



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

“FRECUENCIA DE DEPRECIÓN POSTPARTO EN HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE
CABRERA”

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR:
DRA. ALMA ITZEL CRUZ PICAZO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS:
DR. VICTOR MANUEL GASPAR FLORES

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A Dios.

Por darme la oportunidad de tener vida y permitirme llegar a este momento permaneciendo siempre a mi lado.

A mis Padres.

Por su constante apoyo, confianza, comprensión y consejos. Por todas las consideraciones que tuvieron siempre conmigo...pero sobre todo por su infinito amor, ya que sin ustedes jamás lo hubiera logrado Los amo!

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros por su tiempo y apoyo, así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

A mis amigos por su tiempo y apoyo para lograr esta meta.

A ti David, por impulsarme a seguir adelante cada día.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
MATERIAL Y METODOS	6
RESULTADOS	8
DISCUSION	14
CONCLUSIONES	14
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	15

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de depresión postparto y las asociación con algunas variables en las pacientes del Hospital Enrique Cabrera.

MATERIAL Y METODOS: Se aplico un total de 155 encuestas con la escala de depresión postnatal de Edimburgo a todas las pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecoobstetricia que se encontraban cursando el puerperio mediato, con la intención de estimar la frecuencia de depresión postparto y analizar variables asociadas como edad, escolaridad, vía de interrupción de embarazo, número de hijos y estado de salud del recién nacido, durante el mes de junio del 2011. Se incluyeron un total de 148 encuestas.

RESULTADOS: De las 148 pacientes del total de la muestra, 47 pacientes tuvieron una puntuación mayor a 10 puntos, en la escala de Edimburgo, lo que representa una frecuencia 32% Depresión Postparto. No existe asociación de depresión postparto en relación a las variables estudiadas, salvo que es 2.5 veces más frecuente la depresión postparto en el grupo de pacientes multigestas.

CONCLUSIONES: La frecuencia de Depresión Postparto es mayor a la publicada por otros autores. Se necesita nuevos estudios, con un número de muestra mayor para identificar variables asociadas. Es más frecuente la depresión postparto en multigestas.

PALABRAS CLAVE: Depresión postparto

INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo y el puerperio suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de los trastornos psíquicos en la mujer, principalmente la depresión como un resultado claramente negativo en el período perinatal.¹

Se considera a la depresión postparto como cualquier alteración en el estado de ánimo que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento, que empieza habitualmente de manera importante entre las cuatro y las seis semanas postparto.²

Los problemas emocionales postparto se pueden rastrear desde los primeros escritos de Hipócrates, quien en el año 700 A. C. los describía en detalle. También se han citado en textos de Celcio y Galeno.³ Actualmente, la incidencia de la depresión postparto resulta muy variable, en un rango entre 10% y 20% de las mujeres, aunque es habitualmente subdiagnosticada en centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a patologías obstétricas como preeclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional, y con una tasa de recurrencia de entre 10 y 35%, lo cual representan un problema importante de salud pública.⁴

La etiología de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio no han sido aclarados completamente; pero se han descrito diversos factores relacionados con su presentación. Los cambios hormonales que ocurren durante embarazo y después del parto desempeñan un papel contributivo, pero no pueden explicar completamente la incidencia del desorden.⁴ La fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo después del parto se cree que es provocada por la rápida disminución de los niveles de hormonas reproductivas después del embarazo. Sin embargo, la administración y retiro de las hormonas esteroides exógenos, diseñados para imitar los cambios hormonales durante el embarazo, dan lugar a síntomas de depresión sólo en mujeres con antecedentes de depresión posparto, lo que sugiere que las mujeres deben estar predispuestas a esta patología. La razón de la predisposición es desconocida, pero es razonable suponer que un blanco preferido de los neuroesteroides, está en la subunidad δ de los receptores GABA, y que alteraciones en estos receptores podrían estar involucradas en este desorden.⁵

Un cuerpo cada vez mayor de evidencia clínica y epidemiológica sugiere que una ingesta dietética deficiente y/o niveles bajos de los ácidos grasos poliinsaturados n-3 (omega-3) en el tejido, están asociados a la depresión postparto. Tomando en cuenta que debido a las altas demandas fisiológicas que presentan las mujeres durante el embarazo y la lactancia, éstas se sitúan en un riesgo particular de experimentar una pérdida de ácidos grasos poliinsaturados omega-3, especialmente el ácido docosahexaenoico (DHA), de diversos tejidos incluyendo el

cerebro, sobretodo en pacientes con un consumo dietético inadecuado o que presenten capacidades metabólicas subóptimas. La disminución en los niveles de ácido docosahexaenoico conduce a varios cambios neurobiológicos asociados a depresión severa incluyendo una disminución del factor neurotrófico derivado del hipocampo cerebral y aumento de las respuestas hipotálamo-hipófisis-suprarrenal al estrés. Los fosfolípidos en el cerebro tienen en particular altas concentraciones de ácidos grasos poliinsaturados, sobretodo el DHA, la variación en la composición de ácidos grasos de los fosfolípidos cerebrales altera las propiedades fisicoquímicas de la membrana y por lo tanto puede alterar la función de las proteínas de membrana, lo que puede afectar la función neuronal a través de una variedad de mecanismos.⁶

