

Artículo de investigación

Incidencia de la depresión postparto y factores de riesgo asociados en madres cordobesas (Argentina)

María Patricia Paolantonio^{1*}, Laura María Victoria Manoiloff¹ y Ana Eugenia Faas²

¹Instituto de Investigaciones Psicológicas; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Universidad Nacional de Córdoba (CONICET-UNC, Argentina)

²Centro de Investigaciones de la Facultad de Psicología; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Universidad Nacional de Córdoba (CONICET-UNC, Argentina)

*Correspondencia: maria.paolantonio@mi.unc.edu.ar

Recibido: 5 dic. 2021 | 1ra decisión: 18 oct. 2022 | Aceptado: 1 mar. 2023 | Publicado: 17 jun. 2023



Resumen

El presente trabajo, actualmente en curso, busca conocer la prevalencia de la depresión postparto (DPP) en un hospital público de la ciudad de Córdoba (Argentina) identificando factores de riesgo asociados. A las madres se les aplicó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y una entrevista semiestructurada para recolectar información sociodemográfica y de factores de riesgo. La prevalencia de la DPP en la muestra recolectada fue del 42 %, y entre los factores de riesgo primaron las problemáticas sociales y familiares. La identificación de factores de riesgo asociados a DPP permitiría elaborar un perfil psicosocial que, al usarse desde las primeras consultas obstétricas, podría ser útil para prevenir la incidencia de esta psicopatología. Se discuten la prevalencia observada hasta el momento y factores de riesgo en relación con los encontrados en otros países con distintos niveles de desarrollo, así como la importancia del abordaje de la salud materno-infantil en el postparto como temática relevante para la salud pública.

Palabras clave: depresión postparto, factores de riesgo, prevalencia, salud pública, prevención.

Incidência de depressão pós-parto e fatores de risco associados em mães de Córdoba (Argentina)

Resumo: Este projeto de pesquisa em andamento busca conhecer a prevalência de depressão pós-parto (DPP) em um hospital público da cidade de Córdoba (Argentina) e identificar os fatores de risco associados. Foram aplicadas às mães a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e uma entrevista semiestructurada para coletar informações sociodemográficas e de fatores de risco. A prevalência de DPP na amostra foi de 42 % e os problemas sociais e familiares prevaleceram entre os fatores de risco. A identificação dos fatores de risco associados à DPP permitiria elaborar um perfil psicosocial que, quando utilizado desde as primeiras consultas obstétricas, poderia ser útil para prevenir a incidência desta psicopatologia. A prevalência observada até o momento e os fatores de risco são discutidos em relação aos encontrados em outros países com diferentes níveis de desenvolvimento, bem como a importância de abordar a saúde materno-infantil no puerpério como tema relevante para a saúde pública.

Palavras-chave: depressão pós-parto, fatores de risco, prevalência, saúde pública, prevenção.

Incidence of postpartum depression and associated risk factors in mothers from Córdoba (Argentina)

Abstract: This ongoing research project seeks to know the prevalence of postpartum depression (PPD) in a public hospital in the city of Córdoba (Argentina) and to identify associated risk factors. The Edinburgh Postpartum Depression Scale and a semi-structured interview to collect sociodemographic and risk factor information were applied to mothers. The prevalence of PPD in the sample was 42 % and social and family problems prevailed among the risk factors. The identification of risk factors associated with PPD might allow to elaborate a psychosocial profile that, when applied from the first obstetric consultations, could be useful to prevent the incidence of this psychopathology. The prevalence observed up to the moment and risk factors are discussed in relation to those found in other countries with different levels of socioeconomic development, as well as the importance of addressing maternal and child health in the postpartum period as a relevant topic for public health.

Keywords: postpartum depression, risk factors, prevalence, public health, prevention.

Aspectos destacados del trabajo

- Más del 40 % de las mujeres evaluadas presentaron indicios de depresión postparto.
- Conocer los factores de riesgo asociados a DPP facilitaría la identificación de mujeres vulnerables.
- Se deben mejorar las estrategias para abordar la salud psicosocial familiar en las maternidades.
- Son necesarias políticas públicas destinadas al abordaje primario de la salud mental perinatal.

Tanto el embarazo como el parto y el puerperio representan una crisis vital y evolutiva que afecta a todo el grupo familiar. De acuerdo con lo planteado por Oiberman y Galíndez (2005), existen sucesos, no solo biológicos, sino también psicosociales, que son vividos como significativos (*life events*) por las madres y que pueden generar complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio (Santos y Oiberman, 2011).

La depresión postparto (DPP) puede ser intensa o moderada y se presenta después de que la mujer haya dado a luz. Aunque suele ocurrir poco después del parto, sobre todo en los tres primeros meses posteriores, la sintomatología puede perdurar hasta un año después del mismo.

Dentro de la nomenclatura psiquiátrica, la DPP es definida como un trastorno/ episodio depresivo de inicio en el postparto (Pearlstein et al., 2009). En el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994/1995) la clasificación es la siguiente: trastorno depresivo mayor, episodio único.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2012), el puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo para desarrollar desórdenes en el estado de ánimo ya que cerca del 85 % de las mujeres presentan algún tipo de alteración durante el postparto. Algunas experimentan síntomas transitorios y leves, mientras que entre el 8 y el 25 % presentan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. Asimismo, en este último grupo el 50 % se encuentra sin diagnosticar.

Según Caparros-Gonzalez et al. (2018), la depresión postparto es muy frecuente y afecta, a nivel mundial, al 15 % de las mujeres que dan a luz. La DPP es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas.

El apego madre-bebé se ve afectado ante la presencia de sintomatología depresiva, ya que estas madres no logran mostrar afecto positivo y sincronía en la interacción, sino que más bien reportan sentimientos hostiles, vivencias de estrés y/o percepciones negativas, lo que puede resultar en el establecimiento de patrones de apego inseguro (Lartigue et al., 2008).

La prevalencia mundial de DPP fluctúa entre 10 y 20 % (Josefsson et al., 2001; Wisner et al., 2002), observándose mayores valores en madres adolescentes (26 %; Troutman y Cutrona, 1990) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38.2 %; Hobfoll et al., 1995). En Chile, Alvarado et al. (1992) reportaron una incidencia de 8.8 %, y una prevalencia de 20.5 %, y en Jadresic Vargas et al. (1992) 9.2% y 10.2%, respectivamente. En 1995, Jadresic y Araya observaron una relación inversa entre la prevalencia de DPP y el nivel socioeconómico (definido según el establecimiento sanitario en que las madres se atendían).

