidos en la infancia. Evaluar las dinámicas familiares y cómo se manejan las diferencias de opinión puede ser crucial. Se podrían explorar estrategias para resolver conflictos de manera constructiva y promover un diálogo más respetuoso. Practicar la escucha activa y la empatía puede ayudar a ambos a sentirse escuchados y comprendidos, reduciendo la necesidad de gritar o descalificarse.

*Responsabilidad personal en las relaciones:* Es fundamental que la paciente reflexione sobre su papel en las dinámicas familiares y reconozca que, aunque no puede controlar las reacciones de los demás, sí puede manejar su respuesta y decidir cómo abordar los conflictos. Fomentar su autoconfianza y habilidades de comunicación podría empoderarla para establecer límites saludables y abordar desavenencias en sus relaciones más cercanas.

En resumen, la sesión resalta la relevancia de la comunicación efectiva, la validación emocional y la responsabilidad personal como aspectos clave para mejorar las relaciones familiares. Continuar el trabajo en estas áreas permitirá a la paciente construir un entorno más saludable para sí misma y su familia, promoviendo el crecimiento y la comprensión entre generaciones.

## **CONCLUSIONES**

La depresión postparto (DPP) es un problema de salud mental que afecta a muchas mujeres después de dar a luz, y a menudo es una condición subdiagnosticada. Es fundamental aumentar la concienciación sobre la DPP, ya que no solo impacta en la salud de la madre, sino también en el

bienestar del bebé y la dinámica familiar. La maternidad trae consigo cambios significativos en múltiples niveles —biológicos, psicológicos y sociales— que pueden desestabilizar la salud mental de la nueva madre.

La creación de redes de apoyo, que pueden incluir a la pareja, familiares, amigos y otras madres, es crucial. Estas redes deben ofrecer un espacio seguro para que las mujeres compartan sus experiencias y sentimientos sin ser juzgadas, lo que puede ser especialmente valioso para mitigar la soledad y la sensación de incomprensión que muchas mujeres sienten durante esta etapa.

Es esencial que la DPP y la psicología perinatal sean ampliamente reconocidas y discutidas en el ámbito de la salud pública. Los hospitales y centros de maternidad deberían contar con profesionales especializados en salud mental materna y perinatal que puedan ofrecer diagnósticos precisos y apoyo adecuado. Este enfoque integral puede contribuir significativamente al bienestar de las madres y de sus bebés.

La lactancia, por su parte, se puede considerar un medio de fortalecer el vínculo entre madre e hijo, y también se ha evidenciado que puede servir como una estrategia preventiva contra la DPP. Sin embargo, situaciones como la lactancia en tándem pueden presentar desafíos adicionales, especialmente si no hay un soporte adecuado. Es importante desmitificar creencias erróneas sobre la lactancia en tándem, ya que esta ha demostrado ser beneficiosa para reducir los síntomas de depresión en algunas madres.

La fatiga emocional y física, que muchas veces se presenta en mujeres con DPP, puede crear sentimientos de culpa y una sensación de incapacidad para atender adecuadamente a ambos hijos, como en el caso descrito en el artículo. La psicoeducación y la implementación de rutinas diarias son herramientas efectivas para ayudar a las madres a organizar mejor sus responsabilidades, lo que puede resultar en una experiencia más positiva de la maternidad.

Finalmente, los grupos de apoyo juegan un papel esencial en el proceso de maternidad. Estos espacios ofrecen un entorno donde las madres pueden compartir sus vivencias, expresar sus emociones y encontrar consuelo en las experiencias de otras. Al compartir las dificultades y logros de la maternidad, crean una red de solidaridad que puede ser fundamental en la gestión de las transiciones y desafíos que conlleva la crianza.

## REFERENCIA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Barrera AZ, Nichols AD. Depression help-seeking attitudes and behaviors among an Internet based sample of Spanish-speaking perinatal women. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(3):148–53.
- Caparros-Gonzalez R, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI Depresión postparto, un problema de salud pública mun-dial [carta]. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:97 doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>.

- Carro García, T.,<sup>a</sup> Sierra Manzano, J., Hernández Gómez, MJ, Ladrón Moreno, E., & Antolín Barrio, E. (s/f). *Trastornos del estado de ánimo en el postparto* . Semg.info. Recuperado el 3 de junio de 2023, de <http://semg.info/mgyf/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf>
- CIE-11. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-11 Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2023.
- Degner D. Differentiating between “baby blues,” severe depression, and psychosis. *BMJ*. 2017;359:j4692. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4692>
- Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo [EPDS, por sus siglas en inglés] Obtenido de la *British Journal of Psychiatry* [Revista Británica de Psiquiatría] junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky.
- Género y salud. en cifras. Volumen 15, Núm. 2 Mayo-agosto Ejes constitutivos de la masculinidad dominante Luis Botello Lonngi.* (s/f). Docplayer.Es. Recuperado el 3 de junio de 2023 de <https://docplayer.es/93559944-Genero-y-salud-en-cifras-volumen-15-num-2-mayo-agosto-ejes-constitutivos-de-la-masculinidad-dominante-luis-botello-lonngi.html>.
- Medina-Serdán, Erica. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185-193. Recuperado en 17 de mayo de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es&tlng=es)
- Niebla R. Depresión posparto: la angustia y tristeza en la maternidad, *Periodico Opinion*, 25-09-2022. <https://www.opinion.com.bo/articulo/revista-asi/depresion-posparto-angustia-tristeza-maternidad/20220923211714881434.html>
- O' Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9: 379-407.
- Periódico Opinión: <https://www.opinion.com.bo/articulo/revista-asi/depresion-posparto-angustia-tristeza-maternidad/20220923211714881434.html>
- Romero AI, Carrillo A. Alteraciones psiquiátricas en el postparto. *JANO: Medicina y Humanidades*. 63 (1449): 30-36. [http://test.elsevier.es/jano/ctl\\_servlet?\\_f=1350&id=13001842](http://test.elsevier.es/jano/ctl_servlet?_f=1350&id=13001842). [
- Santiago Sanabria, Leopoldo, Islas Tezpa, David, & Flores Ramos, Mónica. (2022). Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Acta médica Grupo Ángeles*, 20(2), 173-177. Epub 31 de octubre de 2022.<https://doi.org/10.35366/104280>.
- US Department of Health and Human Services, Office on Women's Health: <http://www.womenshealth.gov/faq/depression-pregnancy.pdf> Oklahoma Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, v. 12 no. 2 Spring 2008.