



Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

ISSN: 0034-7434

rcog@fecolsog.org

Federación Colombiana de Asociaciones de
Obstetricia y Ginecología
Colombia

Cuero-Vidal, Olga Lucía; Díaz-Marín, Angélica María
Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. Septiembre-
Diciembre, 2011
Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 64, núm. 4, octubre-diciembre, 2013, pp. 371-
378
Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195229800003>

- 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

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, CALI, COLOMBIA. SEPTIEMBRE-DICIEMBRE, 2011

Prevalence of post-partum depression at
Hospital San Juan de Dios in Cali, Colombia.
September-December, 2011

Olga Lucía Cuero-Vidal, MD¹; Angélica María Díaz-Marín, MD²

Recibido: marzo 8/13 – Aceptado: noviembre 14/13

RESUMEN

Objetivos: determinar la prevalencia de depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Cali (HSJD) entre septiembre y diciembre de 2011, e identificar los factores relacionados con la enfermedad.

Materiales y métodos: estudio descriptivo de corte transversal, realizado en una muestra consecutiva de 149 mujeres que tuvieron un recién nacido sin complicaciones, atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Cali, Colombia, entre septiembre y diciembre 2011. Este es un hospital general privado de mediana complejidad del suroccidente colombiano. El diagnóstico de depresión se hizo mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo para depresión posparto.

Se midieron la edad, edad gestacional, estado marital, relación con el padre, nivel de ingresos, estrato socioeconómico, depresión previa, depresión en la familia e ingesta de alcohol. Se realizó estadística descriptiva y un análisis univariado y multivariado para determinar los factores relacionados con la enfermedad.

Resultados: entre las 149 mujeres estudiadas se halló una prevalencia de depresión posparto del 46,3% (IC 95%: 38,1-54,7) según la escala de Edimburgo. Entre las mujeres con puntaje positivo el 21% (IC 95%: 9,3-52,4) habían tenido ideas suicidas en la última semana. Se identificó una relación del antecedente de depresión previa con la depresión posparto (OR = 2,43; IC 95%: 1,14-5,18).

Conclusión: la prevalencia de depresión posparto fue alta en la población estudiada, las gestantes con antecedente de depresión tienen alto riesgo de desarrollar la enfermedad y necesitaran evaluaciones adicionales y, eventualmente, tratamiento preventivo.

Palabra clave: depresión, posparto, prevalencia, factores de riesgo.

¹ Médica de la Universidad del Valle. Especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad de Antioquia. Magíster en Epidemiología, Universidad del Valle. Ginecóloga obstetra, Hospital San Juan de Dios. Docente de la Facultad de Medicina, Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia. linary67@hotmail.com

² Médica, Universidad Santiago de Cali. Médica asistencial del servicio de Pediatría, Hospital de San Juan de Dios. Cali, Colombia.

ABSTRACT

Objectives: To determine the prevalence of post-partum depression in women seen at Hospital San Juan de Dios (HSJD) in Cali between September and December 2011, and identify disease-related factors.

Materials and methods: Cross-sectional descriptive study conducted in 149 consecutive patients delivered with no complications between September and December 2011 at Hospital San Juan de Dios, a general, intermediate complexity private hospital located in Southwestern Colombia. The diagnosis of depression was made using the Edinburgh post-partum depression scale, including factors like age, gestational age, marital status, relationship with the father, income level, socioeconomic bracket, prior depression, depression in the family, alcohol intake. Descriptive statistics were used together with univariate and multivariate analysis in order to determine disease-related factors.

Results: A prevalence of 46.3% of post-partum depression was found among the 149 women studied, with a confidence interval (CI 95%) of 38.1-54.7% according to the Edinburgh scale. Among women with a positive score, 21%, CI 95% (9.3-52.4%) had had suicidal ideation in the previous week. A relationship between prior depression and post-partum depression was found, OR 2.43, CI 95% (1.14-5.18%).

Conclusion: The prevalence of post-partum depression was high in the study population; pregnant women with a history of depression have a high risk of developing the disease and require additional assessment and, eventually, preventive treatment.