Las causas concretas de la aparición de la depresión tras el parto se desconocen. Se sabe que durante el embarazo y después de dar a luz los niveles hormonales se ven alterados, lo que influye en el estado anímico y puede causar tristeza, apatía, irritabilidad y otras sensaciones que pueden llevar a un estado de depresión. Además de los trastornos hormonales, existen una serie de factores ambientales o situaciones que se producen a raíz del parto y que también condicionan el ánimo de la madre.

Aunque ciertas circunstancias hacen que algunas mujeres sean más propensas a sufrir depresión postparto que otras, los factores de riesgo que incrementan las posibilidades de padecerla son: embarazo no planeado; madre menor de 20 años; historial materno de depresión, cuadros de ansiedad o alteraciones psicológicas como el trastorno bipolar; consumo de alcohol, alucinógenos y otras drogas; vivencias de situaciones negativas durante el embarazo o el parto (parto de emergencia o con muchas complicaciones, enfermedad congénita o anomalía en el bebé, la muerte de un ser querido); falta de apoyo familiar; violencia familiar; bajo nivel educativo; dificultades financieras; desempleo (Meléndez et al., 2017; Paolini et al., 2012; Romero et al., 2017; Urdaneta et al., 2011) .

Entonces, dentro de las complicaciones que puede sufrir la salud mental de las madres durante el puerperio, la depresión postparto (DPP) constituye la afectación psíquica más frecuente y, dadas sus potenciales repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé, su correcto abordaje debería constituir una prioridad en salud pública.

Por lo tanto, el objetivo principal del presente trabajo de investigación ha sido analizar cómo se presenta la DPP en la actualidad en un hospital público de la ciudad de Córdoba y cuáles son sus principales factores asociados.

Metodología

Diseño y tipo de estudio

Se trata de un diseño transversal que implica un tipo de estudio descriptivo-correlacional.

Participantes

Se invitó a participar de la investigación a madres y bebés que asistían al control del/a niño/a sano/a en el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología (HUMN.) de la ciudad de Córdoba (Argentina). La muestra estuvo conformada por 59 díadas mamá-bebé (31 niños y 28 niñas). Se trata de un trabajo de campo que en la actualidad se encuentra en proceso. Se realizó un muestro típico no

probabilístico, accidental. La edad promedio de las madres fue de 27.1 años, mientras que los bebés transitaban entre el segundo y el décimo mes de vida.

Del total de la muestra, 34 madres no presentaron indicios de DPP y 25, sí, por lo que el 42.4 % de las participantes mostraron presencia de sintomatología depresiva.

Con respecto a las características sociodemográficas de la muestra, se presenta a continuación la información, resumida en la Tabla 1.

Instrumentos

Para detectar indicios de sintomatología depresiva en el postparto se aplicó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE, por sus siglas en español) creada por Cox et al. (1987) para asistir a los profesionales de la atención primaria de la salud en la detección de madres que padecen depresión postparto. Dicha escala consiste en diez declaraciones cortas, cada una de las cuales presenta cuatro posibles opciones de respuesta, entre las cuales la madre debe elegir aquella que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior a la toma. La escala fue autoadministrada y contestada en aproximadamente cinco minutos.

En cuanto a la puntuación de las respuestas, se les da un puntaje que puede ser 0, 1, 2 o 3, según sea el aumento de la gravedad del síntoma. El puntaje se anota en orden inverso (3, 2, 1 o 0) en las declaraciones 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10. Cualquier número que se escoja que no sea el 0 para la pregunta número 10 significa presencia de indicios de DPP y que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

Esta escala ha sido traducida y validada para el idioma español y ampliamente utilizada en Latinoamérica y España (Campo-Arias et al., 2007; Castañón y Pinto, 2008; Garcia-Esteve et al., 2003; Rozic et al., 2012). El puntaje de corte para países de habla hispana es de 10 y, si bien es una escala para determinar depresión en el postparto inmediato, ha demostrado sensibilidad del 100 % y una especificidad del 76 % para la detección de esta sintomatología en el puerperio (Guendelman, 2008).

Para determinar factores de riesgo se utilizó un modelo de entrevista semiestructurada basada en la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP) propuesta por Oiberman y Galíndez (2005) con el fin de evaluar posibles factores de riesgo relacionados a la sintomatología depresiva en el postparto (Paolini et al., 2012). Dicha entrevista toma en cuenta aquellos sucesos significativos de la vida de la madre que pueden influir durante el embarazo y el parto: hechos significativos relacionados con la pareja, fallecimientos, problemáticas sociales, dificultades actuales, problemas maternos físicos y psicológicos asociados al embarazo, conflictos infantiles e impacto ante el nacimiento.

La EPP se adaptó de acuerdo con las características de la muestra y los objetivos del presente trabajo. Concretamente, se agregaron ítems destinados a recabar datos sociodemográficos y se recortó la solicitud de información sobre embarazos anteriores, motivos de intervención por parte del equipo de salud mental y de derivación.

| <i>Variable</i> | <i>Sin DPP -%- (N = 34)</i> | <i>Con DPP -%- (N = 25)</i> |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Estado civil | | |
| Separada | 5.9 | 20 |
| En pareja-no conviviente | 2.9 | 4 |
| Casada/conviviente | 88.3 | 72 |
| Soltera | 2.9 | 4 |
| Nivel de instrucción | | |
| Secundario incompleto | 0 | 8 |
| Secundario completo | 55.9 | 68 |
| Terciario incompleto | 0 | 0 |
| Terciario completo | 14.7 | 0 |
| Universitario incompleto | 17.6 | 20 |
| Universitario completo | 11.8 | 4 |

Nota: Se presenta la distribución, expresada en porcentajes, de las participantes en relación con su estado civil y nivel de instrucción, en función de la presencia de sintomatología compatible con DPP.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

Procedimiento

Al principio de la sesión de recolección de datos se explicó a las madres objetivos, propósitos, riesgos y demás aspectos relevantes para la obtención del consentimiento informado, el cual fue firmado en original, brindándoseles también una copia.

Luego, se utilizó el modelo adaptado de la EPP para evaluar posibles factores de riesgo relacionados a la sintomatología depresiva en el postparto. Y, por último, se administró la EDPE.

