

## Caracterización de madres deprimidas en el posparto

GRACIELA ROJAS<sup>1</sup>, ROSEMARIE FRITSCH<sup>1,2</sup>, VIVIANA GUAJARDO<sup>1a</sup>, FELIPE ROJAS<sup>1</sup>, SERGIO BARROILHET<sup>3</sup>, ENRIQUE JADRESIC<sup>1</sup>

### Characterization of depressed mothers in the postpartum

**Background:** Postpartum depression (PPD) is a mood disorder that occurs during a specific period of women's lifetime: puerperium. The prevalence of PPD ranges from 8% to 30%, and a three-fold increase is seen in emerging as compared to developed countries. **Aim:** To characterize women consulting in primary care facilities for PPD. **Material and Methods:** Social and demographic features, obstetrical history, clinical symptoms and puerperal care of 440 postpartum women that sought help in primary care and were diagnosed as depressed, are described. **Results:** These women had no paid employment (82.7%), had unplanned pregnancies (62.5%) and lacked adequate social support (59.4%). From the clinical viewpoint, most of these puerperal women had a family history of depression (64.2%) and 31% had suffered from previous depressive episodes. The clinical symptoms of these patients consisted of depressed mood (93.2%), anhedonia (87.9%) and fatigue (87%). **Conclusions:** Women depressed postpartum form a group that requires more clinical attention due to its great biological vulnerability, active depressive symptoms, and enormous psychosocial risk. The mother and child program, which benefits them, needs to be combined with a mental health component that can offer them a treatment adapted to their psychosocial context.

(Rev Med Chile 2010; 138: 536-542).

**Key words:** Depression; Depressive disorder; health care; Postpartum; Primary.

<sup>1</sup>Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

<sup>2</sup>Escuela de Medicina. Universidad de Los Andes.

<sup>3</sup>Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes. Santiago de Chile

<sup>a</sup>Magíster en Epidemiología Clínica.

\*Proyecto financiado por FONDECYT 1040434

Recibido el 30 de abril de 2009, aceptado el 14 de abril de 2010.

Correspondencia a: Dra. Graciela Rojas

Avenida la Paz 1003, Santiago.

Fax: 56-2-7776786

E-mail: grojas@redclinicauchile.cl

Actualmente, los trastornos depresivos representan un problema de salud pública por su alta frecuencia y por asociarse a altos índices de discapacidad. Un conocido factor de riesgo para la enfermedad es el sexo femenino.

La depresión posparto (DPP) corresponde a una enfermedad del ánimo que se presenta en un período específico de la vida de la mujer, el puerperio. La prevalencia de la DPP fluctúa entre 8% y 30%, siendo tres veces más alta en los países emergentes que en los países desarrollados<sup>1-4</sup>.

Independiente del grado de desarrollo del país, el nivel socioeconómico bajo de las personas constituye un factor de riesgo para sufrir DPP<sup>5</sup>. En Chile, Jadresic y colaboradores han informado

cifras de incidencia de 9,2% y de prevalencia de 10,2%; Alvarado y colaboradores, por su parte, reportan cifras de 8,8% y 20,5% respectivamente<sup>6,7</sup>.

Cerca de 50% de los casos de DPP son depresiones que ya se presentaban en el embarazo o incluso antes de éste. La literatura indica que las mujeres que sufren este cuadro tienen un mayor riesgo de sufrir episodios futuros de depresión, con o sin relación a un parto<sup>8</sup>.

Los estresores somáticos del embarazo podrían desencadenar síntomas depresivos que persisten luego del parto, particularmente en madres sin parejas<sup>9</sup>. Una de cada tres mujeres que sufre de malestar psicológico al final del embarazo, y que percibe aislamiento social, desarrollará DPP<sup>10</sup>.

Se han descritos factores de riesgo para la DPP tales como: edades extremas de las púerperas, el embarazo no deseado, las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico bajo, la mayor paridad, la patología gineco-obstétrica, el parto por cesárea, el uso de anestesia en el parto, la enfermedad del recién nacido y los problemas en la lactancia, entre otros<sup>11-18</sup>.

