

PREDICTORES DE DEPRESION POSPARTO EN PUERPERAS ATENDIDAS EN LA ESE MUNICIPAL. VILLAVICENCIO. 2014

PREDICTORS OF POSTPARTUM DEPRESSION IN PUERPERAL WOMEN SERVED IN E.S.E MUNICIPAL. VILLAVICENCIO.2014

TITULO CORTO: PREDICTORES DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PUERPERAS

Luz Myriam Tobón-Borrero¹

Recibido en Noviembre 14 de 2014

Aceptado en Febrero 02 de 2015

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los predictores de la depresión posparto. Se realizaron visitas domiciliarias a las maternas que asistieron a la cita de puerperio en las IPS's de la ESE Municipal de Villavicencio durante los meses de febrero y marzo de 2014. Diseño descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo. La muestra no probabilística de 34 mujeres puérperas atendidas en la IPS La Esperanza, Porfía, Morichal y Popular de la E.S.E Municipal de Villavicencio; Instrumento fue la Escala de Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS) de Cheryl Tatano y colaboradores. Resultados. En la evaluación de la probabilidad de presencia de síntomas agrupados en dimensiones y su asociación con DPSS los hallazgos en la muestra estudio (n = 32), determinaron significancia en tres de las siete: labilidad emocional, culpa/vergüenza y ansiedad/inseguridad. Se partió desde una perspectiva bilateral, esto es, desde la hipótesis alternativa que consistió en asumir que existen diferencias en la prevalencia de la DPSS según la presencia de las diferentes dimensiones, grupos de síntomas, que presentaban las usuarias.

Palabras clave: periodo posparto; depresión posparto. (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

The present study had as goal to determined the predictores of the postpartum depression. Visits were realized you will domicile the mother ones who were present at the appointment of puerperio in the IPS's of THIS Police officer of Villavicencio during February and March, 2014. Descriptive design of transverse court, with quantitative approach. The sample not probabilistic of 34 women puérperas attended in the IPS The Hope, Insistence, Morichal and Popular of Villavicencio's Municipal E.S.E; Instrument was the Scale of Systematic Detection of Postpartum Depression (PDSS) of Cheryl Tatano and collaborators. Results. In the evaluation of the probability of presence of symptoms grouped in dimensions and his association with DPSS the findings in the sample I study (n = 32), they

1. Enfermera. Esp. Epidemiología. Mg en Enfermería Materno-Infantil. Docente de planta, Universidad de los Llanos, Colombia. Correo: lmtobon@unillanos.edu.co



determined significancia in three of the seven: labilidad emotional, fault / shame and anxiety / insecurity. It split from a bilateral perspective, this is, from the alternative hypothesis that consisted of assuming that differences exist in the prevalencia of the DPSS according to the presence of the different dimensions, groups of symptoms, which the usuarias were presenting.

Keywords: Postpartum period; postpartum depression. (Source: MeSH)

INTRODUCCIÓN

Durante el transcurso de la historia, la etapa de la gestación ha sido considerada como una situación “especial” que concierne al ciclo vital propio de la etapa reproductiva de la mujer, ha tenido que verse reflejada en las estadísticas de morbilidad y mortalidad materna en los últimos 10 años lo devastador que puede ser para la salud de la mujer las complicaciones en la etapa de gestación y puerperio para que mundialmente se investigara¹⁻³, sobre los causales de estos cambios y su repercusión en la salud pública de una nación.

Es así como la suma de cambios bioquímicos, psicológicos, sociales y la presencia de factores predisponentes⁴, hacen de esta fase del ciclo vital, embarazo, parto y puerperio, un periodo de máxima vulnerabilidad llegando a manifestar diferentes estados patológicos relacionados con el estado de ánimo específicamente la depresión posparto. Investigadores han elaborado escalas de depresión posparto como Tatano⁵ y estudiado con otras escalas como la de Edinburgh.

