

Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004

Pilar Aramburú¹, Rosalyn Arellano¹, Sandra Jáuregui¹, Lizbeth Pari¹,
Pablo Salazar¹, Oswaldo Sierra¹

RESUMEN

Objetivos: Determinar la tasa de prevalencia de depresión posparto en madres de uno a seis meses de periodo posparto atendidas en establecimientos de salud del primer nivel del MINSA en Lima Metropolitana; determinar además los factores socio demográficos y gineco-obstétricos asociados a ésta. **Material y Métodos:** Se seleccionaron mujeres en edad fértil, puérperas de Lima Metropolitana que acudían para control postnatal durante el mes de junio del 2004 a los puestos y centros de salud del MINSA. Se utilizó el inventario de predictores de Depresión Posparto (DPP) y la Escala de Depresión Posparto Post natal de Edinburg (EPDS) como herramientas de tamizaje. Si el puntaje obtenido era mayor de diez se procedía a la entrevista clínica estructurada de DSM IV para desórdenes de depresión posparto con el objetivo de confirmar el diagnóstico. **Resultados:** Se entrevistaron a 261 madres, con un promedio de edad de 27 años. La prevalencia de depresión posparto diagnosticada por medio del test de Edinburg fue de 33% y con la entrevista semi-estructurada de DSM IV se confirmó una prevalencia de 24.1%. Se encontró además que el 60.9% presentaron factores estresantes, el 8.4% tenían baja autoestima, 23.8% no percibían apoyo social y 50% tuvieron blues posparto. **Conclusiones:** Se encontró una tasa de prevalencia de depresión posparto en Lima Metropolitana de 24%. Los factores gineco-obstétricos y el estatus socioeconómico son factores de riesgo moderado para el desarrollo de depresión posparto. Es de importancia reconocer los factores relacionales/satisfacción marital y psicosociales como factores de alto riesgo para el desarrollo de depresión posparto en mujeres dentro de los primeros meses. **Palabras clave:** Depresión Posparto, Prevalencia, Mujeres posparto, Factores de riesgo.

ABSTRACT

Objectives: To determinate the prevalence of Postpartum Depression in mothers between 1 to 6 months of postpartum period in Lima Metropolitana; to assess the correlates socio-demographic, and the correlates gynecologic/obstetric history. **Methods:** Women of childbearing age and puerperal were selected when they went to their postnatal controls to Health Centers of MINSA of Lima Metropolitana in June, 2004. There were used The Beck Postpartum Depression Predictors Inventory (BPDP) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ; these were screening tools to recognize the women with postpartum depression. If the scale was more than 10, we used the Adaptation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders for assessing depression in women to confirm the Postpartum Depression. **Results:** 261 mothers were interviewed. The average age of the women was 27. The prevalence diagnosed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale was 33%, and with the Adaptation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders for assessing depression in women the prevalence was 24.1%, 60.9% of the women interviewed had stress factors, 8.4% had a lower self-esteem, 23.8% do not perceive social support, and approximately 50% of the women had "baby blues". **Conclusions:** The Postpartum Depression prevalence in Lima Metropolitana is 24%. The Gynecologic/obstetric factors and the socioeconomic status are moderate risk factors to Postpartum Depression development. The marital satisfaction/relationship and psychosocial factors are high risk factors to Postpartum Depression development in women between 1 to 6 months. **Key words:** Depression Postpartum, Prevalence, Postpartum Women, Risk factors.

¹ Médicos cirujanos egresado de la Facultad de Medicina de la UNMSM.
Correspondencia a marizell13@hotmail.com

INTRODUCCION

El periodo postparto es un periodo de vulnerabilidad emocional y de alto riesgo para desarrollar desórdenes emocionales,¹ así del 50 al 90% de las mujeres experimentan, en el postparto, diferentes grados de desórdenes afectivos, entre los que incluye “baby blues” y la depresión postparto.^{2,3} Esta última es la complicación psiquiátrica más común de la maternidad, ocurre en el 13% de mujeres después del parto.^{3,4}

La depresión postparto (DPP) puede ocurrir dentro de los primeros días hasta un año después del nacimiento del niño, pero usualmente ocurre dentro de los tres primeros meses.⁵⁻⁸ Se la debe distinguir del “baby blues”, el cual ocurre en la mayoría de las madres primíparas. Este síndrome incluye síntomas como ganas de llorar, tristeza, irritabilidad, ansiedad y confusión, teniendo un pico alrededor del cuarto día después del parto y se resuelve al décimo día. Este es un trastorno transitorio del humor que no afecta consistentemente la habilidad de la madre para actuar en su vida habitual.