Key words: Depression, post-partum, prevalence, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La depresión posparto (DPP) es definida en el *Manual de estadística y diagnóstico de desórdenes mentales* (DSM-IV) como la presencia de cinco o más de

los siguientes factores: ánimo deprimido, marcada disminución en el interés o placer en las actividades, alteraciones del apetito, alteraciones del sueño (insomnio y sueño fragmentado), agitación física o retardo psicomotor, fatiga, disminución de la energía, sentimientos de desesperanza o excesiva culpa, disminución de la concentración o habilidad para tomar decisión, ideación suicida que inicia dentro de las cuatro semanas después del parto (1). La prevalencia de DPP se ha reportado en países de altos ingresos con un promedio de 10%, con reportes que varían entre 4,3-15,8% (2-5). En América Latina los estudios describen una prevalencia de la enfermedad con rangos más amplios que oscilan entre el 2 y el 91%; es considerada en algunos de estos países como un problema de salud pública (6-11).

La DPP se puede presentar tanto en la mujer como en su pareja, siendo la DPP materna el más fuerte predictor de depresión en el padre, esta estrecha correlación tiene importantes implicaciones en la salud y el bienestar de la familia (12-14). Entre las consecuencias de la enfermedad se describen: deterioro de la relación marital, de los lazos entre la madre y su hijo —las mujeres con DPP son menos sensibles a las necesidades del bebé y están emocionalmente menos disponibles para ellos— (15), y los hijos de madres con DPP tienen menor opción de asistir al control de crecimiento y desarrollo, estar en los programas de inmunización, presentan retraso en su desarrollo y consultan con más frecuencia a los servicios de urgencias (15-17).

Para el diagnóstico temprano de la DPP se ha utilizado la escala de Edimburgo, la cual tiene un puntaje máximo de 30 puntos y es positivo para DPP si el puntaje alcanzado es mayor o igual a 10 (18-20). Esta escala ha sido usada a nivel mundial, probada y validada en diferentes idiomas, incluido el español (19, 21, 22).

Por otro lado, los estudios publicados evidencian la existencia de factores asociados a la DPP tales como: la historia personal o familiar de desórdenes afectivos, eventos estresantes en la vida, el estado marital, la relación con el padre del recién nacido,

el estado socioeconómico, el nivel de ingresos, la planeación del embarazo, la violencia doméstica, la migración, los síntomas depresivos en el embarazo, el apoyo familiar, entre otros (9, 11, 20, 23-28).

En Colombia son muy pocos los estudios publicados acerca de la prevalencia de la DPP y de los factores asociados a esta (9, 10, 25). El presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de rasgos depresivos posparto en mujeres atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Cali (HSJD) entre septiembre y diciembre de 2011, y explorar los factores relacionados con la enfermedad, con el propósito de hacer una aproximación inicial al estudio de la DPP en este hospital y proporcionar algunos elementos que pueden justificar la creación de programas institucionales para la detección temprana de la DPP.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño. Se realizó un estudio de corte transversal descriptivo entre septiembre y diciembre de 2011 en el HSJD de Cali, hospital general privado de mediana complejidad, que atiende gestantes del aseguramiento subsidiado y contributivo de los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 del suroccidente colombiano. En este estudio se incluyeron mujeres que estuvieran en su primera semana posparto y con un recién nacido vivo sin complicaciones.

Tamaño muestral. Teniendo en cuenta que el Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Cali atiende 4080 partos al año, y que la prevalencia promedio publicada de DPP es del 10% (5, 7), con un error de estimación del 5%, un nivel de confianza del 95% y un 10% de no respuesta, se calculó un tamaño muestral de 149 mujeres. Se realizó un muestreo secuencial estricto durante el periodo de estudio, hasta alcanzar el tamaño muestra calculado.

Procedimiento. Se invitó a participar en el estudio a las mujeres púerperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios; aquellas que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado. Inicialmente, uno de los investigadores realizó una encuesta de los factores sociodemográficos y clínicos; después,

las participantes autodiligenciaron las 10 preguntas de la Escala de Edimburgo de manera privada en un consultorio, previa explicación por parte de uno de los investigadores sobre el correcto diligenciamiento del instrumento. Se tenía previsto que a la participante que se declarara analfabeta uno de los investigadores le leería las preguntas como están consignadas en el test. Las mujeres que obtuvieron un puntaje mayor o igual a 10 fueron enviadas a valoración por el servicio de psiquiatría y por el psicólogo del hospital.

