



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

FACULTAD DE MEDICINA

**Prevalencia de depresión posparto, Hospital José
Carrasco Arteaga, Cuenca, Febrero a Julio, 2018**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del
título de Médico**

Autoras:

Eliana Lisbeth García Vintimilla

Diana Catalina Murillo Tapia

Director:

Dr. Fernando Moreno Montes

Cuenca, Septiembre de 2019

Resumen

La depresión posparto es una afectación de salud que tiene una prevalencia a nivel mundial que oscila entre el 10 % al 16 % que se puede presentar durante el parto o en las cuatro primeras semanas posterior a éste. Es importante recalcar que dicha patología puede traer consecuencias graves tales como: interferencia en el apego madre – hijo, afectar la correcta lactancia materna, el cuidado del recién nacido; puede provocar problemas maritales, suicidios o incluso infanticidios. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión posparto en las pacientes atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga de Febrero – Julio de 2018 y su asociación con su edad, estado civil, paridad, tipo de parto, edad gestacional y lugar de residencia. **Materiales y Métodos:** Es un estudio de tipo transversal de asociación. La medición se llevó a cabo mediante el test de Edimburgo. **Resultados:** Del total de participantes en el estudio, el 18.61% tiene DPP, no encontró asociación entre las variables y se evidenció aumento de riesgo de DPP si el parto se produce entre la semana 34-36.6.

PALABRAS CLAVE: Depresión posparto, embarazo, factores de riesgo


Abstract

Abstract

Postpartum depression is a health condition with a worldwide prevalence of 10% and 16%. This condition can occur during childbirth or in the first four weeks after delivery. It is important to emphasize that this pathology can have serious consequences such as interference in mother-child attachment, affections in breastfeeding, complicated newborn care, marital problems, suicides or infanticides. **Objectives:** To determine the prevalence of postpartum depression in patients treated at the José Carrasco Arteaga Hospital from February to July 2018 and their association with age, marital status, parity, type of delivery, gestational age and place of residence. **Materials and methods:** Cross-sectional association study. The measurement was carried using the Edinburgh test. **Results:** Of the total participants in the study, 18.61% presented DPP, no association was found between the variables and an increased risk of DPP was evidenced if labor occurs between the week 34-36.6.

Keywords: Postpartum depression, pregnancy, risk factors.




Translated by
Ing. Paúl Arpi

Introducción

La prevalencia de Depresión Posparto (DPP) oscila entre el 10 y 16% a nivel mundial; es considerado un trastorno depresivo mayor el cual se puede presentar antes, durante y después del parto (1). Su importancia radica en el hecho de que no solo afecta a la madre y el recién nacido sino también a su entorno familiar, además se ha visto que las mujeres que han pasado por este padecimiento tienen un riesgo de recurrencia de 40-50% ya sea asociada nuevamente al parto o no (2). A nivel de Latinoamérica no se ha visualizado una cifra exacta de DPP, pero se ha visto que en Colombia existe una prevalencia de 12.9%, con un predominio en la zona urbana; datos que se han obtenido de la encuesta nacional de demografía y salud realizada en el año 2010. También se encontró asociación con factores como lugar de residencia, nivel de escolaridad, paridad y edad (3). Estos datos no son distantes de los encontrados en un estudio realizado en México en el presente año en el que tras la aplicación de la escala de Edimburgo se obtuvo una prevalencia del 16% (4).

Existen múltiples definiciones de DPP, entre las cuales las más representativas son las planteadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Asociación Americana de Psiquiatría mediante en manual de diagnóstico de trastornos mentales, DSM IV, en ambos conceptos se toma como referencia la presencia de sintomatología asociada a depresión mayor, la diferencia radica en el tiempo de inicio de los síntomas siendo dentro de las primeras 6 semanas posparto y la 4 primeras semanas, respectivamente (1).

En la DPP pueden existir diferentes tipos de manifestaciones clínicas, presentándose las más graves durante las primeras 48 – 72 horas, lo cual muestra la importancia de una evaluación del estado mental de las pacientes durante sus primeros días de hospitalización tras el parto; pero no se puede omitir el hecho de que la sintomatología puede aparecer incluso 12 meses después de haberse dado el parto (5).