Cuando se examina más detenidamente la variable soporte social, se aprecia que la confianza y el apoyo de la pareja, el contacto con otras mujeres con bebés, y la presencia de sintomatología depresiva durante la primera semana del posparto, diferenciaron a las mujeres que presentaron sintomatología depresiva en la octava semana después de dar a luz, de las que no la presentaron<sup>19</sup>.

En un estudio longitudinal de 622 mujeres de la comunidad, las variables más predictivas de sintomatología depresiva a la octava semana del posparto fueron: el antecedente de depresión durante el embarazo (OR 3,77,  $p = 0,03$ ), la historia de DPP previa (OR 2,21,  $p = 0,02$ ), y un puntaje en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)  $> 9$  en la primera semana del posparto (OR 18,23,  $p < 0,001$ )<sup>20</sup>. A su vez, en un estudio de cohorte en 12.361 mujeres australianas, independientes de un EPDS  $> 12$  fueron factores predictores, de una DPP: la depresión durante el embarazo, el antecedente una historia previa de depresión, y un bajo apoyo por parte de la pareja<sup>20</sup>.

En Chile, se ha demostrado que los factores psicosociales juegan un rol preponderante en el desencadenamiento de la DPP. Entre ellos, tendrían especial importancia la ocurrencia de eventos vitales, la relación con el cónyuge, con la madre; y los problemas propios del posparto, como las dificultades con la lactancia o dar a luz un recién nacido de muy poco peso, así como los antecedentes de depresiones previas<sup>22,23</sup>. Además se ha encontrado una relación inversamente proporcional entre nivel socioeconómico y prevalencia de DPP<sup>24</sup>.

Nuestro país cuenta, desde el año 2000, con un programa nacional para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión. Además, a partir de 2006, la ley chilena garantiza la atención oportuna por parte de los seguros de salud, público y privado, del episodio depresivo en personas mayores de 15 años. No obstante lo anterior, la literatura científica nacional<sup>24</sup> muestra que la patología psíquica puerperal es habitualmente

subtratada, con consecuencias negativas para las mujeres, la familia y el bebé. La capacitación del equipo de salud se hace, entonces, imprescindible para mejorar la salud mental familiar y, en especial, la del binomio madre-hijo(a).

El objetivo de este trabajo es describir la situación sociodemográfica, los antecedentes obstétricos, la sintomatología depresiva, y los cuidados en el puerperio, de mujeres que acuden a consultorios de atención primaria y son diagnosticadas como portadoras de cuadros depresivos puerperales. Asimismo, se explora la asociación entre la gravedad de la DPP y diversas variables sociodemográficas y clínicas. Los datos aquí reportados corresponden a la información basal obtenida durante la realización de un ensayo clínico aleatorizado para el tratamiento de la DPP en la atención primaria.

## Pacientes y Método

Se describen las características sociodemográficas y clínicas de 440 mujeres que participaron en un ensayo clínico aleatorizado para el tratamiento de la DPP, el cual fue llevado a cabo en cinco consultorios de atención primaria de salud de la Región Metropolitana entre abril de 2004 y marzo de 2006, que fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Se seleccionaron púerperas de 1 a 11 meses posparto, usando un proceso de tamizaje en dos etapas. En la sala de espera se les aplicó una escala de tamizaje -la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)-. Esta escala es una escala autoaplicada de 10 ítems que ha sido validada en Chile, separadamente, por Alvarado y cols<sup>25</sup> y Jadresic y cols<sup>26</sup>, quienes determinaron el punto de corte 9/10 para posibles casos de depresión<sup>26</sup>. Si la mujer obtuvo sobre 9 puntos, se reevaluó con el mismo instrumento dos semanas después. Si en esta segunda evaluación, el puntaje del EPDS permaneció sobre 9, las mujeres fueron invitadas a una evaluación basal previa firma del consentimiento informado autorizado por el Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. La evaluación basal consistió en la aplicación de un cuestionario estructurado que exploró datos sociodemográficos, historia laboral, datos de soporte social, antecedentes perinatales y psiquiátricos; e incluyó un cuestionario de síntomas funcionales y