Variables por medir. Edad, estado civil, ocupación, etnia, nivel de ingresos, enfermedades previas, planeación del embarazo, ingesta de alcohol antes y durante el embarazo, uso de psicoactivos, tabaco, si convivía con el padre del hijo, soporte familiar, núcleo familiar, relación con el padre del recién nacido y los antecedentes personales y familiares de depresión.

Análisis estadístico. Todos los datos se recopilaron y se procesaron en EPI info 3.2.1. La población estudiada se describió por medio de un análisis exploratorio mediante promedio, desviación estándar o medianas y rangos para las variables continuas, y para las variables categóricas mediante proporciones y sus intervalos de confianza (IC 95%); para las muestras grandes se estimó con una aproximación a la normal; en caso contrario, cuando las proporciones no cumplían con el supuesto de ser mayores que 30 (muestra grande), su IC 95% se estimaba a través del método exacto por distribución binomial. Se calculó la proporción de mujeres con rasgo de depresión utilizando como denominador el número de participantes. Se realizó un análisis univariado para comparar las mujeres con rasgos de DPP con aquellas que no los tenían. Para las variables categóricas, teniendo en cuenta el tamaño de muestra y la magnitud de la *Odds Ratio* (OR), se fusionaron categorías con niveles de asociación semejantes o tamaños de muestra pequeños. Este análisis sirvió como punto de referencia para seleccionar las variables cuyos coeficientes presentaron una significancia estadística menor de 0,25 y aquellas

celdas que tuvieron al menos 10 casos en cada uno de sus valores posibles, y construir un modelo de regresión logística múltiple utilizando la técnica *backward* con una probabilidad de entrada de 0,05 y una probabilidad de retiro de 0,10.

Aspectos éticos. Se respetó el principio de beneficencia, se conservó la privacidad de los datos y la confidencialidad de la información asignando un código a cada participante en la base de datos. Se solicitó la firma de un consentimiento informado a la paciente o a su tutor si eran menores de edad.

RESULTADOS

Un total de 149 mujeres puérperas aceptaron participar en el periodo de estudio. Las características demográficas de las participantes fueron: la edad tuvo una media de $23,2 \pm 6$ años. El 100% sabían leer y escribir y el promedio de escolaridad fue $8,6 \pm 2,5$ años, el 67,8% (101) consideraban su etnia blanca o mestiza, 74,5% (111) eran amas de casa, el 69,8% (104) estaban unidas, el 82% (123) no tenían historia de depresión, 74,5 (111) y 89,3% (122) negaban consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en el embarazo, respectivamente; 62,4% (93) no tenían historia familiar de depresión y el rango del número de hijos fue 1 a 7 con una mediana de 2.

Un total de 69 pacientes tuvieron un puntaje en la escala de Edimburgo mayor o igual a 10, para una prevalencia de rasgos depresivos entre las encuestadas, del 46,3% (IC 95%: 38,1-54,7%), de estas 15 el 21,7% refirieron haber tenido ideas suicidas en la última semana; todas ellas recibieron valoración por psiquiatría y psicología.

El análisis univariado mostró que el antecedente personal o familiar de depresión y el consumo de alcohol durante el embarazo se relacionan significativamente con el desarrollo de DPP, mientras que convivir con el compañero y tener una buena relación con el padre del recién nacido son factores protectores para desarrollo de la enfermedad (tabla 1). El análisis logístico multivariado se muestra en la tabla 2; se encontró que después de ajustar todas las otras variables, la historia personal de depresión

es el factor independiente que se relaciona con el desarrollo de depresión posparto.

