



Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

ISSN: 0034-7434

rcog@fecolsog.org

Federación Colombiana de Asociaciones de
Obstetricia y Ginecología
Colombia

Latorre-Latorre, José Fidel; Contreras-Pezzotti, Leddy Marina; García-Rueda, Susana; Arteaga-Medina, Juan

LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES DE BUCARAMANGA, COLOMBIA

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 57, núm. 3, 2006, pp. 156-162

Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214319003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES DE BUCARAMANGA, COLOMBIA

Postpartum depression in adolescent women from Bucaramanga, Colombia

José Fidel Latorre-Latorre M.D., MSc*, Ledy Marina Contreras-Pezzotti M.D.**, Susana García-Rueda M.D.***, Juan Arteaga-Medina M.D.****

Recibido: julio 15/05 - Revisado: agosto 10/05 - Respuesta Autores: septiembre 1/06 - Aceptado: septiembre 12/06

RESUMEN

La depresión, más frecuente en la mujer, es un problema mundial, cuyas probabilidades de padecerla aumentan durante el puerperio. Las cifras de incidencia de depresión en el posparto son variables pero, en algunas comunidades latinoamericanas, se han informado valores superiores al 20%. Se ha reportado incremento de la incidencia durante la adolescencia. En Colombia no se conocen cifras en madres de esta edad.

Objetivos: establecer la incidencia de depresión posparto en adolescentes de Bucaramanga y compararla con la presentada en mujeres mayores.

Métodos: estudio de cohorte (mayo/2003 – abril/2004) con 286 mujeres puérperas provenientes de once centros asistenciales de Bucaramanga y seguidas seis semanas. Se recogió información sobre aspectos sociodemográficos, variables obstétricas, antecedentes psiquiátricos, datos del recién

nacido y lactancia. El diagnóstico de depresión posparto fue establecido por un psiquiatra de acuerdo con criterios de DSM IV. Se midieron tasas de incidencia por grupos de edad, se calcularon razones de tasas y se ajustó el riesgo de padecerla por regresión de Cox.

Resultados: la tasa de incidencia de depresión posparto en adolescentes fue de 0,6 casos/1.000 días – persona (IC 95% 0,07–2,2); en mujeres de 21 a 34 años fue de 1,0 caso/1.000 días – persona (IC 95% 0,3–2,0); y de 1,9 casos/1.000 días – persona (IC 95% 0,3–5,4) en mujeres mayores. Cuando se hizo ajuste, el *hazard ratio* fue de 3,0 (IC 95% 0,3–29,9) para las mujeres de 21 a 34 años y de 7,4 (IC 95% 0,6–95,6) para las madres mayores de 34 comparándolas con adolescentes.

Conclusiones: la depresión posparto constituye un problema de salud frecuente en Bucaramanga. Las madres adolescentes no presentan un riesgo mayor que el de otras mujeres.

Palabras claves: depresión posparto, tasa de incidencia, edad.

SUMMARY

Background: depression, which occurs very frequently in women, is a worldwide problem and the likelihood of suffering from it increases during puerperium. Postpartum depression rates are highly variable; however, some reports from Latin-American communities have shown more than a

† FINANCIACIÓN: Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología “Francisco José Caldas” – COLCIENCIAS

* Grupo de investigación PAIDOS (Centro de estudios Epidemiológicos –CIE) Universidad Industrial de Santander – UIS – Bucaramanga, Colombia. Línea de Epidemiología UNAB, Bucaramanga, Colombia. COMUNICACIÓN: Dr. J. Fidel Latorre L. Teléfono: (57 7) 6516792 Correo electrónico: flatorre@uis.edu.co, jlatorre@unab.edu.co. Departamento de Pediatría Universidad Industrial de Santander – UIS – Bucaramanga, Colombia. Hospital Universitario de Santander, HUIS, piso 4.

** Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría Universidad Industrial de Santander – UIS – Bucaramanga, Colombia. INML y CF Bucaramanga, Colombia

*** Ginecoobstetra. Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad Industrial de Santander UIS Bucaramanga, Colombia.

**** Psiquiatra. INML y CF Bucaramanga, Colombia

20% incidence rate. Increased incidence during adolescence has been reported. There is no readily available data concerning adolescent mothers in Colombia.

Objective: establishing the incidence of postpartum depression in adolescent women and comparing it with incidence reported in older women.