La depresión posparto afecta entre el 10-25% de las puérperas y se incrementa al 50% si la mujer tiene antecedentes de depresión posparto⁶. Posiblemente representa el punto medio entre la disforia y la severa psicosis en el continuo de los trastornos afectivos en este periodo. La depresión posparto (DPP) se caracteriza por presentarse entre la 4 y 30 semanas del puerperio manifestando síntomas como irritabilidad, rabia, anhedonia, abulia, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente, pensamientos suicidas, que pueden exacerbarse por falta de confianza, expectativas irreales sobre la maternidad y baja autoestima materna, haciendo el trastorno más prevalente asociado al nacimiento, pero este presenta algún tipo de dificultad

en el momento de diagnosticar y tratar dicho trastorno del ánimo⁷.

La no existencia de investigaciones (hallazgos respaldados por material gris producto de investigaciones de pregrado de la Universidad de los Llanos) en la región del pie de monte llanero que permitan vislumbrar los factores de riesgo determinantes en la presencia de depresión posparto. La carencia de estadísticas diferenciales de depresión posparto y la formación de profesionales de enfermería en estas temáticas; evidencia vacíos que generan una no detección precoz del problema, en los encuentros que estos profesionales tienen con las usuarias razón por la cual se consideró importante determinar los predictores de la depresión posparto. Se realizaron visitas domiciliarias a las maternas que asistieron a la cita de puerperio en las IPS's de la ESE Municipal de Villavicencio durante los meses de febrero y marzo de 2014; se obtuvo el consentimiento informado y se aplicó un instrumento reconocido internacionalmente y validado para depresión posparto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo. La población estuvo conformado por 164 usuarias puérperas atendidas durante los meses de Febrero y marzo de 2014, en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) adscritas a la E.S.E Municipal de Villavicencio. La muestra fue no probabilística de 34 mujeres atendidas en la IPS La Esperanza, Porfía, Morichal y Popular de la E.S.E Municipal de Villavicencio.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Puérpera no mayor de cuatro meses posparto, atendida en control posparto en la IPS de la E.S.E del municipio de Villavicencio, con residencia en el mismo, zona urbana, parto vaginal, recién nacido vivo en saludable condición general.

Los criterios de exclusión fueron: Enfermedad mental y/o depresión diagnosticada antes de esta gestación, última gestación clasificada como de alto riesgo, antecedentes de aborto o muerte perinatal, hospitalización del recién nacido, antecedentes de consumo de sustancias lícitas (alcohol y cigarrillo) o ilícitas, problemas en la comunicación verbal, analfabetismo, enfermedades endocrinas y/o metabólicas (Hipotiroidismo, diabetes gestacional).

El instrumento que se empleó fue la herramienta Escala de Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS) de Cheryl Tatano Beck y Robert K. Gable. El cual fue comprado a Western Psychological Services, en los Ángeles - California.

El instrumento es un cuestionario auto aplicable que contiene 35 preguntas tipo Likert, con un valor mínimo de 35 puntos y un máximo de 175 puntos, Según Vélez, Et al.,⁶ una puntuación por encima de 60 indica la presencia de sintomatología depresiva en el posparto y mayor a 120 puntos depresión en el posparto. Dicho instrumento contiene siete subescalas: -Trastornos del sueño/ alimentación, -Ansiedad e inseguridad, -Labilidad Emocional, -Confusión mental, -Pérdida de sí misma, -Culpabilidad y Vergüenza y -Pensamientos Suicidas.

La validez y confiabilidad de la traducción al español de la escala sistemática de depresión posparto, se realizó con una muestra de 377 mujeres hispanas, correspondientes a los grupos más representativos que habitan en Estados Unidos (mexicanas, cubanas, puertorriqueñas, peruanas y colombianas), en un promedio de 10 semanas después del parto. El factor de confirmación (CFI) para la versión en español fue de 0.87, la sensibilidad de la prueba de 0.84 %, la especificidad de 0.84 %, el valor predictivo positivo de 0.75 %, el valor predictivo negativo de 0.90 %. El rango de las puntuaciones totales de la PDSS versión en español fue de 35 a 137 con una media de 60,7. Teniendo en cuenta cada una de las dimensiones de la escala, se encontró 0.95 de alfa consistencia interna y 0.99 de confiabilidad⁷.