DISCUSIÓN

La prevalencia de DPP encontrada en nuestro estudio fue del 46,3% entre las mujeres encuestadas en el HSJD de Cali, y adicionalmente se halló que el antecedente personal de depresión estuvo significativamente relacionado con la DPP. La prevalencia encontrada, a pesar de ser alta, es consistente con muchos de los reportes en América Latina donde, en países tales como Chile, se describen prevalencias de DPP entre el 22 y 50,7% (11, 29); en Venezuela, en un estudio realizado en 100 puérperas, el 91% mostró rasgos positivos de DPP según la Escala de Edimburgo (8); en Argentina se reportó el 36,8% (30), y en Cali, Colombia, se informó un 57% (10). Lo anterior sugiere que la DPP es un problema de salud pública.

Las cifras de este estudio son superiores a las publicadas en Estados Unidos, donde se reporta una prevalencia entre el 13-22% (3, 4); en Canadá, en la Provincia de Ontario, entre 4,3-15,2% (31-33), y en España, del 10,2% (6) respectivamente, e incluso supera la prevalencia de la enfermedad en adolescentes en Bucaramanga, Colombia, reportándose del 4,2% (9). Estas diferencias podrían ser explicadas por el tipo de población que atiende esta institución, la cual es una comunidad que pertenece a estratos socioeconómicos con necesidades básicas insatisfechas.

En nuestro estudio encontramos que entre aquellas que tenían un puntaje positivo para DPP, el 21,7% habían tenido pensamientos suicidas; Georgiopoulos *et al.* (3) encontraron que el 5,3% de estas mujeres expresaron ideas suicidas en la última semana, porcentaje mucho menor al nuestro, lo cual podría estar evidenciando una mayor severidad de la DPP en la población de nuestro estudio.

Teniendo en cuenta lo anterior es importante, desde el punto de vista clínico, identificar los factores que se relacionan con la presencia de DPP. Los estudios publicados al respecto presentan resultados

Tabla 1.
Análisis univariado de pacientes puérperas en estudio de depresión posparto
en Hospital San Juan de Dios de Cali, 2011

Característica	Depresión N = 69	No depresión n = 80	OR	IC 95%
Grupo de edad				
Adolescente	22	28		
≥ 20 años	47	52	0,87	0,44-1,72
Número de hijos				
2 o más	37	39		
0 -1	32	40	1,18	0,62-2,26
Etnia				
Blanca	23	23		
Indígena / mestiza / negra	57	46	1,23	0,61-2,49
Ocupación				
Trabaja fuera del hogar	41	34		
Ama de casa	35	39	0,92	0,48-1,75
Lugar de residencia				
Fuera de la ciudad	13	11		
En la ciudad	56	69	1,45	0,6-3,54
Ingresos financieros				
El salario mínimo o menos	57	63		
Más de un salario mínimo	12	17	1,28	0,56-2,91
Depresión previa				
Sí	35	20		
No	34	60	3,09	1,55-6,17*
Tabaquismo				
Sí	27	25		
No	42	55	1,41	0,72-2,78
Alcohol				
Sí	58	58		
No	11	22	2,0	0,89-4,50
Alcohol embarazo				
Sí	23	15		
No	46	65	2,17	1,02-4,60*
Consumo psicoactivos				
Sí	10	6		
No	59	74	2,09	0,72-6,08
Embarazo planeado				
Sí	22	36		
No	47	44	0,57	0,29-1,12
Vía del parto				
Cesárea	14	17		
Parto	55	63	0,94	0,43-2,09
Sexo del recién nacido				
Femenino	25	36		
Masculino	44	44	0,69	0,36-1,34
Convive con el compañero				
Sí	38	61		
No	31	19	0,38	0,19-0,77*
Relación con el compañero				
Excelente-buena	43	67		
Regular-mala	26	13	0,32	0,15-0,69*
Depresión en la familia				
Sí	32	24		
No	37	56	2,01	1,03-3,95*

* Asociación estadísticamente significativa.