las secciones de depresión, psicosis y dependencia a alcohol y drogas de la entrevista psiquiátrica estructurada *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI)<sup>27</sup>. Ésta es una entrevista estructurada para diagnosticar trastornos psiquiátricos según el DSM-IV, y puede ser utilizada por clínicos adiestrados previamente. Este instrumento permitió confirmar el diagnóstico de depresión y descartar pacientes que cumplieran con criterios de exclusión.

**Estadística:** El análisis de los datos se efectuó mediante el programa estadístico SPSS 11.0 y STATA 8.0. El análisis descriptivo constó de un análisis de frecuencia para variables cualitativas, promedio e intervalo de confianza para las variables cuantitativas. En el análisis bivariado, para analizar variables categóricas nominales u ordinales se realizó la prueba de Chi-Cuadrado.

Se realizó un análisis de regresión logística usando los puntajes en el EPDS dicotomizado como variable dependiente (intensidad del cuadro depresivo), dividiendo la muestra en dos grupos homogéneos y las variables sociodemográficas y los antecedentes perinatales y clínicos como independientes.

## Resultados

### Descripción sociodemográfica de la muestra

La muestra estuvo constituida por 440 puérperas con un rango de edad entre 15 y 46 años; 47,0% (IC 95% 34,5-62,5) había cursado educación media completa y 25,7% (IC 95% 17,0-38,1) educación media incompleta; 33,4% (IC 95% 22,7-46,3) señaló ser casada, 32,3% (IC 95% 21,9-45,2) convivir con su pareja, y 27,5% (IC 95% 18,6-40,5) reportó ser soltera. El 68,4% (56,8-86,2) declaró vivir con su pareja y 21,8 (13,8-33,3) con sus padres en el mismo hogar. El 82,7% (IC 95% 74,4-91,7) indicó ser dueña de casa y 12,1% (IC 95% 6,2-21) ser trabajadora. El promedio de hijos de las mujeres de la muestra, incluyendo al último, fue de dos (Tabla 1).

### Características perinatales de la muestra

Sólo 37,5% (IC 95% 28,5-48,3) señaló haber tenido un embarazo planificado. El 68,2% de las mujeres tuvo partos vaginales (IC 95% 52,8-86,2) y 29,7% cesárea (IC 95% 22,2-42,8). El 66,3% (IC

95% 51,0-83,9) de los partos se produjo entre las 38 y 40 semanas.

El 59,4% (IC 95% 48,7-68,7) de las mujeres declaró que cuidaba sola al bebé y, si recibían ayuda, el mayor apoyo (19,3%) (IC 95% 11,4-29,6) era brindado por sus madres (Tabla 2).

### Características clínicas de la muestra

El 31,0% (IC 95% 22,1-41,0) de las mujeres refería haber tenido a lo menos un episodio depresivo previo, 64,2% (IC 95% 53,8-73,4) reconocía

**Tabla 1. Características sociodemográficas de mujeres deprimidas en el posparto**

Características sociodemográficas	n = 440
<b>Edad (años) mediana rango</b>	25,0 (15-46)
<b>Educación</b>	% (IC 95%)
Analfabeta	0,2 (0,0-5,5)
Básica incompleta	5,3 (1,6-11,7)
Básica completa	9,2 (4,1-17,1)
Media incompleta	25,7 (17,0-38,1)
Media completa	47,0 (34,5-62,5)
Superior	11,9 (6,2-21)
<b>Estado civil</b>	
Soltera	27,5 (18,6-40,5)
Conviviente	32,3 (21,9-45,2)
Casada	33,4 (22,7-46,3)
Anulada /separada	6,8 (2,8-14,4)
Viuda	0,0 (0-1,0)
<b>Vive con</b>	
Pareja	68,4 (56,8-86,2)
Padres	21,8 (13,8-33,3)
Sola con hijos	3,6 (1,1-10,2)
Otros	6,1 (2,2-13,1)
<b>Ocupación previa al actual embarazo</b>	
Dueña de casa	82,7 (74,4-91,7)
Estudiante	3,4 (0,6-8,8)
Trabajadora	12,1 (6,2-21,0)
Cesante	1,8 (0,2-7,2)
<b>N° de hijos vivos promedio (DE)</b>	2,0 (± 1,1)