Para la recopilación de la información se contó con el apoyo de 12 estudiantes participantes en investigación (EPI), a quienes se entrenó en el manejo del instrumento. Se elaboró una base de datos utilizando el programa Excel y paquete estadístico SPSS 14.0 en donde se realizó el análisis univariado para las variables socio demográfico; Se obtuvieron medidas de tendencia central media,

mediana, varianza y desviación estándar, de acuerdo a la naturaleza de la variable. Dado el tamaño pequeño de la muestra se empleó el test exacto de Fisher para determinar asociación entre las dimensiones - Factores de riesgo - y la presencia DPSS con una perspectiva bilateral.

Consideraciones éticas: El proyecto fue avalado por el comité ético de la institución universitaria que apoyo el desarrollo del mismo. Se tuvo en cuenta todas las consideraciones estipuladas en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud⁸. En relación con la recomendación de los autores de la escala aplicada frente a las remisiones para atención de acuerdo con los datos obtenidos; se hicieron 12 remisiones para manejo médico inmediatas, 7 de las cuales fueron remitidas por médico general a Psicología y Psiquiatría para los estudios y diagnóstico respectivos.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se entrevistaron 34 puérperas, todas ellas de nacionalidad colombiana, parto vaginal y cuatro meses posteriores al parto, de las cuales se eliminaron, posteriormente, 2 entrevistas porque el Índice de respuesta inconsistente, INC, fue igual o superior a 4 y no se encontraron las puérperas para hacer la confrontación y dirimir las discrepancias.

Las características de la población estudiada son: edad de los participante en media del grupo en general fue de 22,25 años con mediana de 22 y DE 5,22 años, lo que implica que el 68% de ellas tenían entre 17 y 27 años; la moda se ubicó en el intervalo 20-24 años, con 13 puérperas. En cuanto a nivel educativo es de resaltar que un 69% tienen estudios secundarios completos. En relación con el número de hijos nacidos vivos se obtuvo una media de 1,69, y mediana de 1.

En la tabla 1, se muestran las características por grupos de usuarias según los rangos de interpretación para el total de la Escala de DPSS.

En relación con el número de embarazos y nacidos vivos, que implica exposición tanto a cambios bioquímicos generados por las gestaciones, como a factores psicosociales que contribuyen a la DPSS, llamó la atención una puérpera de 24 años y madre de seis hijos, del grupo con adaptación normal.

Tabla 1. Distribución porcentual de las características demográficas de las puérperas atendidas en IPS de la ESE Municipal de Villavicencio, población estudio para PDSS. Primer semestre 2014

Características	Grupo 1 Con DPSS (n = 7)	Grupo 2 Con síntomas significativos para DPSS (n = 5)	Grupo 3 Con adaptación normal (n = 20)
Promedio de edad (años)			
(rango entre 14 - 37)	22	18,8	23,2
Antecedentes de depresión			
SI	0	0	5
NO	0	100	95
Fue tratada por la depresión			
Si	0	0	0
No	0	0	100
Escolaridad			
Menos de secundaria	14,3	60	20
Graduación de secundaria	85,7	40	70
Colegio (sin título)	0	0,0	10
Estado civil			
Solteras	28,6	0,0	25
Casadas	14,3	20,0	25
Otros	57,1	80	50
Número de embarazos			
1	42,9	60	65
2	28,6	40	15
3	14,3	0	5
4	14,3	0	10
7	0	0	5
Número de nacidos vivos			
1	42,9	80	70
2	28	20	15
3	14,3	0	0
4	14,3	0	10
6	0	0	5

Fuente: elaboración propia

De los datos obtenidos para el total de la Escala PDSS, (Tabla 2), en la que se muestra a quienes presentan un ajuste postparto, adaptación normal; las que presentan síntomas significativos, a las que es necesario evaluar y efectuar otras intervenciones mediante otras fuentes y profesionales y a las que la prueba detecta con alta probabilidad de que la mujer tenga depresión postparto.