El estudio de la DPP tiene relevancia ya que ésta puede provocar alteraciones en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé,¹ una reducida interacción madre-hijo,^{9,10} y una mayor morbilidad y mortalidad materna. Según los estudios de Beck hay una creciente evidencia de que la depresión postparto tiene efectos devastadores no sólo en las madres sino también en sus familiares.⁹⁻¹² En algunos estudios se ha mostrado que los hijos de madres deprimidas presentan resultados psicológicos y de comportamiento desfavorable, acompañado de bajo peso al nacer, depresión postparto y dificultades en el aprendizaje.^{11,13,14}

En diversas partes del mundo existen estudios sobre DPP, encontrándose un amplio rango de prevalencias para esta condición, que van desde 1 hasta 39%.¹⁵⁻¹⁷ Usando la Escala de Depresión Postparto de Edinburgo,^{8,18-20} se hallaron los siguientes datos, en Inglaterra la incidencia de la depresión postparto va de un 10 a 15% y la prevalencia en un rango de 8.2 a 14.9%. En Chile la prevalencia a las 12 semanas post parto es de 43% y una incidencia de 32.5%. En Estados Unidos de 8 a 26%, España 25.8% y Brasil 12%. Un estudio que incluyó 11 centros, mostró que la depresión postparto fue más frecuente en India (32%), Korea (36%), Guyanas (57%) y Taiwán (61%).

Las causas de asociación halladas incluyen depresión postparto hereditaria y previa, eventos de la vida y relaciones interpersonales perturbadoras. Muchos estudios de cohortes han confirmado estas asociaciones.^{2,21}

En un estudio de 425 mujeres en el Hospital Cayetano Heredia se mostró una prevalencia de depresión postparto de 5.9% y los factores de riesgo asociados a DPP fueron: trastorno obsesivo compulsivo, depresión

postparto mayor previa, blues postnatal, menor de edad y menor grado de instrucción.¹⁷

La presente investigación tuvo por objetivos determinar la tasa de prevalencia de depresión postparto y determinar a qué factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y perinatales esta asociada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Estudio. El presente, es un estudio descriptivo transversal.

Sujetos. La población incluida fueron las mujeres en edad fértil; puérperas que acudían, durante el mes de junio, a los establecimientos de salud del primer nivel del Ministerio de Salud (MINSA) para controles postnatales, para lo cual se seleccionaron 14 centros de salud de las cuatro Direcciones de Salud de Lima Metropolitana. Se tomó como referencia a esta población, debido a la gran cobertura de los programas de control postnatales (95%- 98%).

Se utilizó un muestreo aleatorio simple con un intervalo de confianza de 95%, una prevalencia estimada de 40%, un margen de error de 5% y un tamaño de población para corrección de 140 404 (número de partos registrados en Lima Metropolitana según INEI en el 2002). Para tales datos el tamaño de muestra necesario fue de 283 personas, a las cuales se agregó un 10% que consideramos pudieran rechazar ser parte del estudio, resultando 320 sujetos. De esta muestra pudimos recolectar datos de 261 puérperas.

Los criterios de inclusión fueron: (a) mujeres puérperas entre una semana y 6 meses, (b) mujeres puérperas con nacidos vivos, (c) mujeres cuyos hijos estén en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y en el Programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED), (d) madres que hablen español y (e) madres que den el consentimiento informado verbal. Los criterios de exclusión fueron: (a) personas analfabetas, (b) personas que no hablen el español y (c) personas en duelo, en los últimos tres meses.

Instrumentos. Se usó el inventario de Predictores de Depresión Postparto (DPPI) de Beck El cual presentó una sensibilidad de 36% y especificidad de 95% con un puntaje de 14.5.^{18,19,22} A este inventario se le agregó algunos datos de filiación. Como prueba de tamizaje se usó la Escala de Depresión Postparto Postnatal de Edinburgo (EPDS),^{20,21} por tener una especificidad de 99%, una sensibilidad de 78%.^{7,8} Dicha prueba a sido validada por Mazzotti (Perú, 2002) con una sensibilidad de 84.2% y especificidad de 79.5%, con un puntaje de 13.5. Si en la EPDS el puntaje obtenido era mayor de diez se procedía a efectuar la Entrevista Clínica Estructurada de DSM-IV para confirmar el diagnóstico de DPP.²³

En cada establecimiento de salud se seleccionó los sujetos por un muestreo sistemático de acuerdo a la asistencia al PAI y CRED, los instrumentos mencionados fueron aplicados en forma anónima en el orden respectivo.