**Tabla 2. Características perinatales de mujeres deprimidas en el posparto**

Características perinatales	
<b>Embarazo planificado</b>	<b>% (IC 95%)</b>
	37,5 (28,5-48,3)
<b>Tipo de parto</b>	<b>% (IC 95%)</b>
Cesárea	29,7 (22,2-42,8)
Normal	68,2 (52,8-86,2)
Fórceps	2,1 (0,2-7,2)
<b>Semanas de embarazo al momento del parto</b>	<b>% (IC 95%)</b>
30-34	3,4 (0,6-8,7)
35-37	14,6 (8,4-24,7)
38-40	66,3 (51-83,9)
> 41	15,7 (9,1-26,0)
<b>Cuidado del bebé</b>	<b>% (IC 95%)</b>
Sola	59,4 (48,7-68,7)
Con ayuda de la pareja	11,7 (6,2-20,9)
Con ayuda de la madre	19,3 (11,4-29,6)
Con ayuda de pareja y madre	1,8 (0,2-7,2)
Otros	18,7 (12,2-30,9)
<b>Amamantamiento</b>	
Lactancia exclusiva % (IC 95%)	88,5 (81,1-94,3)

**Tabla 3. Características clínicas de mujeres deprimidas en el posparto**

Características clínicas	% (IC 95%)
Depresiones previas	31,0 (22,1-41,0)
Puntaje EPDS	17,1 (16,6-17,5)
Antecedentes depresión en la familia	64,2 (49,3-81,7)

**Tabla 4. Sintomatología del cuadro depresivo**

Sintomatología	% (IC 95%)
Ánimo deprimido	93,2 (86,1-97,1)
Anhedonia	87,9 (80-93,6)
Aumento o disminución del apetito	82,4 (73,0-78,9)
Alteraciones del sueño	77,4 (67,5-84,8)
Agitación o retardo psicomotor	82,6 (74,1-89,7)
Fatiga o falta de energía	87,0 (78,7-92,8)
Ideas de culpa o inutilidad	69,3 (58,9-77,8)
Alteraciones de la concentración o indecisión	81,0 (71,9-88,1)
Ideas de autodestrucción, suicidio o muerte	31,0 (22,1-41,0)

tener algún familiar de primer o segundo grado con depresión.

El puntaje promedio obtenido en el EPDS al momento del diagnóstico basal fue 17,1 puntos (IC 95% 16,6-17,5) (Tabla 3).

Los síntomas más frecuentes del cuadro depresivo fueron: ánimo deprimido 93,2% (IC 95% 86,1-97,1), anhedonia 87,9% (IC 95% 80-93,6) y fatiga o falta de energía 87,0% (IC 95% 78,7-92,8). El 31,0% de las mujeres (22,1-41,0) tenía ideas de autodestrucción, suicidio o muerte (Tabla 4).

Se encontró una correlación débil pero significativa entre un mayor puntaje en el EPDS con una menor educación ( $r = 0,102$ ;  $p = 0,033$ ); un mayor número de hijos ( $r = 0,186$ ;  $p < 0,001$ ) y de embarazos ( $r = 0,194$ ;  $p < 0,001$ ), una mayor diferencia con el hermano que le antecede ( $r = 0,161$ ;  $p = 0,001$ ); respectivamente.

Sin embargo, al ingresar en la regresión lineal

las variables sociodemográficas, obstétricas, y referentes a los antecedentes psiquiátricos personales, sólo el ser múltipara y tener un menor nivel educacional ingresaron al modelo, explicando el 5% de la varianza del puntaje en la escala EPDS ( $F = 10,658$ ;  $p < 0,001$ ).