Tabla 2.
Análisis multivariado de factores relacionados con depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios de Cali, 2011

Característica	OR ajustados	IC 95%
Estado civil		
Unidas	0,66	0,19-2,27
No unidas		
Depresión previa		
Sí	2,43	1,14-5,18*
No		
Alcohol		
Sí	1,64	0,64-4,18
No		
Alcohol en el embarazo		
Sí	1,18	0,47-2,96
No		
Consumo psicoactivos		
Sí	1,15	0,31-4,20
No		
Embarazo planeado		
Sí	0,35	0,34-1,66
No		
Convive con el padre		
Sí	0,78	0,21-2,85
No		
Relación con el padre		
Excelente-buena	1,42	0,64-1,69
Regular-mala		
Depresión en la familia		
Sí	1,89	0,90-3,96
No		

* Asociación estadísticamente significativa.

controversiales acerca de la relación de la edad con la enfermedad, mientras que unos autores reportan que es más frecuente en adolescentes, otros estudios no hallan dicha asociación (9, 17, 25, 27); la presente investigación no encontró relación entre la edad y la presencia de rasgos depresivos posparto. Factores tales como la etnia, la ocupación de la puérpera, el nivel de ingresos, la vía del parto y el género del

recién nacido no se han reportado relacionados con la enfermedad (26, 27, 30, 34), lo cual coincide con nuestros hallazgos. Por otro lado, factores como el pobre soporte familiar, el estado marital, la relación con el padre del recién nacido y la ingesta de alcohol durante el embarazo se han asociado a la DPP (17, 22, 27, 30); esto fue consistente con nuestros hallazgos cuando realizamos el análisis univariado, pero esta relación se diluyó al ajustar todas las variables, esto puede ser explicado por el tamaño muestral. Factores tales como violencia doméstica, migración y situaciones de estrés también se asocian a la enfermedad (35-39), pero no fueron evaluadas en nuestro estudio.

Por otro lado, existen factores fuertemente predictores de DPP como son la historia familiar y personal de depresión (8, 11, 23, 25-28, 34-38); en nuestro estudio encontramos que estas variables están relacionadas con el desarrollo de DPP, aunque finalmente, al ajustar por todos los factores, la historia personal de depresión se relaciona de manera independiente con la DPP, lo que corrobora el hecho de que esta es posiblemente parte del espectro de las enfermedades afectivas y que se manifiesta o agrava durante el posparto; por tanto, este grupo de pacientes deben ser consideradas susceptibles a tratamiento preventivo durante el embarazo (40, 41).

Entre las debilidades del estudio se encuentran: el tamaño muestral, el cual pudo no permitir evidenciar la relación entre otros factores que fueron estudiados y la enfermedad; el tipo de muestreo realizado podría haber introducido un sesgo de selección lo cual limita la generalización de los resultados. A pesar de ser un estudio de corte transversal, fue posible establecer la temporalidad entre el factor de riesgo y la patología.

CONCLUSIÓN

En esta investigación se encuentra una alta prevalencia de DPP en la población estudiada, y se confirma que la historia personal de depresión es un factor relacionado con el desarrollo de DPP. Los resultados de este estudio sugieren la necesidad realizar

tamización de la DPP en poblaciones similares a esta, y hacer estudios encaminados en identificar la prevalencia de la DPP en la población colombiana y en países con poblaciones similares a la nuestra, dada la alta prevalencia de la enfermedad. Además, encontramos que las embarazadas con antecedente de depresión requieren evaluaciones adicionales con el fin de considerar tratamiento preventivo o hacer diagnóstico temprano.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres participantes del estudio, a las directivas y asistenciales del Hospital San Juan de Dios, a los estudiantes de medicina y profesores de la Universidad Santiago del Cali por su colaboración.