A aquellas madres que presentaron indicios de DPP se les aconsejó consultar el servicio de salud mental del hospital.

Análisis de datos

De la aplicación de la versión adaptada de la EPP surge el análisis de factores de riesgo para la depresión postparto. Los factores de riesgo que indaga dicha entrevista incluyen posibles estresores que son variables dicotómicas (no/sí), como, por ejemplo, si fue planificado el embarazo, si vivenció el parto como estresante y si hubo complicaciones, presencia de antecedentes psicológicos/psiquiátricos maternos y familiares, así como *life events* o eventos vivenciados como estresantes emergentes antes/durante/después del embarazo (relacionados con la vida en pareja, con muertes y de tipo social), problemáticas actuales, problemas maternos asociados al nacimiento, conflictos vividos por la madre en su infancia, impacto ante el nacimiento y calidad de las redes de apoyo. Además, la entrevista indaga sobre *life events* con más de dos categorías de respuesta, por ejemplo, cómo se sintió física y emocionalmente durante el embarazo, tipo de lactancia, características de las redes familiares y sociales de apoyo, entre otras.

En consecuencia, se realizaron pruebas t de Student para muestras independientes con el objetivo de comparar las medias en cada tipo de factor de riesgo en función de la DPP. Para ello, se codificaron como 0 (ausencia) y 1 (presencia) las respuestas dadas a los factores de riesgo y la presencia/ausencia de sintomatología depresiva —según el puntaje de corte en la Escala de Edimburgo, ≥ 10 señala presencia de DPP—, de modo que el cálculo de la media indica la proporción de quienes presentan este factor de riesgo en cada grupo en función de la DPP.

También se realizaron pruebas de chi cuadrado tomando los mismos *life events* como variables nominales. Se consideraron para cada uno de los *life events* y para la variable independiente DPP dos posibilidades de respuesta (sí/no) para evaluar si lo hallado en y a través de la prueba de chi cuadrado coincidía con lo hallado en la prueba t de Student

Para aquellas variables categóricas (cómo se sintió física/emocionalmente en el embarazo, tipo de lactancia, calidad de la red social y familiar de apoyo) se realizaron pruebas de correlación de Spearman. El objetivo fue medir el grado de relación entre estas variables y el puntaje obtenido en la escala de DPP.

Resultados

De la aplicación de la versión adaptada de la EPP surge el análisis de factores de riesgo para la depresión postparto. Como se mencionara, los factores de riesgo que indaga dicha entrevista incluyen: si fue planificado el embarazo, cómo recibió la noticia, cómo se sintió al respecto, cómo se sintió física y emocionalmente durante el embarazo, el parto y sus complicaciones, lactancia, antecedentes psicológicos/psiquiátricos maternos y familiares, *life events* emergentes antes/durante/después del embarazo (relacionados con la vida en pareja, con muertes y de tipo social), problemáticas actuales, dificultades maternas asociadas al nacimiento, conflictos vividos por la madre en su infancia, impacto ante el nacimiento y calidad de las redes de apoyo.

Se realizaron pruebas t para muestras independientes con el objetivo de comparar las medias en cada tipo de factor de riesgo en función de la DPP (ver Tabla 2). Los factores que mostraron diferencias significativas entre los grupos fueron: las expectativas de las madres con respecto a su bebé durante el embarazo [$t(57) = 2.16, p \leq .04$], donde las madres con DPP dijeron en menos oportunidades que imaginaron y/o soñaron cómo sería su bebé durante el embarazo.

También la vivencia del embarazo como *life event* mostró diferencias significativas entre los grupos de madres [$t(57) = 1.95, p \leq .05$], donde aquellas con depresión tuvieron una mayor percepción de este suceso como preocupante.

Diferentes vivencias sociales relacionadas con muertes o con problemas de pareja también se presentaron más en el grupo con indicios de psicopatología del postparto. En el caso de los *life events* sociales, las diferencias intergrupales fueron altamente significativas tanto para las problemáticas vivenciadas antes [$t(57) = 2.15, p \leq .04$], durante [$t(57) = 3.46, p \leq .001$] como después del embarazo [$t(57) = 2.6, p \leq .01$], mientras que las vinculadas con muertes también resultaron significativas [$t(57) = 2.16, p \leq .04$], al igual que las relacionadas con la vida en pareja [$t(57) = 2.19, p \leq .03$].

| <i>Life events</i> | <i>Sin DPP -% (N = 34)</i> | <i>Con DPP -% (N = 25)</i> | <i>t</i> |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------|
| Planificación del embarazo | .44 | .48 | .29 |
| Tratamiento de fertilidad | .06 | .08 | .31 |
| Aceptación del embarazo | .88 | .84 | .46 |
| Controles médicos del embarazo | .91 | 1 | 1.79 |
| Imaginó/soñó al bebé en el embarazo | .91 | .68 | 2.16* |
| Le hablaba al bebé durante el embarazo | .91 | .84 | .83 |
| Tipo de parto | 1.5 | 1.56 | .45 |
| Complicaciones durante el embarazo | 1.41 | 1.44 | .05 |
| Embarazo | .74 | .92 | 1.95* |
| Parto | .76 | .8 | .32 |
| De pareja antes del embarazo | .12 | .12 | .03 |
| De pareja durante el embarazo | .03 | .24 | 2.19* |
| De pareja después del embarazo | .06 | .16 | 1.19 |
| Relacionados con muertes antes del embarazo | .09 | .32 | 2.16* |
| Relacionados con muertes durante el embarazo | .15 | .16 | .13 |
| Relacionados con muertes después del embarazo | .15 | .24 | .9 |
| De tipo social antes del embarazo | .12 | .36 | 2.15* |
| De tipo social durante el embarazo | .09 | .48 | 3.46*** |
| De tipo social después del embarazo | .18 | .48 | 2.6** |
| Problemática actual antes del embarazo | .24 | .28 | .38 |
| Problemática actual durante el embarazo | .53 | .44 | .67 |
| Problemática actual después del embarazo | .35 | .28 | .58 |
| Problemas físicos en el embarazo | .44 | .76 | 2.54** |
| Problemas psicológicos durante el embarazo | .76 | .92 | .68 |
| Conflictos en la infancia | .09 | .32 | 2.16* |
| Impacto ante el nacimiento | .5 | .76 | 2.06* |
| Antecedentes psiquiátricos maternos | .03 | .12 | 1.25 |
| Antecedentes psiquiátricos familiares | .09 | .16 | .83 |

Nota: Se presentan medias y valores de t de Student de los factores de riesgo en función de la presencia de sintomatología compatible con DPP. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$.