Los cambios fisiológicos pueden explicar ciertas transformaciones en la esfera mental. Sin embargo, no constituyen la única condición que explica la presencia de síntomas mentales durante el posparto. También otros factores, como los psicosociales y ambientales, condicionan la proclividad de la mujer a presentar dichos síntomas. Estudios prospectivos y retrospectivos señalan que una historia de depresión previa aumenta la incidencia del 10%-al 24%. Si la depresión ocurre durante el embarazo, el riesgo es más alto (35%); si existen antecedentes de depresión postparto, el riesgo de recurrencia se dispara hasta el 50%.

El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios que ocurren no sólo en su cuerpo y en su mente sino con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales. Varios estudios han examinado la relación entre la obesidad y la depresión, y dado que más de la mitad de todas las mujeres en edad fértil tienen sobrepeso o son obesas, es importante investigar el peso como un factor de riesgo para la depresión posparto.⁷, así como también la obesidad antes del embarazo se ha visto asociada con resultados positivos para la depresión después del parto. ^{7,8}

La morbilidad materna, que incluye la existencia de problemas de fertilidad en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre. Y la morbilidad del recién nacido, en la que se han estudiado como factores asociados: la presencia de anomalías o enfermedades, como problemas respiratorios, infecciosos, prematurez, bajo peso, ictericia, problemas traumatológicos, muerte neonatal y otros. Así como, la predisposición en pacientes que cursaron con complicaciones en el embarazo o al nacimiento para la depresión postparto, lo que puede ser explicado por varios mecanismos:.. Por ejemplo, la asociación entre el pre-eclampsia y la depresión postparto, ya que en este caso niveles de la serotonina sérica están aumentados en mujeres con pre-eclampsia, lo que puede llevar a los niveles bajos de serotonina en el cerebro, de tal modo causando síntomas depresivos. Otro mecanismo de base entre la asociación de complicaciones obstétricas y/o perinatales y depresión postparto, es el psicológico ya que la mayoría de las mujeres tienen expectativas particulares sobre su embarazo, vía de nacimiento, y

período postparto, y una serie repentina de acontecimientos, como un nacimiento o una hospitalización compleja del bebé, lleva a preocupaciones y a sensaciones de decepción y frustración que puede afectar a la capacidad de una mujer de adaptarse en los meses postparto y la hace experimentar síntomas depresivos.⁹ Se ha estudiado la asociación de mujeres con parto prematuro y productos con bajo peso al nacer y depresión postparto, ya que tener un bebé prematuro o bajo peso al nacer puede ser conceptualizado como una experiencia estresante que conduce a los síntomas depresivos. Estos síntomas presentes en las madres de prematuros o de bajo peso al nacer tienden a resolverse con el tiempo. Sin embargo, teniendo productos muy prematuros o con muy bajo peso al nacer se asocia a un mayor riesgo de depresión postparto sostenida en todo el año.¹⁰

Las manifestaciones clínicas de la depresión postparto son: las de una depresión clásica, tales como bajo nivel de energía, inquietud y agitación, trastornos de la concentración y dificultad en la toma de decisiones entre las más destacadas.¹¹ Su duración media es de 2 a 6 meses aunque puede recurrir y volverse crónica, lo que repercute tanto para la propia mujer, que ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, sin olvidar las consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales de las mujeres afectadas.

Debido a que la sintomatología puede interferir con el estado integral de salud de la paciente, y al riesgo de recurrencia y cronicidad de la misma depresión postparto, es imperante realizar un diagnóstico precoz, para lo cual Cox, en 1987, diseñó y validó un cuestionario específico para su identificación en la asistencia primaria. Este cuestionario, denominado *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*, que fue traducido y validado en diferentes países y culturas, demostrándose sus buenas propiedades psicométricas. De hecho, actualmente se recomienda su uso en los estudios epidemiológicos sobre detección y prevalencia, así como en los estudios clínicos que valoran la eficacia de distintos tratamientos. Utilizándose dicha escala en este estudio, con el objetivo de identificar mujeres con riesgo de depresión postparto, y factores asociados, en nuestra población y constituir una estrategia valiosa que permita ofrecer a la madre un tratamiento-temprano, lo que influirá favorablemente en la relación madre-hijo y evitará problemas emocionales a largo plazo para el niño.¹²

En pacientes con diagnóstico de depresión postparto se ha evaluado la eficacia de varios tratamientos, habitualmente mediante la valoración de los cambios en las puntuaciones en escalas de depresión, entre los tratamientos no farmacológicos, se han mostrado eficaces: la psicoterapia interpersonal, cognitivo-conductual y otras formas de apoyo principalmente en depresión leve o moderada. El tratamiento farmacológico se ha evaluado en mujeres con

depresión grave o que no responden a medidas no farmacológicas.¹³ Siendo los fármacos de elección los antidepresivos como los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina. Existen ensayos de antidepresivos para el tratamiento de la depresión posparto que aportó las pruebas la efectividad de la fluoxetina.¹⁴ Aparte de los antidepresivos, se han evaluado tratamientos hormonales, como el uso de 17-B estradiol transdérmico o estradiol sublingual. Aunque el estradiol se ha propuesto como un tratamiento, hay poca evidencia de una reciente revisión en apoyo de su eficacia.¹⁵