Methods: a cohort was assembled between May 2003 and April 2004 involving puerperal women from 11 health centres located in Bucaramanga's metropolitan area. Women were followed-up for six week. Information was obtained for socio-demographic, obstetric and psychiatric antecedents as well as characteristics regarding their newborn, delivery data and breast feeding pattern. Postpartum depression was established by a psychiatrist according to DSM IV criteria. Incidence rates were calculated by age group, incidence rate ratio was established and risk adjusted by Cox regression.

Results: postpartum depression incidence rate in adolescent women was 0.6 cases/1,000 people – day (0.07–2.2 CI95%), 1 case/1,000 people – day in 21 to 34 year-old-women (0.3–2.0 CI95%) and 1.9 cases/1,000 people – day (0.3–5.4 CI95%) in women aged 34 and older. When adjustment was made, hazard ratio was 3.0 (0.3–29.9 CI95%) in 21 to 34 year-old women and 7.4 (0.6–95.6 CI95%) in women aged 34 and older compared to adolescent women.

Conclusions: Postpartum depression is a frequent health problem in Bucaramanga's metropolitan area. Adolescent mothers are at no more risk than other women.

Key words: depression, postpartum, incidence, age.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo.¹ Para la tercera década de este milenio la depresión será, según el estudio de carga global de la enfermedad (OMS/ Banco

Mundial), la segunda causa general de discapacidad.² En Colombia el segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas reportó, en mujeres, una prevalencia anual de depresión de 3% y en la vida de 20,7%.³

La depresión es más frecuente en la mujer y ha sido asociada a múltiples eventos vitales, incluido el parto.⁴ El puerperio constituye, entonces, una época en la cual los trastornos afectivos son comunes, pero algunos, como la depresión posparto (DPP) son poco reconocidos.⁵

La incidencia de DPP varía ampliamente de acuerdo a patrones socioculturales, a la forma de medición, al momento de la evaluación y a los criterios diagnósticos utilizados. Se encuentran cifras desde el 3,7% al año en Minnesota,⁶ hasta del 22,4%, a los dos meses, en Chile.⁷ La prevalencia informada está alrededor del 13%,^{8,9} aunque en algunos lugares como en Chile se han reportado cifras mayores.¹⁰

La DPP es un evento grave que puede afectar tanto el bienestar materno como la salud, el comportamiento y el desarrollo del niño. Existe evidencia que apunta al hecho de que mujeres que han padecido una depresión mayor en el periodo posnatal pueden tener recurrencias de episodios depresivos mayores a lo largo de su vida.¹¹ Aunado a lo anterior, la mayoría de estudios informan de alteraciones de la relación madre – hijo,¹²⁻¹⁴ del neuro – desarrollo, del desarrollo emocional y del desarrollo cognitivo del niño.¹⁵⁻¹⁷

Se ha asociado DPP con variables personales de la paciente, incluida la edad. Los síntomas depresivos, según algunos estudios,¹⁸⁻²⁰ son frecuentes entre gestantes adolescentes; sin embargo, dada la diversidad étnica y cultural estos resultados no pueden generalizarse. En Colombia la frecuencia de DPP entre madres adolescentes no se conoce.

El objetivo del presente estudio fue establecer la incidencia de DPP en madres adolescentes, en una cohorte de mujeres de la ciudad de Bucaramanga y compararla con la presentada en las de mayor edad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: estudio de cohorte.

Población: 286 mujeres del área metropolitana de Bucaramanga, captadas en las primeras veinticuatro horas del puerperio, se excluyeron quienes presentaban retraso mental evidente o aquellas que habían dado a luz un feto muerto y quienes tenían depresión en el momento del parto.

Las pacientes fueron reunidas entre abril de 2003 y mayo de 2004 en once instituciones de salud del área metropolitana de Bucaramanga. La metodología del estudio ha sido descrita en detalle en otra publicación.²¹

Tipo de muestreo: el muestreo se hizo por conveniencia. Las mujeres participantes fueron enroladas secuencialmente en cada institución hasta completar el tamaño de muestra convenido para cada una.