Tabla 2. Factores de riesgo asociados a DPP.

También se halló una tendencia aumentada en las madres con DPP, en comparación con aquellas sin DPP, que vieron afectada su salud física a partir del embarazo a mostrar preocupación en relación con estos padecimientos y a experimentarlos como estresantes. En consecuencia, la prueba t para muestras independiente en la variable “problemas físicos en el embarazo” resultó muy significativa [$t(57) = 2.54, p \leq .01$].

El hecho de que la madre haya vivenciado conflictos durante su infancia también arrojó diferencias significativas en función de los indicios de DPP [$t(57) = 2.16, p \leq .04$]; es decir, las madres que presentaron indicios de depresión postparto manifestaron más frecuentemente haber vivido distintos tipos de situaciones conflictivas en su infancia que ellas han considerado como preocupantes en comparación con las madres sin DPP.

Además, la vivencia del nacimiento del bebé como una situación estresante ha sido mayor en las madres con indicios de depresión en el postparto, a diferencias de las madres sin DPP, mostrando también esta variable diferencias significativas entre los grupos [$t(57) = 2.06, p \leq .04$].

En resumen, el análisis en detalle de cada uno de estos posibles factores de riesgo para la DPP reveló que los de mayor incidencia fueron las expectativas maternas con respecto a su bebé durante el embarazo, la vivencia del embarazo, las enfermedades físicas de la madre en el embarazo, los conflictos infantiles maternos, el impacto del nacimiento y los *life events* relacionados con la vida de pareja ocurridos durante el embarazo, los asociados a muertes ocurridos antes del embarazo y aquellos de tipo social tanto antes como durante y después del embarazo.

También se realizaron pruebas de chi cuadrado tomando los mismos *life events* consignados en la Tabla 1, pero concebidos como variables nominales. Se consideraron para cada uno de los *life events* y para la variable independiente DPP dos posibilidades de respuesta (sí/no). Aquellos eventos significativos se presentan en la Tabla 3.

Así, los valores significativos obtenidos a través de la prueba de chi cuadrado (ver Tabla 3) coinciden con lo hallado en la prueba t de Student (ver Tabla 2). Por lo tanto, se observa una asociación marginal entre si la madre imaginó/soñó al bebé durante el embarazo y la DPP ($p \leq .07$), mientras que los valores fueron significativos en las asociaciones entre DPP y los siguientes *life events*: la vivencia del embarazo como evento estresante o preocupante ($p \leq .02$), los relacionados con muertes y los de tipo social que tuvieron lugar antes del embarazo ($p \leq .03$ y $p \leq .02$, respectivamente), los conflictos en la infancia ($p \leq .02$) y el impacto ante el nacimiento ($p \leq .04$). Por último, aquellos *life events* que arrojaron valores altamente significativos con la prueba chi cuadrado fueron los relacionados con la vida en pareja durante el embarazo ($p \leq .01$), los de tipo social durante y después del embarazo ($p \leq .00$ y $p \leq .01$, respectivamente) y la vivencia de problemas físicos durante el embarazo ($p \leq .01$). De esta manera, podemos decir que este subgrupo de *life events*, evaluados a través de la EPP, está constituido por los factores de riesgo que dependen e inciden en la presencia de indicios de DPP.

Para aquellas variables categóricas (cómo se sintió física/emocionalmente en el embarazo, tipo de lactancia, calidad de la red social y familiar de apoyo) se realizaron pruebas de correlación de Spearman, con el objetivo de medir el grado de relación entre estas variables y el puntaje obtenido en la escala de DPP.

Las variables que mostraron un alto grado de correlación y de significación estadística fueron el tipo de lactancia ($r = .31; p \leq .01$) y la calidad de la red familiar ($r = -.26; p \leq .04$). Además, se encontró cierto grado de correlación con una significación estadística marginal entre la depresión materna y la escolaridad ($r = -.23; p \leq .08$), y entre la DPP y el grado de bienestar psicológico de la madre durante el embarazo ($r = -.23; p \leq .08$). Por ende, se observa que, a mayor nivel de escolaridad, de bienestar psicológico y de fortaleza de la red familiar de la madre, menor ha sido el puntaje obtenido en la escala de depresión; mientras que, en el caso de la lactancia, las madres que amamantaban a sus bebés mostraron menores puntajes en la Escala de Edimburgo que aquellas que los alimentaban

exclusivamente con mamadera o de forma mixta. Aparentemente, la fortaleza de la red familiar de la madre y la lactancia de pecho exclusiva podrían considerarse factores protectores contra la DPP.

| <i>Life events</i> | <i>Sin DPP -%-(N = 34)</i> | <i>Con DPP -%-(N = 25)</i> | <i>X²</i> | <i>V de Cramer</i> |
|---------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------|------------------------|
| Imaginó/soñó al bebé en el embarazo | | | 5.1 | .21* |
| No | 3 | 8 | | |
| Sí | 31 | 17 | | |
| Embarazo | | | 3.24 | .17+ |
| No | 8 | 5 | | |
| Sí | 26 | 20 | | |
| De pareja durante el embarazo | | | 6.11 | .3** |
| No | 33 | 19 | | |
| Sí | 1 | 6 | | |
| Relacionados con muertes antes del embarazo | | | 5.1 | .21* |
| No | 31 | 17 | | |
| Sí | 3 | 8 | | |
| De tipo social antes del embarazo | | | 4.93 | .2* |
| No | 30 | 16 | | |
| Sí | 4 | 9 | | |
| De tipo social durante el embarazo | | | 11.7 | .31** |
| No | 31 | 13 | | |
| Sí | 3 | 12 | | |
| De tipo social después del embarazo | | | 6.26 | .23** |
| No | 28 | 13 | | |
| Sí | 6 | 12 | | |
| Problemas físicos en embarazo | | | 6 | .23** |
| No | 19 | 6 | | |
| Sí | 15 | 19 | | |
| Conflictos en la infancia | | | 5.1 | .21* |
| No | 31 | 17 | | |
| Sí | 3 | 8 | | |
| Impacto ante el nacimiento | | | 4.09 | .19* |
| No | 17 | 6 | | |
| Sí | 17 | 19 | | |

Nota: Se presentan los factores de riesgos psicosociales en función de la presencia de sintomatología compatible con DPP considerados como variables nominales. Se muestran frecuencias absolutas y valores de chi cuadrado (X^2) y V de Cramer. + $p \leq .07$, * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabla 3. Factores de riesgo psicosociales asociados a DPP considerados como variables nominales.