A pesar de ello, y de diversos estudios realizados de manera internacional aún no se tiene claridad sobre la incidencia, ni los factores de riesgo asociados a esta patología, lo que lleva a plantear la necesidad de un estudio prospectivo de todas las pacientes que se encuentren cursando el periodo de postparto, estableciendo como objetivo: *determinar la frecuencia de la depresión postparto en las pacientes del Hospital General Enrique Cabrera y la asociación con algunas variables*. Ya que la cantidad de pacientes atendidas para la conclusión de su embarazo, es alrededor de 5400 mujeres de manera anual, lo que representaría un total de 500 a 1000 pacientes con depresión postparto no diagnosticadas, pudiendo afectar de manera adversa el desarrollo cognitivo y emocional de sus hijos, dificultades matrimoniales, sin olvidar el propio deterioro a la salud de la mujer, con la finalidad de encontrar estrategias tempranas de escrutinio, y poder brindar un tratamiento oportuno y seguimiento controlado a las pacientes que cursen con depresión postparto.

MATERIAL Y MÈTODO

Se realizo un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, a través del censo de las pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecoobstetricia que se encontraban cursando el puerperio postparto, eutócico o distócico menor a 6 semanas, con un recién nacido vivo de cualquier edad, en el Hospital General Enrique Cabrera, atendidas en el mes de junio del 2011.

Para lo cual se utilizo el instrumento “Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo”, la cual se considera positiva con una puntuación mayor a 10 puntos, siendo la menos puntuación obtenible cero y la mayor 30, fig. 1. Agregando a esta, cinco preguntas: edad, escolaridad, no. de hijos, vía de resolución de su embarazo y estado de salud del recién nacido.

Se elaboro la base de datos en Excel y se realizo un análisis estadístico descriptivo (técnicas de resumen: porcentaje; tendencia central: media; dispersión: desviación estándar y rango), además se realizaron algunos cruces de variables.

Desde el punto de vista bioético, se trato de una investigación *sin riesgo*.

Fig. 1 Cuestionario sobre Depresión Posnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Número de hijos que tiene, contando este: _____

Vía de resolución de embarazo: Parto () Cesárea ()

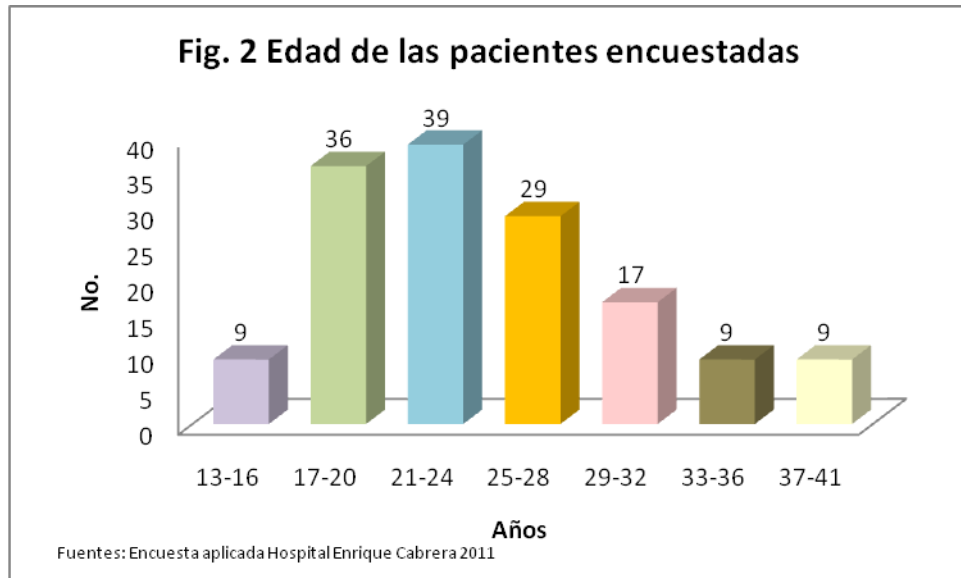
Estado de salud de su bebé: Sano () Hospitalizado ()

Queremos saber como se siente con el nacimiento de su bebe. Por favor subraye la respuesta que más se acerca ha como se ha sentido en LOS ULTIMOS 7 DIAS, no solo como se sienta hoy.