Procedimientos: un especialista en psiquiatría, que utilizó una entrevista semiestructurada de acuerdo con el DSM IV,²² que confirmó la aparición de DPP en quienes habían obtenido puntajes mayores o iguales a diez al responder una versión en español, traducida por los autores, de la escala de Edimburgo,²³ que fue utilizada como forma de tamizaje. Esta escala fue autoadministrada. Se contó con la participación de una enfermera entrenada que aclaró las dudas respecto a las preguntas a quienes lo solicitaron. De la misma forma el psiquiatra, enmascarado al resultado de la prueba evaluó al azar, el 5% de quienes puntuaron por debajo del límite establecido, con el fin de corregir posibles sesgos de clasificación dado que no se conocía el rendimiento psicométrico de la versión utilizada en la población de Bucaramanga.

La primera evaluación se realizó antes de las 24 horas posparto con el fin de descartar pacientes que estuviesen cursando con un cuadro de depresión y garantizar que el inicio de la misma no hubiese sido previo al parto. Las mujeres elegibles fueron seguidas por 42 días. Se entrevistaron nuevamente a la tercera y sexta semana del puerperio.

Variables a medir: se recogió información sobre variables socioeconómicas, antecedentes personales

y familiares de enfermedad mental, estado de la relación marital, consumo de sustancias, antecedentes obstétricos y del parto, condiciones de salud del recién nacido, lactancia materna y presencia de síntomas disfóricos en las primeras dos semanas.

Se establecieron tres grupos de acuerdo a la edad: mujeres adolescentes, menores de 20 años, mujeres 21 a 34 años y mujeres mayores de esta edad.

Se estimó la densidad de incidencia dado que se logró establecer el momento de inicio de los síntomas. Esto permitió evaluar la velocidad de aparición de la enfermedad en el posparto.

Tamaño de muestra: la variable dependiente fue el tiempo transcurrido hasta la aparición de DPP, determinado por la entrevista psiquiátrica; la variable predictora, fue la presencia de antecedentes personales de episodios de depresión antes de la gestación. La muestra calculada, previendo un nivel de pérdidas del 20%, fue de 282 mujeres, con base en una relación de mujeres expuestas contra no expuestas de 4:1 de acuerdo con el segundo estudio nacional de salud mental en Colombia;³ una prevalencia de DPP estimada entre las no expuestas de 15,8 % y un OR de 3,03, de acuerdo con un estudio español.²⁴ Se aceptó un nivel de confianza del 95% y un poder del 80% para detectar diferencias en antecedentes de depresión. Cuando se realizó el cálculo del poder que se tuvo para detectar las diferencias del grupo de las adolescentes, como variable predictora, este fue solo del 26,8%.

Análisis estadístico: el análisis fue realizado en el programa Stata Corp. 2003, Stata Statistical Software Release 8.0, Collage Station, TX Stata Corporation. Las variables se resumieron con medianas y rangos intercuartílicos (RI) y con porcentajes e intervalos de confianza (IC). Se establecieron las tasas de DPP (número de eventos/días – persona a riesgo) por edad. Se determinó la razón de tasas entre los grupos. Se estableció la relación entre las variables independientes con la presencia de DPP en términos de razón de tasas. Se utilizaron pruebas de ji cuadrado, exacta de Fisher, y Anova para establecer

Tabla 1. Características de la población.