Discusión

Este estudio presenta los resultados preliminares de una investigación que busca analizar cómo se presenta la DPP en la actualidad en un hospital público de la ciudad de Córdoba (Argentina) y cuáles son los principales factores de riesgo asociados, bajo la hipótesis de que aquellos sucesos significativos de vida valorados como estresantes por las madres se asocian en mayor medida a la presencia de indicios de depresión postparto.

Con respecto a la cantidad de mujeres que presentan sintomatología depresiva en el postparto, resalta el porcentaje de madres que mostraron indicios de depresión postparto en la muestra que participó del *screening*. Dicho porcentaje fue del 42 %, un número elevado y preocupante. Porcentajes similares han sido reportados por otras investigaciones desarrolladas en Latinoamérica. Estudios realizados en Venezuela, Perú y Colombia han mostrado prevalencias similares a la de este estudio, con resultados de 35 % para el primer país mencionado, 45 % para el segundo y 57 % para el último (Canaval et al., 2000; Masías Salinas y Arias Gallegos, 2018; Meléndez et al., 2017). Esto podría implicar que en los países en desarrollo la incidencia de este padecimiento psíquico alcanza a un alto porcentaje de mujeres que se atienden en los hospitales públicos; es decir que, al menos, estamos ante una dolencia psíquica muy presente en este tipo de poblaciones. La alta tasa de madres con depresión en el postparto también puede deberse a que no son asistidas por servicios de salud mental y trabajo social desde etapas tempranas del embarazo. Meléndez et al. (2017) señalan, a su vez, que la presencia de DPP es una problemática que se ha ido acentuando en los últimos años debido, quizás, a cambios socioculturales, así como también relacionados al abordaje psicológico de las maternidades. Además, estos autores plantean que la presencia de la DPP y sus factores de riesgo asociados dependen de las cualidades de la sociedad bajo análisis (Meléndez et al. 2017).

En países desarrollados las tasas de prevalencia son mucho más bajas que las detectadas en países latinoamericanos. Según una revisión realizada por Gavin et al. (2005), en Estados Unidos dicha tasa fluctúa entre el 10 % y el 15 %. En Canadá, es del 14 %, aproximadamente; en Australia ronda el 6 %; en Francia, el 17 %; en Alemania, el 10 %; y en España, alrededor del 9 % (Brooks et al., 2009; Dritsa et al., 2009; Escribà-Agüir y Artazcoz, 2011; Gaillard et al., 2014; Goecke et al., 2012). En cambio, la tasa de prevalencia puede alcanzar más del 50 % en algunos países de Latinoamérica, al tiempo que se ha comprobado que las mujeres latinas buscan menos ayuda médica y psicológica en este período crítico de la vida (Barrera y Nichols, 2015; Caparros-Gonzalez et al., 2018).

La gran variabilidad en las tasas de prevalencia de la DPP también puede explicarse debido a que en la bibliografía se encuentra que la pesquisa de sintomatología se realiza con una gran variedad de instrumentos (Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, Inventario de Depresión de Beck, Escala del Centro para Estudios Epidemiológicos de la Depresión, entre los más utilizados), en diferentes momentos del postparto (cuatro semanas, ocho semanas, seis meses e incluso hasta dieciocho meses luego del parto) y tomando en consideración diferentes puntos de corte, aun cuando se utiliza el mismo instrumento de medición.

Con respecto a los instrumentos utilizados para el *screening* sintomatológico, dos de los más utilizados en la bibliografía científica (Inventario de Depresión de Beck, Escala del Centro para Estudios epidemiológicos de la Depresión) no fueron confeccionados específicamente para medir DPP, sino para evaluar síntomas de depresión mayor.

Asimismo, el momento de aplicación del cuestionario resulta fundamental. De acuerdo con la revisión realizada por Batt et al. (2020), la evidencia sobre la distinción entre la DPP y la depresión mayor se ve afectada en gran medida por la

forma en que se define la duración del período postparto. Pareciera que cuando la presencia de sintomatología de DPP es medida en las primeras ocho semanas luego del nacimiento, la gravedad de los síntomas y los datos epigenéticos sugieren que la depresión en el postparto temprano puede ser distinta de aquella que ocurre en el período de postparto tardío o fuera del período perinatal. Esta última presentaría síntomas más compatibles con el trastorno depresivo mayor.

Esto indica que el reconocimiento de la depresión postparto en la atención médica habitual, y sobre todo primaria, es pobre y no existen consensos acerca de los instrumentos a utilizar, el punto de corte establecido (incluso varios estudios en un mismo país toman diferentes puntos de corte de referencia) y en qué momento debería evaluarse. Una mejora en los puntos señalados es de importancia fundamental, sobre todo si tenemos presente que la OMS ha pronosticado que la depresión podría convertirse en una enfermedad epidémica y principal causa de discapacidad debida a padecimiento de trastornos psiquiátricos (OMS, 2012).

A su vez, tanto el presente estudio como las investigaciones reseñadas han distinguido como factores de riesgo de la DPP previos al embarazo las problemáticas sociales (como la desocupación, pobreza o violencia familiar), las relacionadas con muertes (principalmente con abortos previos) y la vivencia de distintas problemáticas psicosociales en la infancia (principalmente abandono, violación/abuso sexual y/o violencia familiar). Es decir, las madres con indicios de DPP, a diferencias de las madres sin DPP, han manifestado más frecuentemente haber vivido distintos tipos de situaciones conflictivas en su infancia o con anterioridad al embarazo, a las cuales han considerado como preocupantes.

Otras investigaciones en países de Latinoamérica también han mostrado a la desocupación, a la baja escolaridad, al antecedente de aborto y al nivel socioeconómico bajo como factores de riesgo asociados a la presencia de sintomatología depresiva durante el postparto (Almanza-Muñoz et al., 2011; Meléndez et al., 2017).