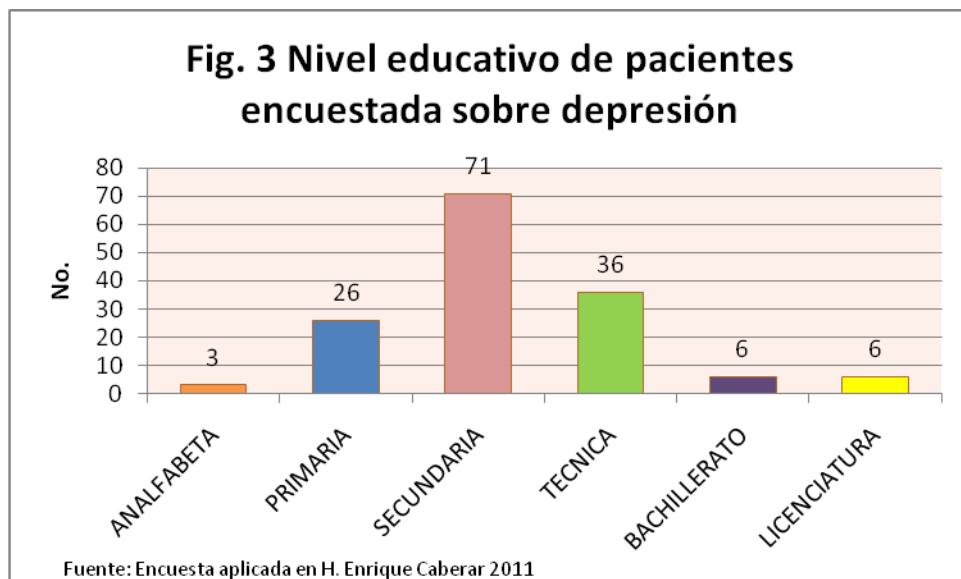
- | | |
|--|---|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido | 6. Las cosas me oprimen o me agobian
Si, la mayor parte de las veces
Si, a veces
No, casi nunca
No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía ser
Definitivamente menos
No nada | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Si, la mayoría de las veces
Si, a veces
No, muy a menudo
No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Si, la mayoría de las veces
Si, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada
Si, casi siempre
Si, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Si, a veces
Si, a menudo | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Si, casi siempre
Si, bastante a menudo
Solo en ocasiones
No, nunca |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Si, bastante
Si, a veces
No, no mucho
No, no nada | 10. He pensado en hacerme daño a mi misma
Si, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca |

RESULTADOS

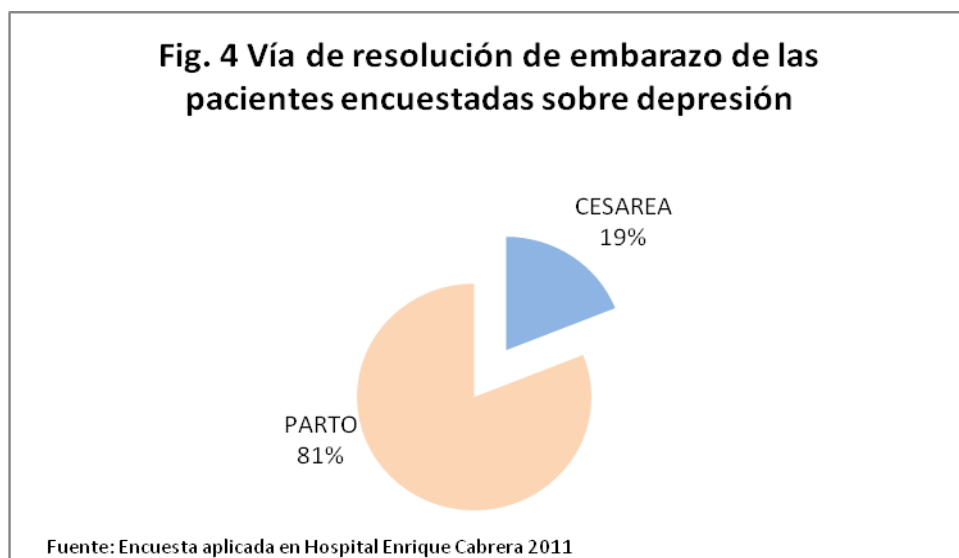
De las 148 pacientes seleccionadas, la media de edad fue de 24.48 ± 6.10 años, siendo la edad máxima de 41 y la mínima de 13, el grupo de edad más afectado fue de 21 a 24 años con un 26%, fig. 2