Las variables que estudiamos fueron: depresión posparto, factores gineco-obstétricos (enfermedad médica crónica, desorden psiquiátrico, aborto, número de visitas al médico durante la gestación, complicaciones en el embarazo, días de hospitalización posparto), factores socio demográficos y perinatales: edad, paridad, gravidez, y grado de instrucción y los trece predictores del DPPI de Beck.¹²

Análisis de datos. El software utilizado para el análisis de datos fue SPSS versión 12.0.

RESULTADOS

Se entrevistaron a 261 madres, con un promedio de edad de 27 años (IC al 95% 26.08 - 27.68), en un rango de 15 a 46 años, siendo 50% menores de 25 años; en su mayoría casadas (81.6%), con un número de gestaciones de dos (media 2, rango 1 a 6), con un número de controles prenatales de ocho (media 8, rango 0 a 20). El 53% fueron primíparas.

La prevalencia de depresión posparto diagnosticada por medio del Test de Edinburg fue de 33% (IC al 95% 27.3 - 38.7), y con la confirmación del diagnóstico por medio de la Entrevista Semi-Estructurada DSM IV la prevalencia fue de 24.1% (IC al 95% 18.91 a 29.9).

Entre las mujeres entrevistadas se encontró que el 60.9% tenía factores estresantes, el 8.4% presentaba baja autoestima, 23.8% percibía que no tenía apoyo social, y aproximadamente el 50% presentó tristeza la primera semana post parto.

La presencia de complicaciones durante el embarazo se dio en un 51.2% de la población entrevistada, siendo la complicación más frecuente la anemia, en un 18%, y la hipertensión de nueva aparición en el 10%. En el análisis del test de Student para las variables de hospitalización, gestación, partos, edad y controles prenatales no se encontró asociación estadísticamente significativa.

El análisis logístico bivariado de los factores de riesgo en relación a depresión posparto, reveló la existencia de una fuerte asociación estadística con los factores estresantes, la autoestima, la presencia de blues post parto, y el apoyo social a las madres. Los que tuvieron una moderada asociación estadística fueron, la depresión prenatal, depresión posparto previa, satisfacción en la relación de pareja, el cuidado del bebé, las necesidades insatisfechas, la presencia de complicaciones durante el embarazo, y la presencia de

enfermedad crónica. Finalmente, no se encontró asociación estadística con la ansiedad prenatal, abortos, enfermedad psiquiátrica y deseo del embarazo. Además, la asociación entre la depresión posparto con la paridad (ser o no primípara) y la edad (menor de 25 años), no demostró asociación significativa. Ver tabla 1.

Tabla 1: Factores asociados a depresión posparto en el primer nivel de atención de Lima Metropolitana, junio 2004.

	OR	Intervalo de confianza 95%.	
		Inferior	Superior
Autoestima	4.42	1.81	10.82
Depresión prenatal	2.42	1.25	4.68
Ansiedad prenatal	1.23	0.7	2.18
Deseo de embarazo	1.84	0.94	3.59
Depresión Posparto previa	2.41	1.35	4.30
Apoyo social	3.16	1.70	5.87
Satisfacción marital	2.22	1.16	4.24
Factores estresantes	4.60	2.21	9.56
Cuidado del bebe	2.11	1.16	3.84
Temperamento del bebe	2.01	1.13	3.57
Baby Blues	3.18	1.72	5.90
Necesidades insatisfechas	2.22	1.20	4.08
Enfermedad crónica	2.31	1.08	4.98
Abortos	1.44	0.56	3.67
Enfermedad psiquiátrica	2.20	0.75	5.44
Complicación durante el embarazo	2.03	1.13	3.64
Ser Primípara	0.93	0.52	1.66
Ser menor de 25 años	1.51	0.85	2.67

El análisis con regresión logística multivariada demostró que las variables: autoestima, depresión posparto previa, factores estresantes, temperamento del niño, y blues post parto, poseen una asociación significativa con depresión posparto. Además plantea un modelo que explica independientemente de algún otro factor el 18% de los casos de depresión posparto.