Edad (años cumplidos)	14 a 20	21 a 34	35 a 43	
n	73	175	38	
Variable	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	p
Procedencia rural	2,7 (0,3-9,5)	4 (1,6-8,1)	0(0-9,3)	0,43
Escolaridad				
9 años o menos	63,0 (50,9-70,0)	48,6 (40,1-53,2)	55,3 (38,5-71,0)	0,11
Estratos 1 a 3	94,5 (85,8-98,2)	91,4 (86,0-95,0)	84,2 (68,0-93,4)	0,19
Vivía en pareja	90,4 (80,7-95,7)	64,0 (56,4-71,0)	51,4 (34,7-67,8)	0,00
Paciente desempleada	94,5 (86,6-98,5)	79,9 (73,2-85,6)	71,1 (54,1-84,6)	0,00
Esposo desempleado	72 (57,5-83,8)	64,4 (56,0-72,1)	61,3 (42,2-78,2)	0,35
Depresión en la familia*	11 (4,8-20,5)	12 (7,6-17,8)	7,9 (1,7-21,4)	0,76
Depresión en la mujer*	41,1 (29,7-53,2)	28 (21,5-35,3)	42,1 (26,3-59,2)	0,06
Ansiedad	53,4 (41,4-65,2)	56 (48,3-63,5)	60,5 (43,4-70)	0,77
Mala autoestima	43,8 (32,2-55,9)	34,9 (27,8-42,4)	47,4 (31,0-64,2)	0,21
Mala relación marital	16,1 (7,6-28,3)	8 (4,2-13,5)	32,4 (17,4-50,5)	0,00
AV durante la gestación	71,2 (59,3-80,9)	61,7 (54,0-68,9)	63,2 (46,0-77,7)	0,35
Consumo tabaco*	15,1 (6,7-23,5)	15,4 (10-20,8)	18,4 (5,5-31,3)	0,88
Consumo sustancias	2,7 (1,1-6,6)	0,6 (0,5-1,6)	7,9 (1,1-16,9)	0,02
Consumo alcohol*	69,9 (58,0-80,0)	59,4 (51,8-66,8)	57,9 (40,8-3,7)	0,26
Disforia	39,7 (28,5-51,9)	36,9 (27,8-42,4)	31,6 (17,5-48,7)	0,76
Gestación no deseada	21,9 (13,1-33,1)	40,6 (33,2-48,2)	44,7 (28,6-61,7)	0,01
Control prenatal‡	41,1 (29,9-53,2)	57,1 (49,4-64,5)	47,4 (31,3-64,0)	0,06
Primigestantes	76,7 (65,1-85,5)	35,4 (28,5-43,1)	10,5 (3,4-25,7)	0,00
Parto natural	61,6 (49,5-72,5)	52,6 (44,9-60,1)	55,3 (38,5-71,0)	0,42
RN hombre	53,4 (41,4-65,2)	46,9 (39,3-54,6)	55,3 (38,4-71,4)	0,48
RN hospitalizado	16,4 (9,1-27,3)	16,6 (11,6-23,1)	23,7 (12,0-40,6)	0,56
Problemas con la LM	17,8 (9,8-28,5)	17,7 (12,4-24,2)	15,8 (6,0-31,3)	0,95
Separación del RN§	13,7 (6,8-23,8)	20,0 (14,3-26,7)	23,7 (11,4-40,2)	0,37
Semanas de gestación \bar{r}	39 (DE 3,0)	39 (DE 2,0)	40 (DE 2,0)	0,99
Talla RN (cm) \bar{r}	50 (DE 4,0)	50 (DE 2,0)	51 (DE 2,0)	0,99
Peso del RN (g) \bar{r}	3.100 (DE 500)	3.217 (DE 522)	3.305 (DE 585)	0,94

\bar{r} mediana (rango intercuartílico), AV Acontecimientos vitales, * Antecedentes, ‡ Seis o más controles, RN Recién nacido, LM Lactancia materna, DE Desviación estándar, § En las primeras tres semanas.

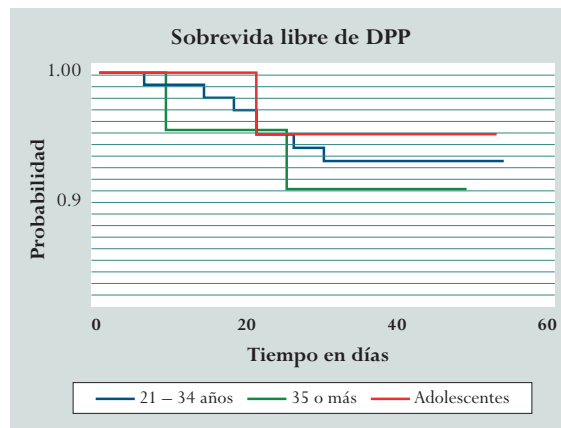
diferencias entre los grupos. Se construyeron curvas de Kaplan – Meier y se realizó ajuste de las tasas de DPP mediante regresión de Cox.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución o por sus directivos y por el Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander.

RESULTADOS

Se contactaron 299 mujeres; once no aceptaron participar y seis no terminaron el seguimiento. Estas 17 mujeres tenían características similares a las demás. Dos mujeres más no pudieron enrolarse por encontrarse deprimidas en el momento del parto. La **tabla 1** muestra las características del grupo

Figura 1. Sobrevida libre de depresión posparto de acuerdo al grupo de edad



de población de acuerdo a la edad. Se presentaron dos casos de DPP entre las adolescentes-2/73 = 2,7% (IC95% 0,5–10,4)-; 7 en las madres de 21 a 34 años-7/175 = 4% (IC95% 1,8–8,4) – y, 3 en las mujeres mayores de 34 años-3/36 = 8% (IC95% 2,2–23,6)-.