Para el análisis de regresión logística la muestra fue dividida en dos grupos homogéneos usando el puntaje en el EPDS, el grupo ( $n = 229$ ) con mayor puntaje tuvo un EPDS promedio de 20,5 (DE 3,1); rango 17-36) y el con menor puntaje ( $n = 211$ ) un EPDS promedio de 13,3 (DE 1,8 rango 10-16).

Los resultados indican que las mujeres separadas o anuladas tienen una probabilidad cuatro veces mayor que las solteras de tener una DPP más severa-puntaje EPDS más alto. Asimismo, las que tienen más de un hijo tienen una probabilidad dos veces mayor que las primíparas de tener un episodio más severo (Tablas 5 y 6).

**Tabla 5. Regresión logística: Intensidad del cuadro depresivo y variables sociodemográficas**

Variable	(n = 440)	
	OR (IC 95%)	p
Edad	0,98 (0,94-1,02)	0,267
<b>Estado Civil</b>		
Soltera	1	
Conviviente	2,09 (0,99-4,43)	0,054
Casada	1,30 (0,60-2,84)	0,504
Anulada/Separada	4,13 (1,38-12,37)	0,011*
Viuda		
<b>Escolaridad</b>		
Superior	1	
Media Completa	1,01 (0,52-1,96)	0,972
Media Incompleta	1,18 (0,57-2,45)	0,657
Básica Completa	1,83 (0,72-4,64)	0,202
Básica Incompleta	0,90 (0,32-2,55)	0,841
Analfabeta		
<b>Ocupación</b>		
Dueña de casa	1	
Estudiante	0,61 (0,18-2,05)	0,421
Trabajadora	1,29 (0,66-2,52)	0,459
Cesante	1,24 (0,23-6,88)	0,802
<b>Vive con</b>		
Pareja	1	
Padres	1,69 (0,82-3,47)	0,158
Sola con hijos	0,86 (0,24-3,05)	0,810
Otros	1,94 (0,66-5,72)	0,228
<b>Tipo parto</b>		
Cesárea	1	
Normal	1,20 (0,76-1,91)	0,437
Fórceps	1,22 (0,27-5,60)	0,796
Semanas de embarazo	1,00 (0,89-1,11)	0,956
<b>Embarazo planificado</b>		
Sí	1	
No	1,20 (0,78-1,62)	0,403
<b>Cuida sola al bebe</b>		
Sí	1	
No	1,06 (0,69-1,62)	0,786

**Tabla 6. Regresión logística: Intensidad del cuadro depresivo y variables clínicas**

	OR (IC 95%)	p
<b>Tratamiento para depresión</b>		
Sí	1	
No	0,79 (0,50-1,28)	0,342
<b>Episodio previo</b>		
No	1	
Sí	1,23 (0,78-1,94)	0,367
<b>Antecedentes familiares</b>		
Sí	1	
No	0,94 (0,69-1,28)	0,677
<b>Enfermedad crónica</b>		
No	1	
Sí	1,56 (0,85-2,85)	0,154
<b>Primípara</b>		
Sí	1	
No	1,95 (1,13-3,36)	0,017*

## Discusión

Se trata de un estudio que analiza un número considerable de mujeres que sufren de una patología común, la cual ha sido priorizada en las políticas públicas actuales. De este modo, los datos aquí presentados pueden ser de utilidad para la implementación del programa de tratamiento de la depresión.

Nuestros resultados indican que las pacientes puérperas con DPP que se controlan en atención primaria no cuentan con un trabajo remunerado, poseen sólo estudios básicos, carecen de un adecuado apoyo social, tienen embarazos no planificados, y no tienen una pareja estable. Una mayoría de las mujeres cuidaba sola a su bebé y, si recibía ayuda, en la mayoría de los casos ésta provenía de su propia madre.