En lo que respecta al tratamiento de DPP, la ausencia de diagnósticos oportunos sumado al desinterés por parte de médicos y afectados ha permitido que la gran

mayoría de enfermos atraviesen por este proceso sin la ayuda tanto psicológica como farmacológica necesaria, lo que desencadena en problemas más serios a largo plazo ya que la sintomatología va evolucionando progresivamente con el paso de tiempo.

La depresión posparto es un trastorno que afecta a una gran cantidad de mujeres tanto a nivel local como internacional, en nuestro medio se ha notado la falta de información acerca del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad así como también de datos estadísticos que permitan tener una visión más amplia de la magnitud del problema a lo cual se suma la falta de interés tanto por las autoridades de salud del país como de los médicos de la ciudad.

Las consecuencias de la depresión posparto pueden ser sumamente graves, lo cual muestra la importancia de un diagnóstico precoz, y el establecimiento de un método estandarizado que permita identificar de manera temprana a las pacientes que atraviesan por este problema para así poder intervenir de forma oportuna y evitar complicaciones.

Es por esto que nuestro objetivo es determinar la prevalencia y asociación de depresión postparto con las características sociales de las pacientes atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga de Febrero a Julio de 2018, para así aportar información acerca de la presencia de DPP en parte de la sociedad cuencana.

Materiales y métodos

Estudio transversal de asociación, en donde se incluyeron a madres que se encontraban en el puerperio inmediato, tras un parto vaginal o por cesárea, en el periodo febrero- julio de 2018, en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca-Ecuador. Se excluyeron a mujeres con trastornos mentales demostrados, y aquellas que no contesten la encuesta en su totalidad o la completen de manera incorrecta.

El tamaño de la muestra se obtuvo mediante la fórmula $n = \frac{z^2 \times p \times q}{e^2}$, tras lo cual se obtuvo una muestra de 188, tomando en cuenta una prevalencia esperada de 16%, con un intervalo de confianza de 95% y un margen de error de 5%. Se

realizó un muestreo por conveniencia, no probabilístico.

Procedimiento

En primera instancia se coordinó con las autoridades del HJCA para los permisos correspondientes para el ingreso a la institución y posterior aplicación de la encuesta. Se informó de forma verbal y escrita a las madres sobre el estudio y la importancia de su participación en el mismo; posteriormente se procedió a firmar un documento de consentimiento informado para uso de la información obtenida; y la escala fue aplicada por parte de las investigadoras además de una ficha en donde se obtenían las características sociodemográficas y biológicas de las participantes como son edad, estado civil, lugar de residencia, paridad, y tipo de parto.

Como instrumento de medición se utilizó la escala de Edimburgo, misma que consta de 10 preguntas con respuestas de opción múltiple las cuales tienen puntuaciones entre 0 y 3, con una puntuación máxima de 30 puntos, y un punto de corte para DPP de 12 o más, lo cual muestra una sensibilidad y especificidad de 80% y 90% respectivamente.

Análisis de datos

Para la determinación de la prevalencia de DPP se tomó en cuenta a las puérperas que tenían puntuaciones $>$ o iguales a 12, además se analizaron de forma independiente las variables de interés. Para la comparación de los datos obtenidos se usó el test de χ^2 , además del exacto de Fisher según corresponde. Posteriormente para establecer la fuerza de asociación entre las variables se usó el OR, con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados

Se incluyeron un total de 188 puérperas, entre los meses de Febrero a Julio de 2018, con una prevalencia de DPP de 18.61%, con una edad promedio de 29 años, el 57.9 % son casadas, mientras que el 51.9 % tiene residencia en la zona

urbana, y el 68.1% son multíparas, además, se registraron 61.1% de partos por cesárea, con una edad gestacional entre 37-42 semanas de gestación en el 90 % de los casos.

Tabla 1: Características sociodemográficas de la población

VARIABLES		DPP (35)	NO DPP (153)
EDAD	<=18	2 (5.71)	5 (3.26)
	19-35	26 (74.2)	123 (80.39)
	>35	7 (20)	25 (16.33)
RESIDENCIA	URBANA	19 (54.2)	81 (52.9)
	RURAL	16 (45.8)	72 (47.05)
ESTADO CIVIL	SOLTERA	7 (20)	30 (19.6)
	CASADA	18 (51.4)	91 (59.4)
	UNIÓN LIBRE	10 (28.6)	31 (20.26)
	DIVORCIADA	0	1 (0.65)
TIPO DE PARTO	CESAREA	22 (62.8)	93 (60.7)
	VAGINAL	13 (37.2)	60 (39.3)
SEMANAS DE GESTACION	>34	0	
	34-36.6	7 (20)	10 (6.5)
	37-42	28 (80)	143 (93.5)
	>42	0	
PARIDAD	PRIMIPARA	10 (28.6)	49 (32)
	MULTIPARA	25 (71.4)	104 (68)

