

ESTADO DEPRESIVO EN EL EMBARAZO Y EL DESARROLLO DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN LOS HOSPITALES ALBERTO SABOGAL (ESSALUD) Y MARÍA AUXILIADORA (MINSa)

Depressed state in pregnancy and development of labor in pregnant served in hospitals
Alberto Sabogal (esSalud) and María Auxiliadora (MINSa)

Victoria Aliaga Bravo*

RESUMEN

Objetivo: determinar la relación entre el estado de depresión y las variaciones del desarrollo del trabajo de parto de las gestantes atendidas en los Hospitales "Alberto Sabogal" (EsSalud) y "María Auxiliadora" (MINSa): febrero – diciembre 2012.

Material y método: diseño descriptivo observacional, transversal, prospectivo y correlacional. La muestra fue intencional: 103 pacientes que contaron con 25 a 32 semanas de embarazo con control prenatal y atención de parto en los dos hospitales. Se realizaron encuestas que se aplicaron en forma voluntaria a las usuarias que acudieron a su control prenatal. Se aplicó la escala auto-administrada Test de Zung, formada por 20 frases relacionadas con la depresión. Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos con el software SPSS, versión 19.0.

Resultados: en cuanto a las pacientes evaluadas, el 79,6% fue catalogado con depresión leve, el 16,5% con depresión moderada y el 3,9% con depresión severa. La relación entre estado de depresión y variación de trabajo de parto según grupo etario fue muy significativa ($p < 0,05$). Las madres solteras tuvieron los porcentajes más altos de depresión en sus diferentes grados. La relación entre estado de depresión y variación de trabajo de parto según estado civil fue muy significativa ($p < 0,05$). Las usuarias con menor apoyo emocional y sintomatología de trastorno depresivo severo realizaron trabajo de parto prolongado comparado con las de mayor apoyo emocional.

Conclusiones: se comprueba la relación del trabajo de parto prolongado con el perfil de las gestantes atendidas: edad, paridad, edad gestacional y estado civil y apoyo emocional en un 97,1%.

Palabras clave: depresión, trabajo de parto.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the state of depression and changes in labor development of the pregnant women at the Hospitals Alberto Sabogal (EsSalud) and María Auxiliadora (MINSa): February to December 2012.

Material and Method: Descriptive observational, transversal, prospective and correlational. The sample was intentional: 103 patients who benefited from 25-32 weeks of pregnancy with prenatal and delivery care at the two hospitals. Surveys were conducted voluntarily applied to users who attended prenatal care. Scale was used self-administered Zung test, consisting of 20 phrases related to depression. To process the data we created a database with SPSS software, version 19.0.

Results: In terms of the evaluated patients were classified with 79.6% mild depression, moderate depression and severe 16.5%, 3.9%. The relationship between depression status, labor variation by age group was highly significant ($p < 0,05$). Single mothers had the highest rates of depression in different degrees. The relationship between depression status, labor variation by marital status was highly significant ($p < 0,05$). The users with lower emotional support and depressive disorder symptoms of prolonged labor performed compared with higher emotional support.

Conclusions: Check the relationship of prolonged labor with the profile of pregnant women served: age, parity, gestational age and marital status and emotional support in 97.1%.

Key Words: Depression, obstetric labor.

* Mg. Obstetra. Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

A inicios del siglo XXI, la depresión se presenta como uno de los problemas serios para la salud pública. La depresión afecta a más del 15 por ciento de la población mundial y el 22 por ciento de la población afectada son mujeres en edad fértil¹. No es raro encontrar cifras elevadas de depresión durante

el embarazo. Así, en el Perú, alrededor del 70 por ciento de mujeres embarazadas presentan cuadros de depresión durante la gestación².

Muchos investigadores^{3,4,5} respaldan esta afirmación señalando que las tensiones del embarazo pueden causar depresión, la reaparición o empeoramiento de los síntomas de depresión. La depresión durante el

embarazo puede originar un episodio de depresión después de dar a luz (depresión posparto).

En los estudios sobre los factores desencadenantes de la depresión, los autores^{6,7} señalan que la depresión durante la gestación se relaciona con variables asociadas a la pobreza (trabajo, vivienda, atención hospitalaria, entre otras) y otras variables de carácter individual (aspectos fisiológicos, embarazo no deseado, apoyo de la pareja y familia, incompatibilidad de caracteres etc.).