Estas son características psicosociales que ya han sido señaladas como factores de riesgo de DPP por otros autores en nuestro medio<sup>7,22,23,28</sup> y en el extranjero<sup>29</sup>. Su presencia condicionaría un

mayor riesgo de DPP producto de un mayor estrés psicosocial<sup>30</sup>.

Por otra parte, se ha señalado que las mujeres con DPP, presentan una mayor frecuencia de complicaciones obstétricas y alteraciones neonatales<sup>31</sup>. En nuestra muestra de púerperas deprimidas, la distribución por tipo de parto fue similar a la encontrada en la población general (sistema público)<sup>32</sup>; sin embargo, el porcentaje de prematuridad fue 18%, es decir, tres veces más alto en comparación con la población general. En Chile, según cifras del 2003, 5,6% de los nacimientos se produjeron antes de las 38 semanas (Minsal, 2003).

Desde un punto de vista clínico, la mayoría de las mujeres con DPP poseían antecedentes familiares de depresión; y un número importante de ellas presentaba antecedentes de episodios depresivos previos. Este dato es concordante con el hecho de que las mujeres con trastornos anímicos puerperales tienen un riesgo sustantivo de volver a presentar nuevos episodios de depresión en pospartos futuros<sup>33</sup>. Dependiendo de los estudios, se citan cifras de recurrencia o recidiva de DPP que varían entre 25% y 40%<sup>34</sup>.

Estos antecedentes podrían dar cuenta de la vulnerabilidad biológica presente en estas pacientes, la que se agregaría a la vulnerabilidad psicosocial ya mencionada.

El cuadro depresivo en estas pacientes se caracterizó, además del ánimo bajo y la anhedonia, por una alta frecuencia de alteraciones somáticas. Destaca la alta frecuencia del síntoma fatiga o falta de energía, lo cual es un dato a considerar dada la alta demanda a la que la madre está sometida durante el puerperio por parte del recién nacido, particularmente en los casos en que no cuenta con ayuda para su cuidado.

Evaluamos la intensidad de la sintomatología depresiva en función de una serie de variables y encontramos que un nivel educacional más bajo, un mayor número de hijos y de embarazos, y la mayor diferencia de edad con el hermano que le antecedía, se asociaron a mayor gravedad de la sintomatología depresiva según la EPDS. Sin embargo, esta asociación fue leve y no logró demostrarse al controlar por las otras variables sociodemográficas en la regresión múltiple. Sólo un menor nivel educacional y el ser múltipara lograron configurar un modelo válido, no obstante explicaron sólo 5% de la varianza del puntaje del EPDS.

Las mujeres deprimidas en el posparto consti-

tuyen un grupo que requiere una mayor atención clínica por su vulnerabilidad biológica (antecedentes de depresiones previas y de familiares con la enfermedad), presencia de sintomatología depresiva activa, y riesgo psicosocial. De no mediar una intervención, estos factores pueden interactuar condicionando la intensidad de la sintomatología depresiva, e interferir con la posibilidad de recuperación de esta enfermedad, con consecuencias negativas en el funcionamiento psicosocial de las madres<sup>35</sup> y la crianza de sus hijos<sup>36</sup>.

Si bien es cierto el programa materno infantil permite la instancia para tratar a estas mujeres (por la adhesión que tienen al programa de alimentación complementaria y de vacunación para sus hijos), no existen hasta la fecha protocolos de detección de DPP ni tampoco intervenciones especializadas para los casos en que ésta se detecte que incluso pudiesen ser objeto de una intervención temprana en sus siguientes embarazos y puerperios.

Se requeriría de la incorporación de un componente de salud mental que pueda entregar un tratamiento adaptado a la realidad psicosocial de estas mujeres, exigidas por la lactancia, apremiadas por el tiempo y sin red social de apoyo.