En los contenidos del síntoma, (Tabla 3), para el análisis es importante aclarar que los casos que se encuentran en la condición menor o igual al punto de corte, indica que presentan poca o ninguna alteración en el síntoma reportado. En razón a la importancia de llevar en consideración y hasta tratamiento a las que obtuvieron puntajes iguales o superiores al rango de corte, se enuncia

en la columna de observación la alteración que implica el puntaje.

En la evaluación de la probabilidad de presencia de síntomas agrupados en dimensiones y su asociación con DPSS los hallazgos se muestran en la tabla 4, que si bien ya fueron validados como predictores de DPSS, en la muestra estudio (n=32) influyó su tamaño, para encontrar significancia en solo tres de las siete subescalas: labilidad emocional, culpa/vergüenza y ansiedad/inseguridad. Se partió desde una perspectiva bilateral, esto es, desde la hipótesis alternativa que consistió en asumir que existen diferencias en la prevalencia de la DPSS según la presencia de las diferentes dimensiones, grupos de síntomas, que presentaban las usuarias.

Tabla 2. Rangos e interpretación de los puntajes del total de la PDSS aplicada a puérperas atendidas en las IPS del Municipio de Villavicencio. I Trimestre 2014

Rangos total de la PDSS	frecuencia	Porcen-tajes	Media	Media-na	DE	Observaciones
35-59 Adaptación Normal	20	62,5	45,3	45	6,97	No requieren ser remitidas para evaluación de salud mental en el momento; sin embargo, debe beneficiarse con los programas de promoción en salud acerca de la prevención de la DPSS.
60 - 79 Síntomas significativos de depresión postparto	5	15,6	69	66	5,65	Pueden necesitar ser referidos para una evaluación mental; además de educación sobre depresión posparto y orientación para actuar en caso de empeorar algún síntoma.
80 y más Positivas para depresión mayor postparto	7	21,9	102,7	107	18,4	Deben ser remitidas, lo antes posible a tratamiento de salud mental. Si tiene presencia de pensamiento suicidas o peligro para los demás, remitirse inmediatamente.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Rangos e interpretación para las dimensiones el total de la escala PDSS aplicada púérperas atendidas en las IPS del Municipio de Villavicencio. Periodo I trimestre de 2014

Dimensiones y puntos de corte	Frecuencia	%	Media	Me	DE	Observaciones
Sueño/alimentación						
≥ 14	9	28,1	18,3	17	4,18	Reportan alteraciones significativos en ambos hábitos
≤ 13	23	71,9	7,52	7	2,67	
Ansiedad/inseguridad						
≥ 15	5	15,6	18,2	18	2,77	Presenta alto nivel de ansiedad, que puede incluir agitación psicomotora y sentirse abrumado y/o aislado
≤ 14	27	84,4	9,15	9	3,09	
Labilidad emocional						
≥ 15	8	25	19,75	19,5	2,49	Sus emociones son inestables, puede estar irritable y/o sujeta a frecuentes ataques de llanto.
≤ 14	24	75	8,04	8	2,71	
Confusión mental						
≥ 14	3	9,4	18,33	18	2,51	Confundida y con dificultades para controlar sus procesos de pensamiento y de mantener su atención en tareas
≤ 13	29	90,6	6,86	6	2,4	
Pérdida de identidad						
≥ 13	4	12,5	15,75	15	2,98	Se percibe como extraña o anormal, frente a como era antes de tener su hijo.
≤ 12	28	87,5	6,93	6,5	2,14	
Culpa/vergüenza						
≥ 13	5	15,6	15,4	15	2	Con sentimientos significativos de culpa y/o vergüenza por no estar a la altura de sus propios estándares de “buena madre”
≤ 12	27	84,4	6,19	5	1,86	
Considerar la autolesión						
≥ 6	7	21,8	8,43	9	2,63	Puede tener pensamientos de hacerse daño. Debe ser vista por profesional, de comprobarse, remitir a salud mental de inmediato
≤ 5	25	78,2	3,75	3,7	2,5	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Probabilidad exacta de Fisher para dimensiones asociadas a DPS en púerperas atendidas en las IPS del Municipio de Villavicencio. Periodo I trimestre de 2014