A simple vista, la depresión es a veces perceptible y otras no; por tanto, dependerá en gran medida de las habilidades individuales del personal profesional que asiste a la gestante y de las formas de afrontar el embarazo de la paciente.

En una situación de trabajo de parto, la colaboración de la mujer expresada en participación activa, energía emotiva y ganas juega un papel importante para el éxito o, por lo menos, para que disminuyan las dificultades durante este proceso.

El estado depresivo pudiera presentarse como un factor que dificulta el desarrollo del trabajo de parto e influya en que la mujer tenga partos más largos y más complicados⁸. Aunque la sospecha se apoya fundamentalmente en la observación y opiniones, sin embargo esta resultante pudiera deberse a la poca medición de estas dos variables.

Por lo expuesto, es importante investigar la relación de las variables "estado de depresión" y las "variaciones del desarrollo del trabajo de parto", porque sus resultados podrían servir como referente para tomar medidas predictivas y evitar productos con secuelas y complicaciones en el desarrollo del trabajo de parto.

Este trabajo tuvo como objetivo determinar la relación entre el estado de depresión y las variaciones del desarrollo del trabajo de parto de las gestantes atendidas en los Hospitales "Alberto Sabogal" (EsSalud) y "María Auxiliadora" (MINSa): febrero – diciembre 2012.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo y diseño: El estudio se llevó a cabo bajo las consideraciones del diseño descriptivo observacional, transversal, prospectivo y correlacional.

Población y muestra: la muestra fue intencional, teniendo como resultado 103 pacientes, que garantizaban

las características de las gestantes, las que contaron con 25 a 32 semanas de embarazo con control prenatal y atención de parto en los dos hospitales. No se incluyeron las que presentaron un embarazo patológico (eclampsia, diabetes, hipotiroidismo y anemia) y con tratamiento antidepressivo.

Procedimiento de recolección de datos: la técnica que se empleó en este estudio fue de una encuesta.

Se contó con los permisos necesarios para la obtención de datos de cada establecimiento de Salud y una programación o cronograma de los días en que se visitó cada uno de ellos, de acuerdo con el número disponible de gestantes (por establecimiento) que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión (mínimo 2, máximo 4).

Una vez que en cada establecimiento se procedió a preseleccionar a las gestantes según criterios de inclusión y exclusión, tomando datos de la Historia Clínica Perinatal, Base CLAP/OPS/OMS. Ya habiendo sido seleccionados intencionalmente, se procedió a identificar y completar los primeros datos del instrumento: edad, paridad, edad gestacional, grado de instrucción, estado civil y apoyo emocional.

Una vez realizada la presentación e introducción de la entrevista, a las participantes se les leyó la hoja del consentimiento informado explicándoles los objetivos del estudio. Se solicitó su participación y se aseguró la confidencialidad respecto al manejo de la información por cada gestante sujeto a estudio.

Se aplicó la escala auto-administrada Test de Zung, formada por 20 frases relacionadas con la depresión.

Las variaciones del trabajo de parto se obtuvieron de la revisión del Partograma OMS modificado, revisado de las historias clínicas.

Escala de depresión de Zung: para indagar sobre la presencia de sintomatología depresiva. Esta es una escala autoadministrada formada por 20 frases relacionadas con la depresión. Estudios de validez de la escala de depresión de Zung muestran un alto índice de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0,50 y 0,80. Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice alpha de Cronbach entre 0,79 y 0,92).

Procesamiento y análisis de la información: la recolección de datos se realizó a través de las encuestas que se aplicaron en forma voluntaria a las usuarias

que acuden a su control prenatal y que atendieron su parto en el Servicio de Ginecología y de Obstetricia de los Hospitales "Alberto Sabogal" (EsSalud) y "María Auxiliadora" (MINSA).

Una vez recolectados los datos se procedió a la codificación de los resultados formulados. Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos con el software SPSS, versión 19.0, aplicando los estadísticos Ji cuadrado y V de Cramer según las necesidades y con una significancia estadística de $p < 0,05$.