Las tasas de DPP fueron de 0,6 (IC95% 0,07–2,2); 1,0 (IC95% 0,3–2,0) y 1,9 (IC95% 0,3–5,4) por 1.000 días – personas de seguimiento entre adolescentes, mujeres de 21 a 34 años y mujeres mayores de 34 años respectivamente. Cuando se compararon las tasas de DPP de mujeres de 21 a 34 años y de mayores de 34 años con las tasas de madres adolescentes se obtuvieron las siguientes razones de tasas: 1,5 (IC95% 0,3–15,0) y 2,9 (IC95% 0,3–35,3), respectivamente. La **figura 1** muestra la curva de sobrevida libre de DPP para cada edad. Las curvas fueron proporcionales entre sí, $p = 0,9$ (prueba de *log – rank*).

Cuando se intentó ajustar el riesgo, por las variables que habían mostrado diferencias significativas entre los grupos de edad, no se encontró ninguna que modificara la significancia estadística de los *hazards ratio* (HR) para alguna de las edades.

DISCUSIÓN

Pocos estudios han determinado la importancia que pudiera tener la edad como factor asociado al desarrollo de DPP. No obstante, aquellos que han

encontrado asociación^{19,25} mencionan que existe mayor riesgo entre madres adolescentes. El presente estudio, en el cual se hizo seguimiento estricto a una cohorte de mujeres púerperas durante seis semanas, no encontró diferencias significativas entre madres adolescentes y mujeres de mayor edad.

Los grupos de edad investigados se diferenciaron significativamente en lo referente al deseo de la gestación, al número de embarazos y, a si: la mujer vivía en pareja, disfrutaba de empleo, consumo de sustancias y tenía mala relación con su compañero. Sin embargo, cuando se ajustó por estas variables, no se encontró diferencia significativa en el riesgo.

Noventa por ciento de las madres adolescentes tenían unión conyugal, pero, dificultades con la misma solo fueron reconocidas por una minoría y, aunque este factor se ha asociado con DPP,²⁶ no se encontraron diferencias significativas en las tasas de incidencia por grupos de edad. Algunos autores, han mencionado que tener baja paridad se relaciona con DPP,²⁷ sin embargo, cerca del 80% de las adolescentes de esta población eran primigestantes y en ellas la incidencia de DPP no fue diferente a la de mujeres de mayor edad. Igualmente, abocarse a una gestación no planeada fue encontrado por Beck CT²⁸ como un factor relacionado y aunque, este hecho fue reportado más frecuentemente en madres de mayor edad tampoco produjo diferencia significativa en las tasas por edad. Estas discrepancias con la literatura podrían ser explicadas, entre otras cosas, por las diferencias culturales de las poblaciones.

Las cifras de incidencia reportadas han variado ampliamente.^{6,29} En Bucaramanga, aunque se presentaron cifras menores que algunas de las informadas en la literatura, la DPP constituye un problema frecuente, dado que se estarían presentando cerca de 3 casos por cada 100 partos en adolescentes y hasta 8 casos por 100 partos en mujeres mayores de 34 años, por cada seis semanas a riesgo.

La literatura es controversial en cuanto a la frecuencia de depresión por edad. Un estudio de Pivasil V³⁰ informó que las mujeres menores de 18 años presentaron una prevalencia de 23%, mien-

tras que en adultas fue de 11,9%; pero, Eaton W³¹ refiere que la frecuencia es superior entre mujeres de mayor edad. Se podría pensar, entonces, que las cifras encontradas en mujeres de edad avanzada no reflejan una situación específica de DPP, sino más bien, que la prevalencia de depresión mayor aumenta con la edad, como lo menciona Eaton W;³¹ luego, el episodio DPP correspondería a la recaída de una depresión de base, desencadenada por factores hormonales, culturales y socioambientales relacionados con el parto y con la llegada de un nuevo miembro a la familia.

Una debilidad del estudio fue que la muestra se calculó para encontrar la diferencia en los antecedentes personales de depresión y, por lo tanto, el tamaño necesario para determinar la importancia de la edad debió ser mayor. Sin embargo, cuando se analizaron las curvas de sobrevivencia, por edad, estas se mantienen proporcionales a través del tiempo, a pesar de no haberse encontrado diferencia significativa entre las tasas.