En algunos países desarrollados, como Taiwán, Australia, Estados Unidos y Suecia, también el bajo nivel educativo de las madres, la pobreza y el desempleo son factores de riesgo sociodemográficos relacionados a DPP (Chien et al., 2006; Eastwood et al., 2012; Goyal et al., 2010; Rubertsson et al., 2005). Además, según el estudio de Farber et al. (1996), la historia de abusos sufridos en la infancia es uno de los factores de riesgo psicosocial más importante para la depresión postparto.

En el presente trabajo, a su vez, el grupo de madres con DPP tuvo una mayor vivencia del embarazo como preocupante. No se encontraron estudios en poblaciones latinoamericanas que tuvieran en cuenta este tipo de variable. Sin embargo, Bonari et al. (2004) han determinado que las mujeres que han padecido depresión en la etapa prenatal presentan dificultades en sus interacciones socioemocionales y excesiva preocupación en relación con su capacidad para ejercer el rol de madre. Por ende, es posible suponer que estas preocupaciones sobre el ejercicio de la maternidad puedan implicar el experimentar el embarazo como estresante.

En otros países, como Japón, se ha reportado la asociación entre DPP y una actitud negativa en las madres hacia el embarazo (Kitamura et al., 2006). Asimismo,

Righetti-Veltema et al. (1998) demostraron que la presencia de sentimientos ambivalentes o negativos respecto al embarazo es otro de los factores de riesgo en madres suizas.

Otro hallazgo importante en esta investigación fue que el grupo de madres con indicios de DPP reportó más frecuentemente que no imaginaron ni soñaron a su bebé durante el embarazo. Si bien no se hallaron estudios en poblaciones latinoamericanas, en Francia, Ferrari et al. (1991) realizaron entrevistas semiestructuradas a mujeres francesas que presentaron depresión mayor durante el embarazo o puerperio y encontraron en ellas menor capacidad de fantasear sobre su futuro/a hijo/a.

Otros de los resultados de esta investigación fue que se halló una tendencia aumentada a la DPP en las madres que vieron afectada su salud física a partir del embarazo o de haber vivenciado situaciones estresantes en relación con estos padecimientos, así como también a temáticas relacionadas con la vida en pareja (separación, divorcio o violencia conyugal) y de tipo sociales (desocupación, pobreza, dificultades económicas o de vivienda). También se observó que, a menor bienestar psicológico y mayor debilidad de la red familiar de la madre, mayor ha sido el puntaje obtenido en la escala de depresión. Además, las madres que no amamantaban a sus bebés presentaron puntajes más altos en la escala de Edimburgo; es decir las madres que alimentaban a sus hijos/as exclusivamente con mamadera o de manera mixta mostraron mayores niveles de DPP que aquellas que los/as alimentaban exclusivamente amamantándolos/as.

En este sentido, Lam et al. (2010) afirman que los factores psicosociales de riesgo asociados significativamente con mayores niveles de sintomatología depresiva en una muestra peruana son: antecedente de gestación, antecedente de aborto, no planificación del embarazo, antecedente de violencia, inadecuado apoyo emocional, inadecuado nivel de relaciones sociales e inadecuado apoyo afectivo. Asimismo, Campos Cabos (2017) encontró en una muestra de mujeres peruanas que la presencia de violencia doméstica se asocia con depresión durante el embarazo y que funciona como factor predictor de depresión perinatal. Y Rojas et al. (2006) hallaron que los problemas con la lactancia estaban más presentes en madres chilenas con indicios de DPP durante los primeros once meses posteriores al parto.

En trabajos realizados en España, Suecia y Australia, se ha reportado que la vivencia de eventos vitales estresantes, la falta de apoyo social y problemas matrimoniales son factores de riesgos asociados a DPP (Boyce y Hickey, 2005; Escribà-Agüir y Artazcoz, 2011; Rubertsson et al., 2005).

Finalmente, en este trabajo la vivencia del parto como estresante fue mayor en madres que presentaron indicios de depresión postparto. Lo antedicho resulta coincidente con el hecho de que las mujeres que atraviesan este padecimiento suelen mostrar sentimientos de incapacidad para asumir el rol de madre y hacerse cargo de las tareas que involucra el cuidado del/a niño/a, además de la constatada vivencia de falta de apoyo del entorno sociofamiliar (Jadresic, 2010).

No se encontraron estudios en países desarrollados que valoraran la vivencia del parto como un evento vital estresante. Sin embargo, Boyce y Hickey (2005) encontraron que las madres australianas que pasaron más tiempo internadas luego

del parto presentaron mayor riesgo de padecer DPP y, en algunos casos, también se asoció este riesgo al parto por cesárea, como en el trabajo de Gaillard et al. (2014) en madres francesas y el de Koutra et al. (2014) en madres griegas.

Dado que los factores de riesgo psicosocial varían en función de la cultura y de la situación económica, social y política de los países, surge la necesidad de estudiar a las madres argentinas que acuden a atender su salud en hospitales públicos de nuestro país, por ser un grupo con características sociodemográficas particulares.

En función de los resultados obtenidos, se podría elaborar un perfil psicosocial de aquellas madres que están más expuestas al riesgo de padecer sintomatología depresiva en el postparto y esto, sin dudas, constituye el mayor aporte de este trabajo.

Conclusiones

Los hallazgos del presente trabajo han indicado que más del 40 % de las mujeres que asisten al Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología de la ciudad de Córdoba presentan indicios de DPP y que existen diferencias significativas en relación a los *life events* en función de la presencia de sintomatología depresiva en el postparto. En consecuencia, sería posible elaborar un perfil psicosocial que facilite la identificación de aquellas madres en riesgo y más proclives a padecer DPP, con el objetivo de implementar estrategias de prevención de dicha psicopatología desde el embarazo.

Se considera de relevancia la puesta en práctica de estas tareas de prevención desde el área de salud mental perinatal dado que es política de salud pública el control prenatal y posnatal de los/as niños/as hasta su primer año de vida y ello facilitaría el acceso de los/as profesionales al encuentro con las madres.

Sin embargo, pareciera que no se implementan, generalmente, desde las instituciones hospitalarias de maternidad, estrategias de abordaje de la salud psicosocial de las familias que busquen prevenir la presencia de la sintomatología depresiva en madres embarazadas, ni intervenir en el caso de las puérperas.