Dimensiones	Valor estadístico exacto de Fisher	Significancia (Bilateral)
Sueño/Comer	546,075	0,210
Ansiedad/Inseguridad	395,135	0,036
Labilidad emocional	487,841	0,009
Confusión mental	333,253	0,614
Pérdida de uno mismo	322,151	0,162
Culpa/vergüenza	362,725	0,023
Pensamiento suicida	202,970	0,092

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

La revisión bibliográfica muestra que en general los estudios realizados sobre la depresión posparto se centran principalmente en la identificación del problema por la magnitud devastadora de sus consecuencias, utilizando para ello diferentes instrumentos de valoración. La aplicación del instrumento Escala de Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS) de Cheryl Tatano Beck y Robert K. Gable permitió en este estudio determinar en términos descriptivos y considerando los criterios de inclusión estrictos que excluyen factores que se han descrito como implicados en la aparición de esta patología⁹, una incidencia de predictores de 21,9%. Cifra que no pudo ser comparada con otros estudios en mujeres colombianas pues las mediciones obtenidas están dadas bajo la utilización de otro tipo de instrumentos.

Sin embargo, en estudios realizados en España se encontró que la depresión sin psicosis afecta alrededor del 13% (10-20%) de las mujeres tras el parto (en los primeros 6 meses) y hasta un 26% si se trata de adolescentes. Excede el 25% en quienes tuvieron un episodio previo y un episodio de depresión posparto conduce al 50% de probabilidad de recurrencia en el próximo período posparto. La depresión puerperal es una de las complicaciones más prevalentes y graves del posparto y puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria de muchas mujeres^{10,11}.

Las púerperas del estudio procedían de IPS públicas y es en donde se presentan más casos, según lo reportado por estudios en los que se consideraron entidades privadas^{12,13}.

En cuanto a las dimensiones consideradas en el instrumento DPSS empleado en este estudio se encontró significancia estadística asociados a DPP en la labilidad emocional, sentimientos de culpa/vergüenza y ansiedad/inseguridad, que involucran factores individuales psicológicos, fundamentalmente. Según Salazar⁹, la presencia de síntomas predisponentes de Depresión posparto apuntan hacia una alta probabilidad de desarrollar una Depresión posparto mayor y necesita acompañamiento del equipo de salud de manera urgente. Oviedo, Et al., en Ramírez⁷, enfatizan la importancia de la detección precoz, y en la utilización del instrumento DPP el cual según ellos facilita una orientación en las áreas a trabajar para la no aparición del cuadro depresivo mayor. En relación con trastornos en la dimensión sueño y alimentación se encontró un 28,1%, situación que según Jadresic¹⁴, es un síntoma que se asocia con la presencia de Psicosis puerperal, la cual habitualmente evoluciona rápido y pueden aparecer además acompañado de síntomas como ánimo deprimido o exaltado, desajuste conductual, labilidad emocional, como también delirios y alucinaciones. Centrada en la descripción de los síntomas somato psíquicos o vegetativos, o las alteraciones de los ritmos biológicos. Un 70% u 80% de las mujeres con sintomatología de DPP padecen problemas de

sueño, normalmente insomnio si bien en un pequeño porcentaje puede darse hipersomnia. Otros síntomas físicos son: fatiga sobre todo por la mañana, pérdida de apetito, disminución del deseo y la actividad sexual, con frecuencia molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa...). Los dolores son las quejas más frecuentes¹².

El tener antecedentes personales de sintomatología depresiva o trastornos del ánimo, se tomó como criterio de exclusión en este estudio, sin embargo en otros estudios¹⁵⁻¹⁸, encontraron correlación con la posibilidad de desarrollar DPP.

La depresión postparto es un alteración real y hasta ahora invisible de la mujer en los diagnósticos de los profesionales de la salud, frente a la cual se necesita prender alarmas, en razón al impacto sobre, no solo la salud de la madre, sino a la del recién nacido y en ausencia de una búsqueda activa; por lo tanto es indispensable emprender estudios y dimensionar la presencia de la DPSS tanto en Villavicencio, como en la Región.