DPP: Depresión postparto

Fuente: Base de datos

En la tabla 1, se muestran las características de la población y la presencia o ausencia de DPP en las mismas, se puede notar que en ambos grupos las puérperas adultas jóvenes se encuentran en mayor número, mientras que no se evidencio diferencias marcadas entre los grupos en lo que respecta al lugar de residencia. Las mujeres casadas, que se encontraban entre la semana 37-42 al momento del nacimiento, con parto por cesárea y las multíparas mostraron una

frecuencia de DPP que representa más de la mitad del porcentaje total de esta patología.

Tabla 2. Asociación entre las variables sociodemográficas con la presencia o ausencia de DPP				
VARIABLES		Chi 2	P	Exact fisher
EDAD	<=18 19-35 >35	2.69	0.97	1
RESIDENCIA	URBANA RURAL	0.79	0.67	0.45
ESTADO CIVIL	SOLTERA CASADA UNIÓN LIBRE DIVORCIADA	8.1	0.22	0.44
TIPO DE PARTO	CESAREA VAGINAL	0.38	0.89	0.084
SEMANAS DE GESTACION	>34 34-36.6 37-42 >42	4.38	0.11	0.84
PARIDAD	PRIMIPARA MULTIPARA	0.38	0.82	0.85

DPP: Depresión postparto

Fuente: Base de datos

Para evaluar la asociación entre la presencia de DPP y las variables se usó chi2, en la tabla 2, se evidencia ausencia de asociación entre las variables, ya que a pesar que la variable estado civil muestra un valor de 8.11 el valor de p es > a 0.05 lo cual representa ausencia de significancia estadística, en lo que respecta a la prueba exacta de Fisher, los valores expuestos nos ayudan a corroborar lo previamente mencionado ya que sus valores de p no son significativos.

Tabla 3. Asociación de DPP en relación a las características sociodemográficas y biológicas

CARACTERÍSTICA		DPP	SIN DPP	OR (IC)	P
EDAD:	ADOLESCENTE	2	9	0.99 (0.20-4.69)	0.96
	NO ADOLESCENTE	33	144		
ESTADO CIVIL:	CASADA	18	91	0.72 (0.34-1.5)	0.32
	NO CASADA	17	62		
RESIDENCIA:	URBANA	19	72	1.33(0.63-2.79)	0.44
	RURAL	16	81		
TIPO DE PARTO:	CESAREA	22	93	1.09 (0.51-2.33)	0.82
	VAGINAL	13	60		
SEMANAS DE GESTACIÓN	34-36.6	6	10	2.95 (0.99-8.78)	0.04
	37-42	29	143		
PARIDAD:	PRIMÍPARA	10	49	0.74 (0.37-1.90)	0.69
	MULTÍPARA	25	104		

DPP: Depresión postparto

Fuente: Base de datos

Por otra parte mediante el OR (tabla 3), se notó que encontrarse entre la semanas 34 y 36.6 de gestación incrementa el riesgo de presentar depresión postparto 2.95 veces más que encontrarse en otra semana de gestación con una p de 0.04. En las demás variables se puede evidenciar los siguientes valores, ser adolescente 0.99 (0.20-4.69), casada 0.72 (0.34-1.5), vivir en zona urbana 1.33 (0.63-2.79), tener parto por cesárea 1.09 (0.51-2.33), y ser primípara 0.74 (0.37-1.90), con valores de $p > 0.05$.

Discusión

Como ya se conoce, la mujeres presentan a lo largo de la vida un mayor riesgo de desarrollar alteraciones a nivel emocional, mismas que se ven mucho más marcadas en ciertas etapas de la vida, entre ella el embarazo y postparto. La depresión posparto es un trastorno afectivo severo, que puede aquejar a mujeres en distintos ámbitos de su vida, considerándose una de las causas de muerte materna durante el periodo perinatal. Muchos factores intervienen en el desarrollo

de esta patología entre ellos los fisiológicos y psicosociales.