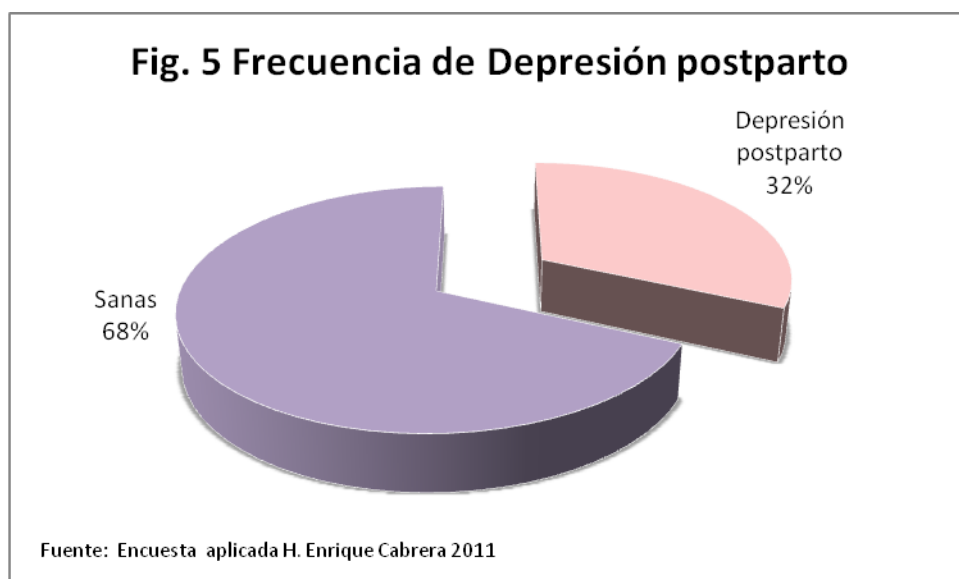
De acuerdo al nivel educativo del total de las pacientes encuestadas, la secundaria se presentó en un 48%, siendo el nivel más bajo el analfabetismo y el nivel mayor la licenciatura. Fig. 3



En relación al número de hijos, un 36% del total de las pacientes encuestadas, correspondió a madres primigestas, siendo el número menor de hijos 1 y el mayor 8. Durante el mes de junio del 2011 se atendieron 148 nacimientos, de los cuales, el 81% fue parto vaginal espontáneo y el 19% por cesárea, fig.4., presentando complicaciones neonatales 15 pacientes que ameritaron hospitalización del recién nacido.



El 32% (47 pacientes) del total de pacientes encuestadas tuvieron una puntuación mayor a 10 puntos, de acuerdo con la escala de Edimburgo, por lo que fueron diagnosticadas con Depresión Postparto, fig.5.



El puntaje mínimo de la escala de Edimburgo aplicada a las pacientes encuestadas fue de cero puntos y el máximo de 23 puntos.

A continuación se muestran en la tabla I y II, la distribución de frecuencia de respuestas en cada uno de los 10 reactivos de los que consta la prueba. Siendo la respuesta más frecuente, “No tanto ahora” para los reactivos uno y dos. Y siendo “A menudo o Sí a veces” la más frecuente en los reactivos referentes a ansiedad, mientras que en los reactivos de afectación psicósomática la respuesta más frecuente fue “No nada”.

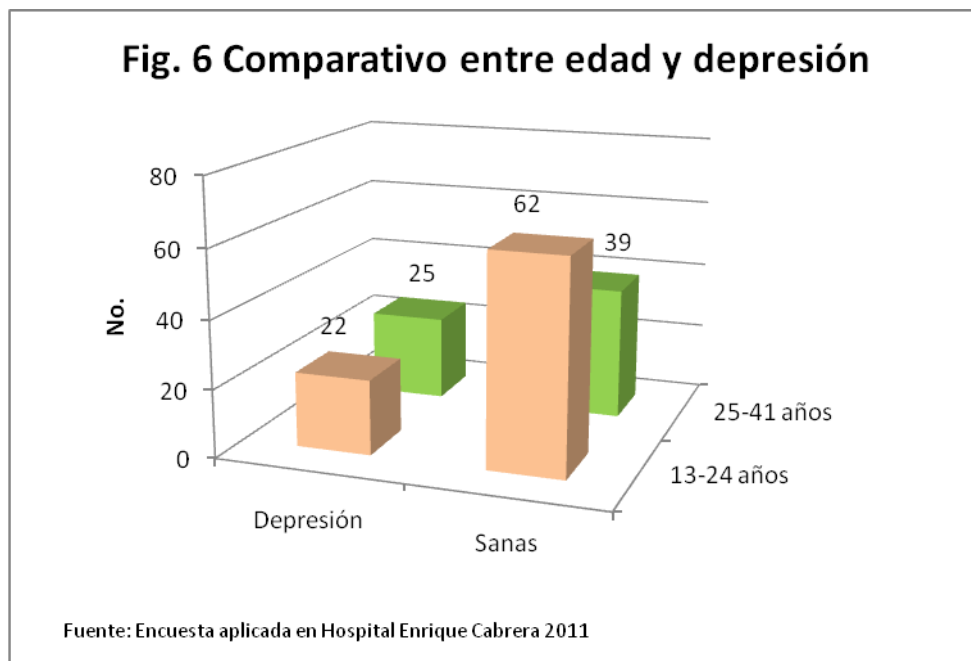
Tabla I. Distribución de respuestas en los reactivos 1 y 2 de la encuesta aplicada.