Ya existen herramientas como la escala DPSS, que es un instrumento corto, de fácil aplicación para el personal de salud, y simple y rápido de contestar para la población, que aporta a las estrategias de prevención de morbilidad materna.

No se encontraron diferencias significativas en la incidencia de predictores de DPP para nivel socio-económico, edad de la madre, años de estudio de la mujer, estado civil, ni número de hijos previos.

Aunque el tamaño y selección de la muestra no permiten extrapolar los resultados estos deben ser considerados como relevantes en la región teniendo en cuenta que existen pocos estudios sobre depresión postparto en mujeres latinas, no se ha llegado a un acuerdo con respecto a las causas y factores asociados y que algunos estudios⁹, determinan que la visita puerperal temprana parece reducir la incidencia y mejora la evolución de la depresión postparto aunque harían falta más estudios para reforzar la evidencia en este aspecto.

Los resultados permiten concluir la presencia en la población de estudio de todos los síntomas predictores para la detección de depresión postparto, según instrumento PDSS-versión en español, razón que permite plantear que los profesionales dedicados a la salud de la mujer

deben tomar decisiones juiciosas respecto a su papel en el cuidado de las mujeres con depresión postparto. El enfoque ideal es interdisciplinario.

No existe en las Instituciones prestadoras de Salud la asistencia humanística y holística de las mujeres con depresión postparto por parte del personal médico y de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contreras PH, Mori QE, Lam FN, Luna PM. Evaluación de la salud mental de madres puerperas con recién nacidos de bajo peso al nacer. *Revista Peruana de Epidemiología* 2011; 15(1):43
2. Kennedy H, Beck C, Driscoll J. Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión postparto. *Matronas profesión*. 2003; 4(13): 4-18.
3. Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, [revista en la Internet]. 2003;68 (6): 491-494.
4. García M. Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: Factores psicosociales predisponentes. [Doctorado]. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid. 2010.
5. Tatano C. Predictores de la depresión postparto: una actualización. *Nursing Research*. September/October 2001;50 (5): 275-285.
6. Vélez HA. *Psiquiatría Fundamentos de medicina*. Bogotá, Colombia: CIB; 2004.
7. Ramírez E. Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto. [Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2012
8. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993. [Internet][citado 10 de junio 2013], disponible en:http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf
9. Salazar I, Sainz J, García E, Marruga V, Garrido R. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. Influencia de la visita puerperal temprana en la detección y evolución de la depresión postparto. *Progresos de obstetricia y ginecología*. 2011; 54 (2): 65-70 Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/progresos-obstetricia-ginecologia-151/influencia-visita-puerperal-temprana-deteccion-evolucion-depresion-90001190-articulos-originales-2011>
10. Bajo A. *Fundamentos de Ginecología*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2009.
11. García LM, Otín LR. Sobre la psicosis puerperal. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2007; 27(2): 229-234.

12. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev. Méd Chile* 1995; 123: 694-9.
13. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, *Et al.* Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2000; 38(2): 84-93.
14. Jadresic M. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2010 Dic; 48(4): 269-278. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500003>
15. Busquets E. Diferencias de género en el trastorno depresivo mayor. *Revista Electrónica de Psiquiatría* 1999; 2: 4-27.
16. Jadresic M. Depresión posparto: Aspectos antropológicos y transculturales. *Psykhé*; 2: 149-57. *Rev. chil. neuro-psiquiatría.* 1996; 48(4): 269-278.
17. Gómez M. Patología psiquiátrica en el puerperio. Psicosis puerperal. *Rev. Neuropsiquiatría* 2002; (65): 32-46.
18. Rapaport E, Florenzano R. Enfermedades psiquiátricas y aspectos psicológicos del estado grávido-puerperal. En: Pérez Sánchez A, ed. *Obstetricia.* Santiago: Editorial Mediterráneo, 1999: 820-31.

Para citar este artículo: Tobón-Borrero L. Predictores de depresión posparto en puérperas atendidas en La ESE municipal. Villavicencio, 2014. *Duazary.* 2015 jun; 12 (1): 23 - 31