Esta falta de abordaje de la salud psicosocial de las familias en general y de las mujeres en particular ocurre incluso a pesar de que el Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 de la OMS (2014) recomienda la aplicación de estrategias de promoción y de prevención de la salud mental materno-infantil integrada, las cuales parecieran ausentes o deficientemente abordadas. Por lo tanto, vale la pena repensar el cumplimiento de los denominados “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, que destacan la importancia de la salud materno-infantil y lo establecido por la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, que hace hincapié en la igualdad de género y en el empoderamiento de la mujer como una orientación estratégica (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

En conclusión, los altos índices de madres depresivas en el postparto que se han encontrado en el presente trabajo demuestran que es necesario no solo diseñar e implementar políticas públicas que aborden la salud mental de las personas gestantes, sino también que es imperiosa la evaluación regular de la presencia de sintomatología depresiva en el postparto y de sus posibles factores psicosociales de

riesgo asociado. De esta manera, se posibilitaría no solamente la detección y atención temprana de personas gestantes con afectación de su salud mental, sino también la elaboración de un perfil psicosocial de madres en riesgo de DPP para identificar las más vulnerables, alentar políticas de salud pública madre-bebé a nivel pre-, peri- y posnatal y la realización de campañas de conocimiento sobre esta patología dirigidas a las madres.

Referencias

- Almanza-Muñoz, J. D. J., Salas-Cruz, C. L. y Olivares-Morales, Á. S. (2011). Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en pacientes púerperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Revista de Sanidad Militar*, 65(3), 78-86.
- Alvarado, R., Rojas, M., Morandé, J., Neves, E., Olea, E., Perucca, E. y Vera, A. (1992). Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas a una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Revista de Psiquiatría*, 9(3-4), 1168-1175.
- American Psychiatric Association (1994/1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ta. Ed). Editorial Masson.
- Barrera, A. Z. y Nichols, A. D. (2015). Depression help-seeking attitudes and behaviors among an Internet-based sample of Spanish-speaking perinatal women. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(3), 148–153.
- Batt, M. M., Duffy, K. A., Novick, A. M., Metcalf, C. A. y Epperson, C. N. (2020). Is postpartum depression different from depression occurring outside of the perinatal period? A review of the evidence. *Focus*, 18(2), 106-119. [HTTPS://DOI.ORG/10.1176/APPI.FOCUS.20190045](https://doi.org/10.1176/APPI.FOCUS.20190045)
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M. y Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(11), 726-735. [HTTPS://DOI.ORG/10.1177/070674370404901103](https://doi.org/10.1177/070674370404901103)
- Boyce, P. y Hickey, A. (2005). Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 605-612. [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/S00127-005-0931-0](https://doi.org/10.1007/s00127-005-0931-0)
- Brooks, J., Nathan, E., Speelman, C., Swalm, D., Jacques, A. y Doherty, D. (2009). Tailoring screening protocols for perinatal depression: Prevalence of high risk across obstetric services in Western Australia. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 105-112. [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/S00737-009-0048-7](https://doi.org/10.1007/s00737-009-0048-7)
- Campo-Arias, A., Ayola-Castillo, C., Peinado-Valencia, H. M., Amor-Parra, M. y Cogollo, Z. (2007). Escala de Edinburgo para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58(4), 277-283.
- Campos Cabos, L. M. (2017). *Factores sociodemográficos y psicosociales asociados a depresión perinatal en gestantes*. Tesis para obtener el título de Médico Cirujano. Escuela Profesional de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego. [HTTPS://HDL.HANDLE.NET/20.500.12759/2605](https://hdl.handle.net/20.500.12759/2605)
- Canaval, G. E., González, M. C., Martínez Schallmoser, L., Tovar, M. C. y Valencia, C. (2000). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 31(1), 4-10.
- Caparros-Gonzalez, R. A., Romero-Gonzalez, B. y Peralta-Ramirez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial [carta al editor]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e97. [HTTPS://DOI.ORG/10.26633/RPSP.2018.97](https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97)

- Castañón, C. y Pinto, J. (2008). Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Revista Médica de Chile*, 136(7), 851-858. [HTTPS://DOI.ORG/10.4067/s0034-98872008000700005](https://doi.org/10.4067/s0034-98872008000700005)
- Chien, L. Y., Tai, C. J., Ko, Y. L., Huang, C. H. y Sheu, S. J. (2006). Adherence to “Doing-the-month” practices is associated with fewer physical and depressive symptoms among postpartum women in Taiwan. *Research in Nursing and Health*, 29(5), 374-383. [HTTPS://DOI.ORG/10.1002/NUR.20154](https://doi.org/10.1002/NUR.20154)
- Cox, J. L., Holden, J. M. y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. [HTTPS://DOI.ORG/10.1192/BJP.150.6.782](https://doi.org/10.1192/BJP.150.6.782)
- Dritsa, M., Dupuis, G., Lowensteyn, I. y Da Costa, D. (2009). Effects of home-based exercise on fatigue in postpartum depressed women: Who is more likely to benefit and why? *Journal of Psychosomatic Research*, 67(2), 159-163. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.JPSYCHORES.2009.01.010](https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2009.01.010)
- Eastwood, J. G., Jalaludin, B. B., Kemp, L. A., Phung, H. N. y Barnett, B. E. (2012). Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: Findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 148. [HTTPS://DOI.ORG/10.1186/1471-2393-12-148](https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-148)
- Escribà-Agüir, V. y Artazcoz, L. (2011). Gender differences in postpartum depression: A longitudinal cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, 320-326. [HTTPS://DOI.ORG/10.1136/JECH.2008.085894](https://doi.org/10.1136/JECH.2008.085894)
- Farber, E. W., Herbert, S. E. y Reviere, S. L. (1996). Childhood abuse and suicidality in obstetrics patients in a hospital-based urban prenatal clinic. *General Hospital Psychiatry*, 18(1), 56-60. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/0163-8343\(95\)00098-4](https://doi.org/10.1016/0163-8343(95)00098-4)
- Ferrari, P., Botbol, M., Sibertin-Blanc, D., Payant, C., Lachal, C., Presme, N., Fermanian, J. y Bursztejn, C. (1991). Etude épidémiologique sur la dépression maternelle comme facteur de risque dans la survenue d'une psychose infantile précoce. *La Psychiatrie de L'Enfant*, 34(1), 35.
- Gaillard, A., Le Strat, Y., Mandelbrot, L., Keïta, H. y Dubertret, C. (2014). Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Research*, 215(2), 341-346. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.PSYCHRES.2013.10.003](https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2013.10.003)
- Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. y Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75(1), 71-76. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/S0165-0327\(02\)00020-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00020-4)
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G. y Swinson, T. (2005). Perinatal depression. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5 Part 1), 1071-1083. [HTTPS://DOI.ORG/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.DB](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.DB)