Reactivo	Tanto como siempre		No tanto ahora		Mucho menos		No, no he podido	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
He sido capaz de reír	121	82	25	17	1	.5	1	.5
He mirado el futuro con placer	105	71	33	23	5	3	5	3

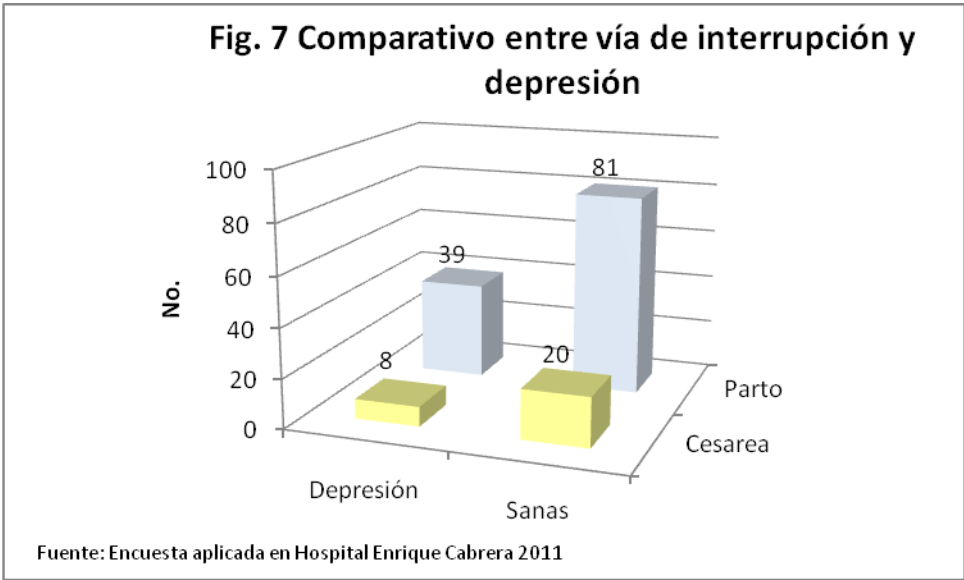
Tabla II. Distribución de respuestas en el resto de los reactivos de la encuesta aplicada.

Reactivo	Sí/ Casi siempre		A menudo/ Sí a veces		Sólo en ocasiones/ Casi nunca		No, nada/ Nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Me he culpado sin necesidad	16	11	63	42	32	22	37	25
He estado ansiosa y preocupada	5	3	78	53	20	14	45	30
He sentido miedo y pánico	9	6	51	35	36	24	52	35
Las cosas me agobian	5	3	47	32	41	28	55	37
Me siento infeliz con dificultad para dormir	7	5	21	14	31	21	89	60
Me he sentido desgraciada	7	5	4	3	31	21	106	71
He estado llorando	4	3	8	5	55	37	81	55
He pensado en dañarme	2	1	3	2	7	5	136	92

Se realiza el cruce de variables entre edad y depresión, para lo cual se clasificaron en adolescentes y adultos jóvenes de 13 a 24 años y el segundo de adultas mayores de 25 a 41 años. Encontrando 22 pacientes diagnosticadas con Depresión Postparto en el primer grupo y 25 en el grupo de adultos mayores. Fig. 6

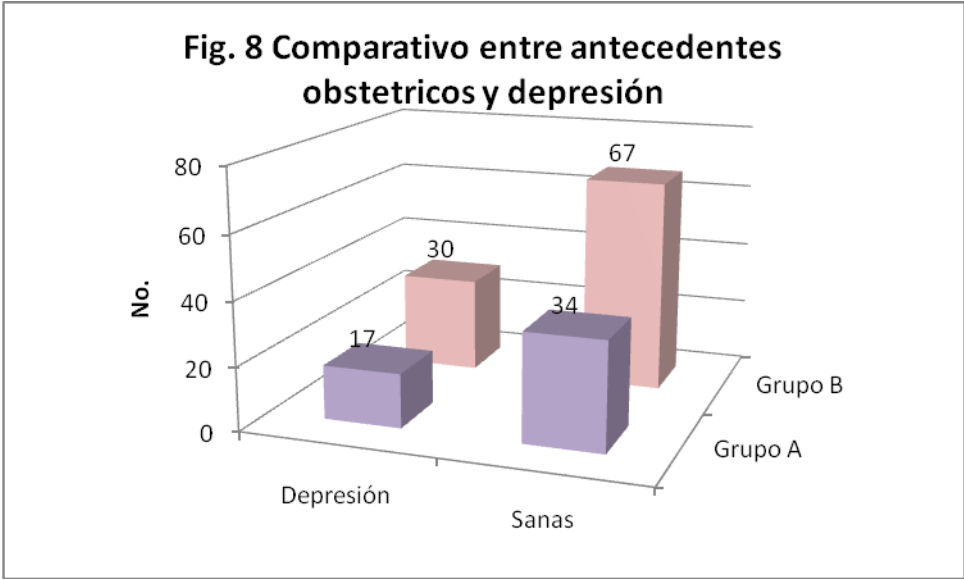


En la Fig. 7 se muestra que en cuanto a la vía de culminación del embarazo, 120 pacientes culminaron la gestación vía vaginal, y de estas se encontraron 39 pacientes con Depresión Postparto. El grupo restante de 28 pacientes terminó su embarazo vía abdominal, diagnosticándose Depresión postparto en 8 pacientes de este grupo.