Aspectos éticos: El marco ético se toma en cuenta en el presente estudio, al no referirse a nombres de personas específicamente, motivo por el cual no atenta contra el principio de privacidad de pacientes intervenidos, asimismo se contó con la autorización del paciente, mediante la firma de un consentimiento informado en donde se especifica los motivos y fines de la investigación, bajo los términos citados por ambas partes.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 103 gestantes con depresión en el embarazo, con una edad promedio de 27,3 años ($s=6,8$ Min=16; Máx=42).

TABLA 1. Relación entre los estados de depresión y las variaciones del desarrollo del trabajo de parto según la edad de gestantes.

Variaciones del trabajo parto	Valor p
Fase latente prolongada vs menor de 20 años	0,4944
Fase activa prolongada vs menor de 20 años	-
Expulsivo prolongado vs menor de 20 años	0,4994
Alumbramiento prolongado vs menor de 20 años	-
Fase latente prolongada vs 35 a más años	0,0725
Fase activa prolongada vs 35 a más años	-
Expulsivo prolongado vs 35 a más años	0,1833
Alumbramiento prolongado vs 35 a más años	0,2885

X^2 : 0,5634 gl : 6 p: <0,05 ϕ_c : 0,5634

Según la relación entre estado de depresión y variación de trabajo de parto según paridad, es muy significativa ($p < 0,05$), resultado de comparar con el X^2 de la tabla. Las

Por estado civil se distribuyeron así: solteras ($n=79$) y casadas ($n=24$).

El nivel educacional predominante fue secundaria incompleto ($n=41$), seguido de primaria completa ($n=20$), primaria incompleta ($n=19$), técnico ($n=15$), universitario incompleto ($n=5$) y universitarias ($n=3$).

En cuanto a las pacientes evaluadas ($n=103$), fueron catalogadas con depresión leve el 79,6%, depresión moderada el 16,5% y severa, el 3,9%.

El 92,2% de las pacientes con depresión hizo una fase latente prolongada; el 29,1% hizo un expulsivo prolongado; el 10,7%, alumbramiento prolongado. La fase activa prolongada no presentó caso alguno.

De las 103 gestantes, la relación entre estado de depresión, variación de trabajo de parto según grupo etario es muy significativa ($p < 0,05$). Las usuarias de menor edad cronológica con sintomatología de depresión severa realizaron trabajo de parto prolongado en comparación con las de mayor edad cronológica (Tabla 1). La prueba de inferencia estadística con variable nominal V de Cramer refiere la existencia de asociación entre las variables expuestas.

usuarias con más de una gestación y sintomatología de trastorno depresivo severo realizaron trabajo de parto prolongado comparado con las primiparas (tabla 2).

TABLA 2. Relación e identificación de la relación entre los estados de depresión y las variaciones del desarrollo del trabajo de parto según paridad.

Variaciones del trabajo parto	Valor p
Fase latente prolongada vs primiparidad	0,0254
Fase activa prolongada vs primiparidad	-
Expulsivo prolongado vs primiparidad	0,6049
Alumbramiento prolongado vs primiparidad	0,3043
Fase latente prolongada vs gran multiparidad	0,5467
Fase activa prolongada vs gran multiparidad	-
Expulsivo prolongado vs gran multiparidad	0,3667
Alumbramiento prolongado vs multiparidad	03,1715

X^2 : 0,5634 gl: 6 p: <0,05 ϕ c: 0,5634

Se encontró relación entre estado de depresión y variación de trabajo de parto según edad gestacional. Es muy significativa ($p < 0,05$), resultado de comparar con el X^2 de la tabla. Las usuarias

con mayor edad gestacional y sintomatología de trastorno depresivo severo realizaron trabajo de parto prolongado comparado con las de menor edad gestacional (tabla 3).

TABLA 3. Relación entre los estados de depresión y las variaciones del desarrollo del trabajo de parto según edad gestacional.

Variaciones del trabajo de parto	Valor p
Fase latente prolongada vs menor: 37 semanas	0,5574
Fase activa prolongada vs menor 37 semanas	-
Expulsivo prolongado vs menor 37 semanas	0,1483
Alumbramiento prolongado vs menor 37 semanas	0,5520
Fase latente prolongada vs 41 a más semanas	0,3864
Fase activa prolongada vs 41 a más semanas	-
Expulsivo prolongado vs 41 a más semanas	-
Alumbramiento prolongado vs 41 a más semanas	0,3897

X^2 : 0,4017 g,l: 3 p: <0,05 ϕ c: 0,4017

Así mismo, se muestra que las madres solteras tendrían los porcentajes más altos de depresión en sus diferentes grados. La relación entre estado de

depresión, variación de trabajo de parto según estado civil es muy significativa ($p < 0,05$), resultados de cotejar con el X^2 de la tabla.