Los autores creen que no se presentó sesgo en la clasificación y, si lo hubiese, sería no diferencial, pues las mediciones fueron similares en todas las participantes. Igualmente, las pérdidas fueron escasas y no se detectaron diferencias especiales con las mujeres que continuaron el estudio.

Como conclusión se destaca que la DPP es un problema de salud frecuente a todas las edades, que debe ser atendido y reconocido por el personal de salud. Se recalca la importancia de un adecuado seguimiento en la mujer gestante y la vigilancia estrecha de la púérpera durante la primera semana posnatal.

Estos hallazgos deben ser extrapolados con prudencia a otras poblaciones, dado que las diferencias culturales y sociales pueden influir en los resultados de cada región.

REFERENCIAS

1. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al; WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
2. Murray CJ, Lopez AD. Evidence-based health policy: lessons from *The Global Burden of Disease Study*. *Science* 1996;274:740-3.
3. Torres Y, Montoya ID. Segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Colombia 1997. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
4. Gater R, Tansella M, Korten A, Tiemens BG, Mavreas VG, Olatawura MO. Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:405-13.
5. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003;24:257-66.
6. Bryan TL, Georgiopoulos AM, Harms RW, Huxsahl JE, Larson DR, Yawn BP. Incidence of postpartum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retrospective study. *J Reprod Med* 1999;44:351-8.
7. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2000;38:84-93.
8. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yates AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust NZJ Psychiatry* 2001;35:69-74.
9. Romero S, Lodo M, Blázquez M, Raja MI, Izquierdo MJ, Valles N, et al. Depresión Posparto en el Área de salud de Toledo. *Aten Primaria* 1999; 24:215-9.
10. Risco L, Jadresic E, Galleguillos T, Garay JL, González M, Hasbun J. Depresión posparto: alta frecuencia en púérperas chilenas, detección precoz, seguimiento y factores de riesgo. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002;2:61-6.
11. Cooper PJ, Murray L. Curse and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry* 1995;166:191-5.
12. Murray L, Flori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev* 1996;67:2512-26.

13. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother infant relationship in South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry* 1999;175:554-8.
14. Murray L, Stanley C, Hooper R, King F, Fiori-Cowley A. The role of infant factors in posnatal depression and mother-infant interactions. *Dev Med Child Neurol* 1996;38:109-19.
15. Hay DF, Kumar R. Interpreting the effects of mothers' posnatal depression on children's intelligence: a critique and re-analysis. *Child Psychiatry Hum Dev* 1995;25:165-81.
16. Brennan PA, Hammen C, Andersen MJ, Bor W, Najman JM, Williams GM. Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. *Dev Psychol* 2000;36:759- 66.
17. Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs* 1998;12:12-20.
18. Logsdon MC, Cross R, Williams B, Simpson T. Prediction of postpartum social support and symptoms of depression in pregnant adolescents: a pilot study. *J Sch Nurs* 2004;20:36-42.
19. Vega-Dienstmayer JM, Mazzotti G, Stucchi-Portocarrero S, Campos M. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres posparto. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:299-303.
20. Troutman BR, Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *J Abnorm Psychol* 1990;99:69-78.
21. Latorre J, Contreras P, Herrán O. Depresión posparto en una ciudad Colombiana. Factores de riesgo. *Aten Primaria* 2006;37:332-8.
22. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV, criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 1995.
23. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of posnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Posnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6
24. Machado F, García T, Moya N, Bernabeu N, Cerdá R. Depresión puerperal. Factores relacionados. *Aten Primaria* 1997;20:161-6.
25. Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Egri M, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in posnatal first year, in eastern Turkey. *Int J Epidemiol* 2002;31:1201-7.
26. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringner A, Carroll JC, Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ* 1996;154:785-99.
27. Da-Silva V, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MR, Teixeira NA. Prenatal and posnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res* 1998;31:799-804.
28. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001;50:275-85.
29. Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth* 1999;26:157-63.
30. Piyasil V. Anxiety and depression in teenage mothers: a comparative study. *J Med Assoc Thai* 1998;81:125-9.
31. Eaton WW, Anthony JC, Gallo J, Cai G, Tien A, Romanosky A, et al. Natural history of Diagnostics Interview Schedule/DSM-IV major depression, the Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:993-9.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.