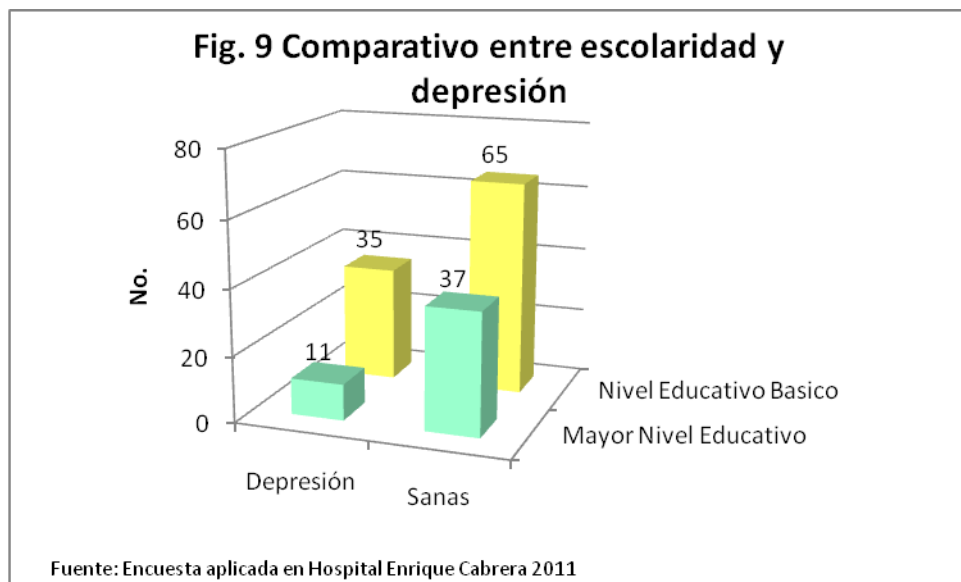


En relación a los antecedentes obstétricos, se dividieron en dos grupos, grupo A correspondiente a multigestas y un grupo B correspondiente a primigestas y secundigestas. Se observa que 17 pacientes del grupo A y 30 pacientes del grupo B, presentaron Depresión Postparto, tal y como se muestra en la figura 8.

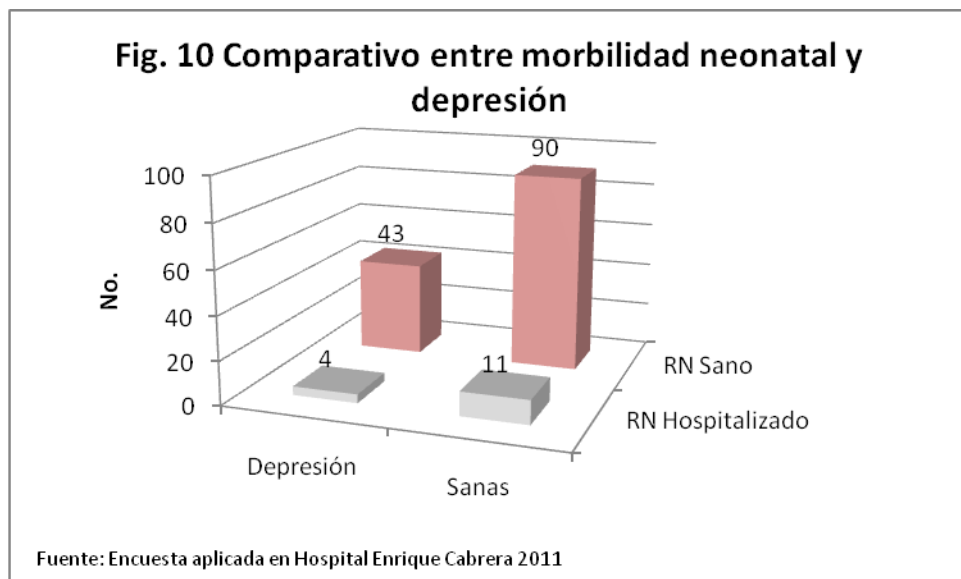
Mediante análisis estadístico se encontró un valor de Chi cuadrada $X^2 = 0.09$, y un valor de $P = 0.76$, con un Odds ratio de 1.12, con un intervalo de 0.51-2.45.



Para la analizar la asociación entre el nivel educativo de las pacientes en puerperio y la presencia de Depresión postparto, se dividió en 2 grupos el total de las pacientes, un grupo con básico o nulo nivel de escolaridad y otro con un mayor nivel educativo. Encontrando, en el grupo de mayor nivel educativo un total de 11 pacientes con Depresión Postparto, y en el grupo con nivel básico o menor se encontraron 35 pacientes con dicha patología. Fig. 9.



La figura 10 muestra el número de paciente con Depresión Postparto asociada a morbilidad neonatal, la cual se presento en solo 4 casos; y mediante análisis estadístico de Chi ², se establece que no hay relación.