TABLA 4. Relación entre los estados de depresión y las variaciones del desarrollo del trabajo de parto según estado civil.

Variaciones del trabajo parto	Valor p
Fase latente prolongada vs soltera	0,5541
Fase activa prolongada vs soltera	-
Expulsivo prolongado vs soltera	0,0000
Alumbramiento prolongado vs soltera	-

X^2 : 0,4017 g,l: 3 p: <0,05 ϕ c: 0,4017

Finalmente, la relación entre estado de depresión, variación de trabajo de parto según edad gestacional es muy significativa ($p < 0,05$), resultados de comparar con el X^2 de la tabla. Las usuarias

con menor apoyo emocional y sintomatología de trastorno depresivo severo realizaron trabajo de parto prolongado comparado con las de mayor apoyo emocional.

TABLA 5. Relación entre los estados de depresión y las variaciones del desarrollo del trabajo de parto según apoyo emocional.

Variaciones del trabajo de parto	Apoyo emocional						Valor p
	NO		SÍ		TOTAL		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Fase latente prolongada	75	78,9	20	21,1	95	100	0,0004
Fase activa prolongada	0	0	0	0	0	0	-
Expulsivo prolongado	25	83,3	5	16,6	30	100	0,2455
Alumbramiento Prolongado	6	54,5	5	45,4	11	100	0,0646

$X^2: 0,3487$

g.l: 3

p: <0,05

$\phi c: 0,3487$

DISCUSIÓN

Algunos autores consideran que la depresión se caracteriza por procesos negativos distorsionados de la información del entorno y trastornos afectivos. El sujeto presenta disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimiento de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida, lo cual conduce al resto de síntomas afectivos conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan el síndrome depresivo^{9, 10, 11, 12, 13}.

La depresión afecta a cada persona de manera diferente. Muchas sólo reportan algunos síntomas. Este hecho no significa que una persona esté clínicamente deprimida¹⁴. En el estudio se encontró que en la mayoría de los casos el diagnóstico fue de trastorno depresivo severo y en menor proporción una sintomatología de trastorno depresivo leve. Coincide con lo reportado en el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal y en el estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima^{15, 16}. De allí que podamos deducir que es muy probable que la prevalencia de depresión gestacional en nuestra muestra es mayor a la que refiere la literatura internacional. La prevalencia de depresión en las gestantes estudiadas fue muy elevada: 32% de las mujeres embarazadas sufren de depresión¹⁷. Mientras, en el estudio de epidemiología de la División de Salud Reproductiva de los U.S. Centers for Disease Control and Prevention, se encontró que el 8,7% de las mujeres experimentaron depresión en los nueve meses antes del embarazo, el 6,9% durante el embarazo y el 10,4% en los nueve meses posteriores

al parto³. En Argentina realizaron una investigación epidemiológica en 200 embarazadas encuestadas y se obtuvo una prevalencia de 42 embarazadas (21%) con sintomatología depresiva¹⁸.

El trabajo de parto prolongado se define como aquel que se presenta con contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas. Se manifiesta porque la Curva de Alerta del Partograma se desvía hacia la derecha¹⁹. Se conocen muchas causas de orden biológico pero no se encuentra en la literatura investigaciones que se relacionen con depresión. Sin embargo, en la actualidad la depresión así como otras entidades que tienen que ver con los estados emocionales están siendo asociadas a estos eventos patológicos. En el presente estudio las gestantes con sintomatología de trastorno depresivo presentaron desviaciones en el desarrollo de trabajo de parto prolongado viéndose reflejadas en el partograma. Otro parámetro estudiado es el estado de depresión por grupo etario, en el cual se observa que es más afectada la población de jóvenes (en ambos grupos). Se considera que la depresión es rara en adolescentes ya que los síntomas no se asemejan en su totalidad a la depresión en los adultos. En esta etapa la depresión se enmascara con las conductas típicas del adolescente²⁰.