REFERENCIAS

1. The diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. DSM-IV. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
2. Morris-Rush J, Comerford M, Bernstein PS. Screening for postpartum depression in an inner-city population. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188:1217-9.
3. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP, Houston MS, Rummans TA, Therneau TM. Population based-screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol*. 2000;93:653-7.
4. Wisner LK, Parry BL, Piontek CL. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2002;347:194-9.
5. Stewart B. Depression during pregnancy. *N Engl J Med*. 2011;365:1605-11.
6. Acaso T, García L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:326-9.
7. Jadresic EM. Depresión en el embarazo y puerperio. *Rev Chil neuro-psiquiat*. 2010;48:269-78.
8. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Factores de riesgo de depresión posparto en púerperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev chil obstet ginecol*. 2011;76:102-12.
9. Latorre-Latorre JF, Contreras-Pezzotti LM, Garcia-Rueda S, Arteaga-Medina J. Depresión posparto en madre adolescente en Bucaramanga. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2006;57:156-62.
10. Canaval G, Gonzales M, Martínez L, Tovar C, Valencia C. Depresión posparto apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colomb Méd*. 2000;31:4-10.
11. Póof N, Espejo C, Godoy C, Gualda M, Hernández T, Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en púerperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev Méd Chile*. 2008;136:44-52.
12. Escriba-Arguier V, Artazcoz L. Gender differences in post partum depression: a longitudinal cohort Study. *Epidemiol Community Health*. 2011;65:320-6.
13. Edmondson OJ, Psychogiou L, Vlachos H, Netsi E, Ramchandani PG. Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *J Affect Disord*. 2010;125:365-8.
14. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*. 2004;45:26-35.
15. Gayle B, Anderson C, Roan C. Postpartum depression, marital dysfunction and infant outcome: a longitudinal study. *J Perinat Educ*. 2002;11:25-36.
16. Deave T, Heron J, Evans J, Emons A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG*. 2008;115:1043-51.
17. Ryan D, Kostaras X. Psychiatry disorder in the postpartum period. *BCM J*. 2005;47:100-3.
18. 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.
19. Machado J, Heldt E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32:159-66.

20. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev Méd. Chile*. 2008;136:851-8.
21. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1995;16:187-91.
22. Navarro G, García M, Fernández A. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la escala de depresión postnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2005;5:305-18.
23. Beck CL. Predictor of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001;50: 275-85.
24. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996;8:37-54.
25. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007;7:187-9.
26. Latorre J, Contreras P, Herrán O. Depresión posparto en una ciudad Colombiana. Factores de riesgo. *Atención Primaria*. 2006;37:332-8.
27. Bonnie M, Leung S, Ip P, Fung-Hug S, O'hara M. Antenatal risk factor for postnatal depression: Prospecty study of Chinese women at maternal and child health centers. *BMC Psychiatry*. 2012;12:1-9.
28. Machado F, García T, Moya B, Bernabeu N, Cerda R. Depresión puerperal. Factores relacionados. *Atención Primaria*. 1997;20:161-6.
29. Urdaneta MJ, Rivera SA, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2010;75:312-20.
30. Paolini C, Diberma A, Balzao S. Factores psicosociales asociados a alto, medio y bajo riesgo de síntomas de depresión en el posparto inmediato. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2012;12:65-73.
31. Watts S, Sward W, Krueger P, Sheeba D. A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: implications for primary care provider from the Ontario Mother Infant survey. *BMC Fam Pract*. 2002;3-5.
32. Stewart B. Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*. 2005;51:1061-3.
33. Ryan D, Millis L, Misri N. *Canadian Family Physician*. 2005;51:1064-93.
34. Patel RR, Murphy DJ, Peters TJ. Operative delivery and post natal depression: a cohort study. *BMJ*. 2005;330:879.
35. Lara M, Navarro C, Navarrete L, Le HN. Tasas de retención y variables que la predicen en un estudio aleatorio controlado longitudinal para prevenir la depresión posparto. *Salud Ment*. 2010;10:429-36.
36. Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK. Identifying women at risk of postpartum depression: Prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J*. 2000;6:349-54.
37. Verker GJ, Pop VJ, van Son MJ, van Heck GL. Prediction of depression in the postpartum period: a longitudinal follow-up study in high-risk and low-risk women. *J Affect Disord*. 2003;77:159-66.
38. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26:289-95.
39. Swendsen JD, Mazure CM. Life stress as a risk factor for postpartum depression: current research and methodological issues. *Clin Psychol Sci Pract*. 2000;7:17-31.
40. Zlotnick C, Miller IW, Pearlstein T, Howard M, Sweeney P. A preventive intervention for pregnant women in public assistance at risk postpartum depression. *Am J Psychiatry*. 2006;63:1443-5.
41. Arbat A, Danés I. Depresión post parto. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:673-5.