DISCUSION

En este estudio se obtuvo una prevalencia de 24.1% de DPP para la población de Lima Metropolitana, en comparación con una tasa de 20% de depresión en mujeres no gestantes, que contrasta con otros estudios que muestran prevalencia semejantes entre DPP y la población general.

La edad promedio de las madres en la muestra fue de 27 años y entre las madres con DPP 26 años, que coincide con las edades encontradas en diferentes países como Colombia¹³ y Chile²⁴ (25.6 años); España, Portugal²⁵ (28 años), Inglaterra y Suiza²⁶ (29.7 años). La prevalencia de DPP encontrada se halla dentro del amplio rango de prevalencias halladas en diversos estudios. Las tasas varían entre un 10 y 15% en países europeos, entre un 8

y 16% en EEUU,^{7,27} en Asia²² (20 a 61%) y en Latinoamérica (35 a 50%)²⁸ en Chile, Costa Rica y Colombia.

Con respecto a la diferencia de la tasa encontrada con las de otros países latinoamericanos, ésta es relativamente menor. Dicha diferencia puede deberse a que en estos países se realizó la captación de la muestra incluso desde los controles pre natales, efectuando un seguimiento post natal hasta de 12 semanas. Además la tasa de prevalencia en este estudio sería menor debido a que fue de corte transversal, diagnosticando DPP a las madres que presentaron síntomas en el momento de recolección de datos, pudiendo variar esta tasa si se hiciera un seguimiento de la muestra estudiada. Añadido a esto la variabilidad de estas prevalencias en diferentes países podría explicarse por la carencia de un instrumento estandarizado para el tamizaje y diagnóstico de DPP.

La prevalencia encontrada por Mazzoti en Lima (Hospital Cayetano Heredia)¹⁷ fue de 5.9%, que se encuentra distante de nuestros resultados, lo cual probablemente se deba a las diferencias relacionadas con la muestra y a la metodología aplicada.

El análisis de los factores de riesgo resalta la presencia de una fuerte asociación entre los indicadores del Inventario de Predictores de Beck (p.e autoestima) con la DPP; teniendo en cuenta que ninguno de los instrumentos diagnósticos usados - Test de Edinburg y Entrevista DSM-IV – incluyen en sus ítems los factores predictores estudiados. Esto nos serviría como referencia para usar el DPPI como un instrumento predictor de DPP en mujeres gestantes. Además el factor satisfacción de necesidades básicas, que es reflejo del estatus socioeconómico, se muestra como un factor de riesgo moderado para DPP; hecho que coincide con trabajos realizados por Risco y Jadresic en Chile²⁴ y por Canaval y Gonzales en Colombia¹³ (apoyo social y calidad de vida). Las variables gineco-obstétricas que mostraron asociación de riesgo para DPP fueron las complicaciones durante el embarazo y la presencia de alguna enfermedad crónica.

El análisis multivariable que reúne las variables autoestima, DPP previa, factores estresantes, temperamento del niño y blues postparto, explicó el 18% de los casos de DPP. Como vemos estos factores corresponden al inventario de Predictores de Beck y son del tipo psicosociales-psiquiátrico, independiente de los factores socio-económicos y gineco-obstétricos, hallazgos que fueron relevantes en otros estudios realizados.¹³

CONCLUSIONES

- La tasa de prevalencia de DPP en Lima metropolitana es 24%.