La falta de atención que se presta a la salud mental en el ámbito médico ha contribuido a que este trastorno sea infra diagnosticado, ya que el abordaje de este trastorno se debería realizar desde el primer nivel de salud para evitar el desarrollo de mismo, identificando factores de riesgo además de brindar la asesoría necesaria a las mujeres que presentan signos de alarma en el aspecto psicológico, y tomar como ejemplo a países que han estandarizado el uso de instrumentos que permitan identificar grupos con mayor susceptibilidad a desarrollar depresión postparto.

En nuestro país no existen estadísticas que nos permitan orientarnos acerca de la prevalencia o factores de riesgo asociados a depresión posparto, sin embargo, se han realizado ciertos estudios que nos permiten tener un aproximado de los mismos. Basándonos en la prevalencia de DPP observada en el presente estudio (18.61%), podemos ver que el número de puérperas atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga (Cuenca) que presentan DPP es menor al observado en el Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito que presenta una prevalencia del 30.2 %, (6), y una diferencia más marcada se pudo observar en un estudio más reciente realizado en la misma ciudad en el año 2017 el cual se realizó por un periodo más extenso de tiempo y en más de una unidad de salud (7), mostrando una prevalencia de DPP de 68.7%; a nivel local se ha observado un porcentaje de 49.8% en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el mismo año (8). En dichos estudios se abarcan poblaciones más extensas, lo cual podría explicar la diferencia tan marcada que se observa en cuanto a la prevalencia de DPP.

En un estudio realizado con mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos, se demostró que afecta hasta un 56 % de mujeres durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su hijo. (9) Por otro lado, en un estudio realizado en mujeres puérperas de la ciudad de Arequipa (Perú), se muestran resultados que indican que, aproximadamente el 41% de las madres no tiene riesgo de depresión postparto, 14% presenta riesgo y 45% tiene síntomas de depresión postparto; resultados similares a nuestro estudio, en donde se pudo observar una

prevalencia mayor de mujeres con bajo riesgo de sufrir depresión posparto, independientemente de las distintas variables empleadas (10). En el mismo país en la ciudad de Lima, González Apaza (11) evidenció una prevalencia de 34.29% y 46.67% en madres adolescentes y adultas respectivamente, estableciendo como punto de corte para el diagnóstico un puntaje en la escala de 10, lo cual nos muestra un prevalencia similar en distintas ciudades de este país a diferencia de lo que se ha evidenciado en Ecuador.

En un estudio realizado en Tlaxcala- México en una población y en condiciones similares a la del presente estudio se observó una prevalencia de 18.3%, (12) mismo que dista mínimamente de la prevalencia de 18.61% observado en el Hospital José Carrasco Arteaga.

La importancia de complementar la aplicación de la escala de Edimburgo con una entrevista personalizada para establecer el diagnóstico de DPP demostró Terren *et al*, (13) en donde tras la aplicación de la encuesta, se realizó una entrevista la misma que complementa y confirma la presencia de esta patología, en este caso se vio una prevalencia de 10.5% (IC 95%, 8.43-11.87), además de establecer el punto de corte en cuanto al puntaje que presenta mayor riesgo de DPP.

En una actualización sobre la presencia de DPP realizada en Concepción-Chile se observó que hay variables que incrementan el riesgo de padecer este trastorno (14), lo cual dista de los observado en este estudio ya que no se encontraron variables que influyan de forma significativa en el desarrollo de la enfermedad, más bien esta se presentaba de forma indistinta en las puérperas. La condición de inmigrante de las madres también ha mostrado influir en el desarrollo de esta enfermedad, Falah-Hassani *et al* (15) muestra que las mujeres inmigrantes tienen 2 veces más riesgo de padecer este trastorno con un OR: 2.18 (IC: 95%), presentando una prevalencia de 20%, similar a la mostrada en este estudio, lo cual nos muestra la importancia de ciertas condiciones que no se han tomado en cuenta.