- Goecke, T. W., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckmann, M. W. y Beetz, A. (2012). The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre-and postpartum depression in first-time mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286, 309-316. [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/s00404-012-2286-6](https://doi.org/10.1007/s00404-012-2286-6)
- Goyal, D., Gay, C. y Lee, K. A. (2010). How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Women's Health Issues*, 20(2), 96-104. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.WHI.2009.11.003](https://doi.org/10.1016/j.whi.2009.11.003)
- Guendelman, S. (2008). Neurobiología interpersonal: la depresión post-parto y el vínculo de apego temprano. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 4(4), 454-461.
- Hobfoll, S. E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M. R. y Cameron, R. P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 445-453. [HTTPS://DOI.ORG/10.1037/0022-006X.63.3.445](https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.445)
- Jadresic E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 48(4), 269-278. [HTTPS://DOI.ORG/10.4067/S0717-92272010000500003](https://doi.org/10.4067/S0717-92272010000500003)
- Jadresic, E. y Araya, R. (1995). Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*, 123, 694-699.
- Jadresic Vargas, E., Jara, C., Miranda, M., Arrau, B. y Araya, R. (1992). Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 30(2), 99-106.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C. y Sydsjö, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(3), 251-255. [HTTPS://DOI.ORG/10.1034/J.1600-0412.2001.080003251.X](https://doi.org/10.1034/J.1600-0412.2001.080003251.X)
- Kitamura, T., Yoshida, K., Okano, T., Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N., Ito, M., Kudo, N., Tada, K., Kanazawa, K., Sakumoto, K., Satoh, S., Furukawa, T. y Nakano, H. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 121-130. [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/s00737-006-0122-3](https://doi.org/10.1007/s00737-006-0122-3)
- Koutra, K., Vassilaki, M., Georgiou, V., Koutis, A., Bitsios, P., Chatzi, L. y Kogevinas, M. (2014). Antenatal maternal mental health as determinant of postpartum depression in a population based mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 711-721. [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/s00127-013-0758-z](https://doi.org/10.1007/s00127-013-0758-z)
- Lam, N., Contreras, H., Mori, E., Hinostroza, W., Hinostroza, R., Torrejón, E., Coaquira, E. e Hinostroza, W. (2010). Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(3), 193-200.

- Lartigue, T., Maldonado-Durán, J. M., González-Pacheco, I. y Saucedo-García, J. M. (2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2), 111-131.
- Masías Salinas, M. A. y Arias Gallegos, W. L. (2018). Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Peru. *Revista Médica Herediana*, 29(4), 226-231. [HTTPS://DX.DOI.ORG/HTTPS://DOI.ORG/10.20453/RMH.V29I4.3447](https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/RMH.V29I4.3447)
- Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M. y Corbino, J. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. *Salus*, 21(3), 7-12.
- Oiberman, A. y Galíndez, E. (2005). Psicología perinatal: aplicaciones de un modelo de entrevista psicológica perinatal en el posparto inmediato. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 24(3), 100-109.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Depresión*. Recuperado el 2 de mayo de 2019 de [HTTPS://WWW.WHO.INT/ES/NEWS-ROOM/FACT-SHEETS/DETAIL/DEPRESSION](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression)
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020*. [HTTPS://WWW.PAHO.ORG/ES/DOCUMENTOS/PLAN-ACCION-SOBRE-SALUD-MENTAL-2015-2020](https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre-salud-mental-2015-2020)
- Organización Panamericana de la Salud (2016). *Pensamiento saludable. Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal* [versión genérica de ensayo sobre el terreno de la OMS 1.0, 2015]. [HTTP://IRIS.PAHO.ORG/XMLUI/HANDLE/123456789/28417](http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28417)
- Paolini, C. I., Oiberman, A. J. y Balzano, S. (2012). Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 12(1), 65-73. [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/S1519-38292012000100007](https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000100007)
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A. y Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(4), 357-364. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.AJOG.2008.11.033](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.033)
- Righetti-Veltima, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A. y Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 49(3), 167-180. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/S0165-0327\(97\)00110-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00110-9)
- Rojas, G., Fritsch, R., Solís, J., González, M., Guajardo, V. y Araya, R. (2006). Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Revista Médica de Chile*, 134(6), 713-720. [HTTPS://DOI.ORG/10.4067/S0034-98872006000600006](https://doi.org/10.4067/S0034-98872006000600006)
- Romero, D., Orozco, L. A., Ybarra, J. L. y Gracia, B. I. (2017). Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 82(2), 152-162. [HTTPS://DOI.ORG/10.4067/S0717-75262017000200009](https://doi.org/10.4067/S0717-75262017000200009)
- Rozic, P. R., Schvartzman, J. A., Paolini, C. I., Gadow, A., Calvo, D. A., Paesani, F., Pieczanski, P., Vázquez, G., Lolich, M. y Krupitzki, H. B. (2012). Detección de síntomas depresivos durante el posparto inmediato y el seguimiento a largo plazo: estabilidad temporal y factores asociados. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIII(106), 409-417.

- Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P. y Rådestad, I. (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 97-104. [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/s00737-005-0078-8](https://doi.org/10.1007/s00737-005-0078-8)
- Santos, M. S. y Oiberman, A. (2011). *Abordaje psicológico de la maternidad en situaciones críticas de nacimiento* [presentación en congreso]. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología (UBA), Buenos Aires (Argentina).
- Troutman, B. R. y Cutrona, C. E. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), 69-78. [HTTPS://DOI.ORG/10.1037/0021-843X.99.1.69](https://doi.org/10.1037/0021-843X.99.1.69)
- Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N. y Contreras, A. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 76(2), 102-112. [HTTPS://DOI.ORG/10.4067/s0717-75262011000200007](https://doi.org/10.4067/s0717-75262011000200007)
- Wisner, K. L., Parry, B. L. y Piontek, C. M. (2002). Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*, 347, 194-199. [HTTPS://DOI.ORG/10.1056/NEJMCP011542](https://doi.org/10.1056/NEJMCP011542)