Un hecho interesante resultó cuando se evaluó la paridad. El estudio revela que las segundíparas presentan mayor sintomatología depresiva severa,

lo que podría explicarse porque no presentan apoyo social y afectivo de manera significativa.

Las mujeres que gestan por primera vez presentan menor sintomatología de depresión que aquellas mujeres que no son primíparas. Esto puede suceder debido a que las primíparas presentan mayor apoyo emocional²¹.

En el presente estudio, la edad gestacional en que se diagnosticó sintomatología depresiva severa fue mayor en el tercer trimestre de gestación a diferencia de los otros dos trimestres. Los resultados indican que la sintomatología depresiva de la gestante varía en función a la semana de gestación. El estado emocional de la mujer varía en función del periodo de gestación durante los tres primeros y los tres últimos meses de gestación. Los niveles de depresión y ansiedad son más bajos que durante el segundo periodo de gestación^{4, 12}.

En cuanto al estado civil, las solteras tienen mayor frecuencia de depresión como se ha evidenciado. El principal factor de riesgo para presentar alteraciones en el estado emocional de la gestante atendida es el de no tener pareja. Las mujeres casadas presentan menor índice de depresión^{22, 23}.

Por otro lado, los resultados encontrados apuntan a afirmar que el factor psicosocial como la falta de apoyo emocional influyen para que la gestante desarrolle sintomatología depresiva, lo cual se demuestra en su dificultad para adaptarse a los cambios del mismo embarazo y se agudiza por la presión social y familiar. La depresión está asociada a factores psicosociales como el hecho de poseer poco apoyo social, que incrementan la sintomatología depresiva^{5, 24, 25, 26}.

Muchos profesionales de la salud primaria, como los obstetras realizan intervenciones de "salud mental" al escuchar y asistir a sus pacientes en forma cotidiana. Esta forma de apoyo social tendría como objeto acompañarla y ser un factor protector ante la presencia de síntomas depresivos.

CONCLUSIONES

En el trabajo de investigación se comprueba la relación del trabajo de parto prolongado con el perfil de las gestantes atendidas: edad, paridad, edad gestacional y estado civil y apoyo emocional en un 97,1%. Confirman la importancia de entender el contexto social, cultural y económico en que se

desarrolla el embarazo incluso desde antes de la concepción para interpretar adecuadamente el posible origen de la depresión de las mujeres gestantes. Es pertinente a fin de llegar a un diagnóstico temprano y derivación adecuada, prestar atención personalizada a las mujeres jóvenes, segundíparas que manifiestan no contar con apoyo emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe sobre la salud en el mundo .Capitulo1: salud mundial; retos actuales; OMS [acceso: mayo 24 de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>
2. Peru.com. 70% de gestantes presentan depresión y ponen en riesgo la salud de bebés. Peru.com: 2011/4/19. [acceso: julio 18 de 2011]. Disponible en: http://www.peru.com/noticias/docs/detalledocumento_50
3. Dietz P, Williams S, Callaghan W, Bachman D, Whitlock E, Hornbrook M. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births The American Journal of Psychiatry [revista en Internet] Oct 2007 [acceso: mayo 15 de 2011]. 164: 1515 – 1520. Disponible en: ajp.psychiatryonline.org/
4. Maradiaga M, Barahona O, García. Depresión durante el embarazo en pacientes atendidas en la consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS. [revista en Internet] Enero – Abril 2006. Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH [acceso: 12 mayo de 2011]. 9(1) 233-130. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2006/pdf/Vol9-1-2006-1.pdf>
5. Navarro C, Navarrete L, Lara M, Cabrera A, Almanza J. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. Salud Mental [revista en Internet] julio-agosto 2006 [junio 13 de 2011]. 29(4): 55- 62. Disponible en: <http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58242908.pdf> j%
6. Ferrando L. La depresión en la mujer. Psiquiatría y atención primaria [revista en Internet] 2003 4: 4-10 [acceso: 18 de junio de 2011] Disponible en: http://www.cun.es/.../Psiquiatría%20y%20Psicología%medical/Psicosis_en_ni_os_y_adolescentes_identificacion_en_atencion_primaria
7. Rojtenberg S. Mujer: vulnerabilidad, depresión y ansiedad [acceso: 16 junio 2011] Disponible en: <http://www.gador.com.ar/iyd/vulner/rojtenberg.htm> - 56k
8. Callico G. Factores psicológicos de la gestación y su incidencia en las posteriores dificultades durante el parto y el puerperio Psicopatología [revista en Internet] 1995, [acceso: 19 de junio de 2011] 15 (2): 70-74. Disponible en: webpages.ull.es/users/mif/bibliocas/relacion.rtf
9. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer.1979/1983 [acceso: 23 de junio de 2011] Disponible en: <http://www.edesclée.com/Formularios/Novedades.asp>