Otro aspecto importante que se ha podido observar es la importancia del seguimiento a las mujeres que se encuentran en riesgo de DPP, como se evidencia en un estudio realizado en Vancouver-British Columbia en donde la

encuesta fue aplicada a la primera, cuarta y octava semana del postparto para corroborar la presencia o no de depresión, mostrando una prevalencia de 29.6%, 23%, y 20.4% respectivamente, además entre variables que incrementan el riesgo de DPP está la migración, como se mencionó previamente, en este estudio esta condición aumenta el riesgo de padecer DPP con un (AOR)=8.03, IC 95% (3.43–18.77) (16). Las altas tasas de depresión posparto entre mujeres latinoamericanas residentes en distintos países, junto con la mayor cantidad de síntomas psicopatológicos que las mujeres experimentan durante el período posparto, hacen necesaria la creación de estrategias para apoyar y facilitar el acceso de este grupo de riesgo a los servicios de salud mental. (17) (18) (19)

Tras la realización del presente estudio se evidencia la necesidad estudiar más a fondo esta patología y realizar investigaciones con poblaciones más extensas, las mismas que permitan identificar de forma temprana la presencia de DPP en la sociedad. Al encontrarse un incremento de riesgo de desarrollar DPP en la variable semanas de gestación (34-36.6 semanas), sería pertinente investigar el por qué esto se produce; entre las debilidades que se pueden evidenciar en este estudio está el no tomar en cuenta otras variables como la migración que como se ha visto puede incrementar el riesgo de padecer esta patología, además no se complementó la aplicación del test con otras encuestas que pueden ayudar a reafirmar el diagnóstico, sin embargo este estudio aporta información acerca de la realidad de esta enfermedad en nuestra región y no solo se ha obtenido la prevalencia de la misma sino también se ha establecido asociación entre variables, lo cual puede ser el punto de partida para la realización de estudios posteriores en los cuales se realice un seguimiento a las puérperas que presenten DPP.

Conclusiones

La depresión posparto constituye un problema de salud, ya que disminuye la eficacia y eficiencia de las madres siendo sus principales desencadenantes la falta de lactancia materna, alteraciones asociadas al apego madre-hijo, cuidados del recién nacido, desarrollo anormal y alteraciones psicológicas del infante,

problemas maritales, suicidio e infanticidio.

Del total de participantes en el estudio, el 18.61% presentó un puntaje en la escala de Edimburgo compatible con depresión postparto, se tomaron en cuenta las variables tipo de parto, estado civil, residencia, semanas de gestación, paridad, en donde se observó el mayor porcentaje en madres que dieron a luz mediante cesárea (11.7%), casadas (9.57%), que residen en zonas rurales (10.1%) en nacimientos entre las 37 y 42 semanas (14.89%), y en multíparas (13.29%).

Por otra parte, no se encontró asociación significativa entre las variables y el desarrollo de DPP. Sin embargo se vio que el nacimiento entre la semana 34 y 36.6 incrementa el riesgo de presentar esta patología con un valor de 2.95, el mismo que es estadísticamente significativo.

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi familia por el apoyo que siempre he recibido, sobre todo en los momentos más duros de mi carrera en dónde ni yo misma creía en mí, especialmente a mi madre que con tan sólo un abrazo o unas pocas palabras me ha alentado para salir adelante, sin olvidarme de agradecer a Dios por todo lo que me ha permitido vivir hasta ahora, tanto en lo personal como en lo profesional. Además, quiero agradecer a mi tutor por su guía en este camino, y a mi compañera por su dedicación y compromiso.

Quiero agradecer en primer lugar a Dios por permitirme terminar una de las etapas más importantes de mi vida, y por darme la dicha de tener a mi familia quienes han sido mi pilar fundamental durante todos estos años, en especial a mi madre y hermanos sin los cuales no hubiese sido capaz de culminar mis estudios, además le agradezco a mi padre que aunque no esté presente físicamente siempre me guio desde el cielo. También quiero mencionar a mi tutor y compañera de tesis quienes fueron parte fundamental de este proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Viguera, Adele. UptoDate. [En línea] 09 de Noviembre de 2016. [Citado el: 15 de Julio de 2017.] https://www.uptodate.com/contents/postpartum-unipolar-major-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?source=search_result&search=depression%20posparto&selectedTitle=1~116#H9.
2. Stewart, Dona y Vigod, Simone. Depresión Postparto. s.l. : Revista de Medicina Nueva Inglaterra, 2016. Vol. 375, 22.
3. Rincon-Pavon, David y Ramirez-Velez, Robinson. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. Bogota : s.n., 2010. Vol. 16, 4.
4. Romero, Daniel, y otros. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. Mexico : Revista Chilena de Obstetricia y ginecología, 2017. Vol. 82, 5.
5. Zimmerman, Mark y D'avanzato, Catherine. Depresión Mayor. [aut. libro] Fred F. Feeri. *Guía clínica Ferri 2018*. s.l. : Elsevier, 2018.
6. Morelo, Katherine, y otros. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Santiago : Rev. chil. obstet. ginecol, 2014. Vol. 79, 4.
7. Rincón-Pabón, David y Ramírez-Vélez, Robinson. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. s.l. : Rev Salud Pública, 2010. Vol. 16, 4.
8. Loor, Natalia. Universidad Catolica de Satiago de Guayaquil . [En línea] Marzo-Abril de 2016. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/5303/1/T-UCSG-PRE-MED-443.pdf>.