DISCUSIÓN

Este estudio muestra que la frecuencia de Depresión Postparto en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, es del 32%, la cual supera el valor de incidencia publicado por otros autores en la literatura internacional, como la publicada en la revisión de Cochrane, publicada en 2008, la cual establece una incidencia constante del 10 al 15%¹⁴. Lo anterior denota el grave problema de subdiagnóstico, sobre todo en instituciones de la secretaria de Salud del Distrito Federal, donde no se aplica ningún test de rastreo durante el período de puerperio. Dándonos cuenta que es necesario aplicar una prueba de escrutinio a todas las pacientes que cursan el puerperio y de esta manera crear una estrategia que identifique a todas las madres en riesgo de padecer Depresión Postparto y ofrecer un tratamiento oportuno que evite mayores complicaciones tanto en la paciente, como en la relación madre-hijo, y su pareja. Ya que la identificación oportuna y la intervención multidisciplinaria temprana de este padecimiento tiene como ventaja principal no sólo disminuir el tiempo del padecimiento, sino sobre todo disminuir el efecto en el lactante menor por situaciones de desapego emocional, descuido en los cuidados básicos, abandono de la lactancia, y en algunos casos maltrato abierto¹. Siendo necesario crear conciencia de la posibilidad de padecer esta enfermedad en el médico ginecólogo y obstetra para que así pueda realizarse el diagnóstico oportuno y en caso necesario referencia a los servicios especializados.

Llama la atención que en el análisis de resultados de este estudio no se encontró asociación entre las variables estudiadas, como son el nivel educativo y la morbilidad neonatal como factor de riesgo para Depresión postparto como se ha establecido en otras literaturas, y tampoco existen diferencias significativas en la prevalencia de depresión postparto en los grupos estudiados, salvo por el 2.5 veces más frecuente la depresión postparto en el grupo de pacientes multigestas.

CONCLUSIONES

- La frecuencia de Depresión Postparto en el Hospital Enrique Cabrera es del 32%.
- Las pacientes con Depresión postparto en este estudio fueron principalmente multigestas, con escolaridad secundaria y pertenecientes al grupo de adultos mayores.
- Es 2.5 veces más frecuente la Depresión Postparto en pacientes multigestas.
- Se necesita nuevos estudios, con un número de muestra mayor para lograr identificar variables asociadas, así como un nuevo tipo de ensayo que especifique el tipo de depresión y que tanto interfieren los factores sociales como la forma de organización de la familia, y el grupo social, el papel de las expectativas de la madre y de otros familiares o personas significativas.

REFERENCIAS

1. Arranz L. Lilia, Aguirre R. Wilfrido, Ruiz O. Jaime. Enfoque multidisciplinario en la depresión postparto. **Ginecol Obstet Mex.** 2008; No. 6 Vol. 76. 341-348.
2. Vargas M Jaime, García J. Magdalena. Depresión Postparto: Presencia y manejo psicológico. **Centro regional de investigación psicológica.** 2009; No.1 Vol. 3. 11-18.
3. Campo A. Adalberto, Ayola C. Cristina, Peinado V. Henry, et al. Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.** 2007; No. 4 Vol. 58. 277-283.
4. Oviedo G, Jordán V. Trastornos afectivos posparto. **Universitas Médica.** 2006; Vol. 47 N° 2. 131-140.
5. Maguire Jamie, Mody Istvan. GABAAR plasticity during pregnancy relevance to postpartum depression. **Neuron.** 2008; No. 2 Vol. 59. 207-213.
6. Levant Berth. N-3 Omega 3 Fatty acids in postpartum depression. Implications for prevention and treatment. **Depress Res Treat.** 2011; Vol 2011. 1-16.
7. Krause Katrina, Qstbye Truls, Swamg Geeta. Ocurrence and Correlates of Postpartum Depression in overweight and obese women. **Matern Child Heald J.** 2009; No.6 Vol. 13 nov. 832-838.
8. LaCoursiere DY, Berrett-Connor E, O'Hara M, et al. The association between prepregnancy obesity and screening positive for postpartum depression. **BJOG.** 2010; Vol. 117 march. 1011-1018.
9. Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, et al. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression **BJOG.** 2010; Vol. 117 june. 1390-1398.
10. Vigod SN, Villegas L, Dennis C, Ross LE. Prevalence and risk for postpartum depression among woman with preterm and low-birth-weugth infants: a systematic review. **BJOG.** 2010; Vol 117 december. 540-550.

11. Bernstein Ira, Rush Jonh, Yonkers Kimberly, et al. Symptom features of Postpartum Depression: Are they distinct? **Depress Anxlely**. 2008; No. 1 Vol. 25. 20-26.
12. Romero G. Gustavo, Dueña D. Erika, Regalado C. Claudia, Ponce P. Ana. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. *Ginecol **Obstet Mex*** 2010; No. 1 Vol. 78. 53-57.
13. Paulson James, Bacemore Sharnail. Prenatl and postpartum depression en fathers and its association with maternal depression. **JAMA**. 2010; No. 19 Vol 303 1961-1969.
14. Hoffbrand S, Howard L, Crawley H. Tratamiento antidepresivo para la depresión posparto. **Cochrane Plus**. 2008; No. 2. 1-10.
15. Kirtley S, Monroy C, Kemedly. S. Internacional Guidelines, patents and trials. **BJOG** 2008; 1728