10. Toro R, Yepes L. Fundamentos de la medicina. 3ª ed. Bogotá: Corporación para investigaciones biológicas; 1997.
11. Caballo E, Simón M. Manual de Psicología Clínica. Madrid: Pirámide; 2001.
12. Sánchez A, Bermúdez M, Buena-Casal G. Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. Revista electrónica motivación y emoción [revista en Internet]. [acceso 16 junio 2012] 3:2-3. Disponible en: <http://www.reme.uji.es/depresión/abuelg316251199/texto.html> Antonini, C. La Depresión [Internet]. 2005. [Acceso: 12 de enero de 2011]. <http://www.respuestasaladepresion.com>
13. Goldman H. Psiquiatría General 5ª ed. México D.F.: El Manual Moderno; 2008.
14. Luna M, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Materno Perinatal. Rev. Panam Salud Pública [revista en Internet] Oct 2009 [acceso en enero de 2011] 26 (4):310-314. Disponible en: <http://www.revistas.concytec.gob.pe/scielo.php>
15. Lam N, Hinostroza W, Hinostroza R, Torrejón E, Coaquira E. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio 2008. Rev.peru.epidemiol. [revista en Internet] 2010; [acceso: 15 enero de 2011] 14(3):08. Disponible en: <http://www.sisbib.unmsa.edu.pe/BVRevistas/epidemiologia/v14>
16. Shahmiri H. The prevalence of depression and its relationships with personal characteristics in pregnant women [Internet] [acceso en junio 2011] Disponible en: <http://medicaljournal.tbzmed.ac.ir/PDF/tabestan%2085/pdf%20e/14.pdf>
17. Rodrigo A, Lisandro J, Lanser R, Elizal M. Depresión y embarazo. Vía Cátedra de Medicina [revista en Internet]. (Arg) May 2005; [acceso en mayo de 2011] 145: 5-8. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista145/2_145.htm - 56k
18. El embarazo y el nacimiento. El trabajo de parto, 2005 [biblioteca virtual en línea] [acceso 18 mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.mcghealth.org/printer/Internet/greystone/pregnant>
19. Garza F. Depresión en la infancia y adolescencia. México D.F.: Trillas; 2007.
20. Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. J Clin Psychiatry [revista en Internet] 1999 -[acceso 03 mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.medlineplus.gov/epresi/> - 24k -
21. Morales F, Gómez M, Calva E y Gaviño F. Estado emocional de la mujer en relación con el parto y cesárea. Ginecol Obstet Mex [revista en Internet] 2008; [acceso: 21 mayo de 2012] 76(7):365. Disponible en: <http://www.revistamedicasmexicanas.com.mx>
22. Chacón R, García W, Flórez L. Estudio descriptivo asociado al alto riesgo obstétrico en pacientes del Instituto Materno Infantil de Santa Fe de Bogotá. Santa Fe de Bogotá: Publicaciones de la Universidad Nacional de Colombia; 2000.
23. Canaval GE, Gonzáles M, Martínez-Schallmoser L, Tovar C, Valencia C. Depresión, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. Colombia medical. 2000; 31:4-10.
24. Fernández LM, Cabaco AS. Estado de ánimo y respuesta emocional en la gestante: influencias de variables psicosociales e implicaciones educativas. Papeles Salmantinos de Educación 2000; 4.
25. Fernández LM, Sánchez A. Factores ambientales y embarazo: influencias físicas, psicosociales y socioculturales. Psicología y educación. 2000; 2(2): 5-14.

Correspondencia:

Victoria Aliaga
Correo Electrónico: valiagab@yahoo.com

Recibido: 16/01/13

Aprobado para su publicación: 07/05/13