- Los factores gineco-obstétricos y el estatus socioeconómico son factores de riesgo moderado para el desarrollo de DPP.
- Los factores psiquiátricos y psicosociales son los factores más influyentes en la predicción de DPP.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor César Gutiérrez, por el apoyo y asesoría brindada para la realización del trabajo, y a los integrantes en su totalidad del equipo que realizó la investigación: Dra. Milagritos Aliaga, Dr. Marco Amabal, Dra. Nancy Ángeles, Dra. Natalia Beltrán, Dr. Kleiber Cáceres, Dr. Manuel Calle, Dr. Samuel Chávez, Dr. Jhony Hinostraza, Dr. Jimmy Jara, Dr. David Porras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García del Campo L. Ensayo clínico controlado sobre el efecto de psicoprofilaxis obstétrica en la incidencia de la depresión posparto. Nure Investigación, nº 0, Noviembre 2003. Disponible en http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyecto010122003151659.pdf
2. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*. 2004;363(9405):303-10. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
3. Wisner KL, Parry BL, Piontex CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2002 Jul 18;347(3):194-9. Disponible en <http://content.nejm.org/cgi/content/full/347/3/194>
4. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a metaanalysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996; 8(1):37-54. Disponible en <http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a784419942~db=all~order=page>
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical Updates in women's health care: Depression in women. Volume 1, Number 2, Spring 2002, pág 82.
6. Sichel D, Driscoll JW. Women moods: What every woman must know about hormones, the brain, and emotional health. Perennial Currentes; 1ª edición, New York, Harper Collins Publishers, 2000.
7. Consensus Postpartum Depression (2002). *Indiana Perinatal*. 1-11.
8. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *J Affect Disord*. 2004 Feb;78(2):163-9. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/14706728>
9. Beck CT. The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta analysis. *Nurs Res*. 1995 Sep-Oct;44(5):298-304. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7567486?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed>

- PubMed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
10. Beck, CT. The postpartum depression on child development: a Meta analysis. *Arch Psychiatr Nurs.* 1998 Feb;12(1):12-20. Disponible en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9489170?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
 11. Stein A, Gath DH, Bucher J et al. The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *Br J Psychiatry.* 1991 Jan;158:46-52. Disponible en <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/158/1/46>
 12. Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002 Jul-Aug;31(4):394-402. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12146928>
 13. Canaval G, Gonzáles M, Martínez-Schallmoser L, et al. Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Med* 2000;314-10.
 14. Hay DF, Kumar R. Interpreting the effects of mother's postnatal depression on children's intelligence: a critique and reanalysis. *Child Psychiatry Hum Dev.* 1995;25(3):165-81. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7736802>
 15. Kok LP, Chan PS, Ratnam SS. Postnatal depression in Singapore women. *Singapore Med J.* 1994;35:33-5. Disponible en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8009274?ordinalpos=43&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
 16. Barnett B, Lockhart K, Bernard D, et al. Mood disorders among mothers of infants admitted to mothercraft hospital. *J Paediatric Child Health.* 1993;29(4):270-5. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1754.1993.tb00510.x>
 17. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Stucchi-Portocarrero S, et al. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres posparto. *Actas Esp Psiquiatr.* 1999 Sep-Oct;27(5):299-303. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10545660?ordinalpos=7&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
 18. Beck CT. A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1998 Jan-Feb;27(1):39-46. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/119125558/abstract>
 19. Lee DT, Yip AS, Chiu HF, et al. Screening for postnatal depression: are specific instruments mandatory? *J Affect Disord* 2001 Mar;63(1-3):233-8. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
 20. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987 Jun;150:782-86. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
 21. Affonso DD, De AK, Horowitz JA, et al. An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *J Psychosom Res.* 2000 Sep;49(3):207-16. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
 22. Lee DT, Yip AS, Chan SS, et al. Postdelivery screening for postpartum depression. *Psychosom Med.* 2003 May-Jun;65(3):357-61. Disponible en: <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/65/3/357>
 23. Gorman LL, O'Hara MW, Figueiredo B, et al; TCS-PND Group. Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *Br J Psychiatry Suppl.* 2004 Feb;46:s17-23. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14754814?ordinalpos=10&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
 24. Risco L, Jadresic E, Galleguillos T, et al. Depresión posparto: alta frecuencia en puérperas chilenas, detección precoz, seguimiento y factores de riesgo. *Psiquiatría y Salud Integral.* 2002;2(1): 61-6.
 25. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, et al. Postnatal natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med.* 1996 Jan;26(1):135-41. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
 26. Lappin J. Depressed mood during pregnancy and after childbirth. Time points for assessing perinatal mood must be optimised. *BMJ.* 2001 Dec;323(7325):1367. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11791254?ordinalpos=32&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum&log\\$=freejpmc](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11791254?ordinalpos=32&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum&log$=freejpmc)
 27. Josefsson A, Angelsiö L, Barg G et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol.* 2002 Feb;99(2):223-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
 28. Wolf A, De Andraca I, Lozoff B. Maternal depression in three Latin American samples. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002 Apr;37(4):169-76. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>