## Referencias

1. Jadresic E. Depresión postparto. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1990; 28: 147-58.
2. Patel V, De Souza N, Rodrigues M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Arch Dis Child* 2002; 87: 1-4.
3. Cooper P, Murray L. Postnatal depression. *BMJ* 1998; 316: 1884-6.
4. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Postpartum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 554-8.
5. Buist AE, Austin MP, Hayes BA, Speelman C, Bilszta JL, Gemmill AW, et al. Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002-2004: findings from the beyondblue National Postnatal Depression Program. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42: 66-73.
6. Jadresic E, Jara C, Miranda M, Arrau B, Araya R. Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1992; 30: 99-106.
7. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Neves E, Olea E,

- Perucca E, et al. Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Rev Psiquiat* 1992; 3: 1168-76.
8. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 191-5.
  9. Pfof KS, Stevens MJ, Lum CU. The relationship of demographic variables, antepartum depression, and stress to postpartum depression. *J Clinical Psychol* 2006; 46: 588-92.
  10. Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG* 2000; 107: 1210-7.
  11. Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60: 176-80.
  12. Kumar R, Robson K. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 35-47.
  13. Kendell RE, Rennie D, Clarke JA, Dean C. The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium. *Psychol Med* 1981; 11: 341-50.
  14. Paykel E, Emms EM, Fletcher J, Rassaby ES. Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiatry* 1980; 136: 339-46.
  15. Watson J, Elliot SA, Rugg AJ, Brough DI. Psychiatric disorders in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 453-62.
  16. Appleby L, Forshaw D. Psychiatric disorders of pregnancy and related disorders. In: *Postgraduate Psychiatry: Clinical and scientific foundations*, Great Britain, 1990. Chap 22.
  17. Hopkins J, Marcus M, Campbell SB. Postpartum Depression: A critical review. *Psychol Bull* 1984; 95: 498-515.
  18. Dennis CL, Letourneau N. Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 389-95.
  19. Dennis CL, Ross LE. The clinical utility of maternal self-reported personal and familial psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85:1179-85.
  20. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord* 2008; 108: 147-57.
  21. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 24.
  22. Jadresic E, Jara C, Araya R. Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo. *Acta Psiquiat Psicol Am Lat* 1993; 39: 63-73.
  23. Risco L, Jadresic E, Galleguillos T, Garay JI, González M, Hasbún J. Depresión postparto: alta frecuencia en puerperas chilenas, detección precoz, seguimiento y factores de riesgo. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002; 2: 61-6.
  24. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Med Chile* 1995; 123: 694-9.
  25. Alvarado R, Vera A, Rojas M, Olea E, Monardes J, Neves E. La escala de Edimburgo para la detección de cuadros depresivos en el posparto. *Rev Psiquiat* 1992; 3-4: 1177-81.
  26. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91.
  27. Sheehan DV, Lecubrier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 22-33; quiz 34-57.
  28. Alvarado R, Perucca E, Rojas M, Monardes J, Olea E, Neves E, et al. Aspectos gineco-obstétricos en mujeres que desarrollan una depresión postparto. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1993; 58: 239-44.
  29. Brockington I. Diagnosis and management of postpartum disorders: a review. *World Psychiatry* 2004; 3: 89-95.
  30. Jadresic E, Nguyen DN, Halbreich U. What does Chilean research tell us about postpartum depression (PPD)? *J Affect Disord* 2007; 102: 237-43.
  31. Orr ST, Miller CA. Maternal depressive symptoms and the risk for poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary findings. *Epidemiol Rev* 1995; 17: 165-71.
  32. Cabrera J, Cruz G, Cabrera C, Cisternas M, Soto C, Sepúlveda K, et al. Características del Peso, Edad Gestacional y Tipo de Parto de Recién Nacidos en el Sistema Público y Privado. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71: 92-7.
  33. Boath E, Bradley E, Henshaw C. The prevention of postnatal depression: a narrative systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005; 26: 185-92.
  34. Davidson J, Robertson E. A follow-up study of postpartum illness. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71: 451-7.
  35. Rojas G, Fritsch R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile* 2006; 134: 713-20.
  36. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev* 1999; 106: 458-90.