9. Santacruz , Maria y Serrano , Farnciasco. Universidad de Cuenca . [En línea] 2014. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21717/1/Tesis.pdf>.
10. Consejo Nacional de Investigación (EE. UU.) Y Comité del Instituto de Medicina (EE. UU.) Sobre la depresión, las prácticas parentales y el desarrollo saludable de los niños. Depresión en padres, padres e hijos: oportunidades para mejorar la identificación, el tratamiento y la prevención. [En línea] 2009. 1.
11. Peña, Diana y Calvo, Manuel. Universidad Nacional de Colombia. [En línea] 2011. [Citado el: 15 de Julio de 2017.] <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/24/9789584476180.21.pdf>.
12. J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo. 2008. Vol. 150.
13. Almeida Villacis, Allyson y Toscano Guerra, Diego. Prevalencia de depresión posparto en madres hospitalizadas en el servicio de adolescencia del hospital gineco-obstétrico maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013. Quito : s.n., 2013.
14. Casillas Peña, Isaac y Tite Mallitasig, Paola. Depresión postparto en madres de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal (ucin) y no hospitalizados, en los hospitales un canto a la vida y maternidad Nueva Aurora, un seguimiento desde la etapa gestacional. Quito : s.n., 2017.
15. Borrero Narvaez, Ingrid y Castro Vintimilla, Santiago. Frecuencia de depresión posparto en puérperas del hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador. 2017. Cuenca : s.n., 2017.
16. Barrea, AZ y Nichols, AD. Actitudes y comportamientos de búsqueda de ayuda para la depresión entre una muestra de mujeres perinatales hispanohablantes en Internet. s.l. : Rev Panam Salud Pública, 2015. Vol. 37, 3.

17. Masías Salinas, María Alejandra y Aria, Walter. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. Lima : Rev Med Hered, 2018. Vol. 29, 4.
18. Gonzales Azapa, Miguel Angel. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernalles, mayo 2016. Lima : s.n., 2017.
19. Juarez-Romero, Mauricio, y otros. Prevalencia de depresión pospartoen el Hospital de la Mujer del estado de Tlaxcala. Tlaxcala : Rev Invest Med Sur Mex,, 2015. Vol. 22, 3.
20. Terren, Carlos, y otros. Prevalencia de la depresión posparto en las en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clinica estructurada y la escala de depresión postparto de Edimburgo. Barcelona : s.n., 2003. Vol. 120, 9.
21. Mendoza, Constanza y Saldivia, Sandra. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Cconcepcion : Rev Med Chile, 2015. Vol. 143.
22. Falah-Hassani, Kobra, y otros. Prevalencia de la depresión posparto entre las mujeres inmigrantes: una revisión sistemática y un metanálisis. s.l. : Revista de Investigación Psiquiátrica, 2015. Vol. 67, 82.
23. Falah-Hassani, Kobra, Shiri, Rahman y Dennis, Cindy-Lee. Prevalencia y factores de riesgo para la sintomatología depresiva y la ansiedad posparto. s.l. : Revista de trastornos afectivos, 2016. Vol. 196.
24. Caparros-Gonzalez, Rafael, Romero-Gonzalez, Borja y Peralta-Ramirez, María Isabel. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. s.l. : Rev Panam Salud Publica42, 2018. Vol. 97.

25. Lugo Guillen, Luis Fernando. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en el Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016. s.l. : Rev.Fac.Cien.Med. UNCA, 2018. Vol. 1, 1.

26. Organización Panamericana de Salud. Preparándose para lanzar la intervención de depresión perinatal 'Programa Pensamiento Saludable' en Lima Urbana, Perú: experiencias desde el campo. [En línea] 2018.

27. J.L. Cox. British Journal of Psychiatry. [En línea] Junio de 1987. [Citado el: 15 de Julio de 2017.] http://www.state.nj.us/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf. 4.