



ORIGINALES

Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil

Ocorrência e fatores associados à depressão pós parto em uma área urbana do Brasil
Occurrence and factors associated with postpartum depression in the urban area of Brazil

Marciana Fernandes Moll¹

Aldo Matos¹

Giovanna Beirigo Borges¹

Carla Aparecida Arena Ventura²

Fabiana Cristina Pires Bernardinelli¹

Tayná da Silva Martins¹

¹ Universidad de Uberaba. Minas Gerais. Brasil. mrcna13@yahoo.com.br

² Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.525191>

Recibido: 25/05/2022

Aceptado: 21/09/2022

RESUMEN:

Con el objetivo de rastrear la depresión pos parto entre las mujeres em Atención Primaria de Salud, se aplicó un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo a 123 puérperas entre la segunda semana y el sexto mes después del parto. Se determinó la frecuencia de depresión pos parto en la muestra y se evaluó su asociación con variables sociodemográficas mediante la prueba de chi-cuadrado. Se identificó depresión posparto probable en el 19,51% de las participantes, y esta condición se asoció con el grupo de edad (36 a 44 años), edad del bebé (4 o 6 meses), estado civil (divorciada), bajos ingresos y no había asociación con la escolarización materna. Por lo tanto, la depresión del parto necesita ser investigada en la atención primaria de salud, prestando atención a los aspectos sociodemográficos e individuales. Estos aspectos necesitan ser valorados por las enfermeras, qui deben establecer un plan de cuidados integral desde el prenatal, para prevenir este frecuente trastorno puerperal.

Palabras clave: Enfermería; Psiquiatría; Atención Primaria de Salud; Periodo Pos parto; Depresión Pos parto; Prevención de Enfermedades.

RESUMO:

Com o objetivo de avaliar a ocorrência de depressão pós-parto e alguns fatores sociodemográficos associados, entre mulheres acompanhadas na Atenção Primária à Saúde, um questionário sociodemográfico e a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo foram aplicados a 123 puérperas entre a segunda semana e o sexto mês após o parto. A frequência de depressão pós-parto na amostra foi determinada e sua associação com variáveis sociodemográficas foi avaliada por meio do teste do qui-quadrado. A provável depressão pós-parto foi identificada em 19,51% das participantes, e essa

condição foi associada à faixa etária (36 a 44 anos), idade do bebê (4 ou 6 meses), estado civil (divorciado), baixa renda e não houve associação com a escolaridade materna. Assim, a depressão pós-parto precisa ser investigada na atenção primária à saúde, atentando para os aspectos sociodemográficos e individuais. Esses aspectos precisam ser valorizados pelo enfermeiro, que deve estabelecer um plano assistencial integral desde o pré-natal, para prevenir esse frequente transtorno puerperal.

Palavras-chave: Enfermagem; Psiquiatria; Atenção Primária à Saúde; Período Pós-Parto; Depressão Pós-Parto; Prevenção de Doenças.

ABSTRACT:

Aiming to track postpartum depression among women followed in Primary Health Care, a sociodemographic questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale were applied to 123 postpartum women between the second week and the sixth month after delivery. The frequency of postpartum depression in the sample was determined, and its association with sociodemographic variables was assessed using the chi-square test. Probable postpartum depression was identified in 19.51% of the participants, and this condition was associated with age group (36 to 44 years), age of the baby (4 or 6 months), marital status (divorced), low income and there was no association with maternal schooling. Thus, postpartum depression needs to be investigated in primary health care, paying attention to sociodemographic and individual aspects. These aspects need to be valued by nurses, who must establish a comprehensive care plan from prenatal care, to prevent this frequent puerperal disorder.

Keywords: Nursing; Psychiatry; Primary Health Care; Postpartum Period; Depression, Postpartum; Disease Prevention.

INTRODUCCIÓN

La salud materna es cada vez más investigada en la comunidad científica, y el período postparto ha sido ampliamente explorado, especialmente la Depresión Postparto (DPP), identificada como un problema de salud pública⁽¹⁾. La depresión postparto es un trastorno mental de alta prevalencia que afecta entre 10% y 20% de las mujeres en el período postparto, provocando cambios emocionales, cognitivos, conductuales y físicos que suelen comenzar entre la cuarta y octava semana después del parto y se intensifican en los primeros seis meses⁽²⁾.

La PPD presenta síntomas tanto psíquicos como físicos. Los síntomas físicos se caracterizan por niveles reducidos de energía y actividad y pueden estar asociados con problemas para dormir, cansancio intenso, pérdida o aumento del apetito y disminución del deseo sexual. Por otro lado, los síntomas psíquicos se caracterizan por un estado de ánimo bajo, dificultad para concentrarse y experimentar placer en situaciones que normalmente se consideran placenteras, disminución de la autoestima y sentimiento de culpa. Esa condición clínica ayuda al individuo a nutrir sentimientos de inutilidad e incapacidad y, en algunos casos, puede tener pensamientos suicidas⁽³⁾.

El tratamiento con PPD debe establecerse de acuerdo con la gravedad del cuadro depresivo presentado. Este tratamiento se basa en el mismo establecido para la depresión no relacionada con el puerperio, pudiendo utilizarse psicoterapia y/o farmacoterapia y, en caso de intento de suicidio o infanticidio, terapia electroconvulsiva⁽⁴⁾. Como consecuencia de este trastorno, se destaca la ausencia de interacción entre madre e hijo, lo que puede expresarse en las siguientes situaciones: hostilidad, rechazo, negligencia, agresividad, así como menor afecto y mayor ansiedad de la mujer al momento de brindar el cuidado materno⁽³⁾. Ante esa realidad,

es evidente que el cuidado físico y emocional del bebé es vulnerable, enfocándose en posibles deficiencias afectivas e intelectuales del niño^(3,5).

Los principales factores de riesgo vinculados al desarrollo de la DPP son: la baja edad de las madres, la escolaridad, la multiparidad, la soltería o el divorcio y las cuestiones económicas representadas por el hecho de que la mujer o su cónyuge estén desempleados⁽⁶⁾. Las consecuencias para las mujeres afectadas por DPP están representadas por las dificultades de relacionamiento e interacción social, con déficits en la regulación de sus estados afectivos^(3,7).

También se describen las repercusiones tempranas y tardías para los niños. Representan manifestaciones tempranas: pobre desempeño en las pruebas de desarrollo y altos niveles de apego inseguro a la madre a los 12 meses. Los trastornos de conducta, el deterioro de la salud física, las conexiones inseguras y los episodios depresivos, por otro lado, representan las repercusiones tardías⁽³⁾. Cabe señalar que el pronóstico de este trastorno puerperal está fuertemente ligado al diagnóstico precoz y las intervenciones rápidas. Así, la mujer necesita atención integral durante el embarazo y en el puerperio, minimizando el riesgo de desarrollar DPP y previniendo las consecuencias mencionadas anteriormente^(8,9).

En esa perspectiva, se destaca que en las primeras semanas de vida del recién nacido, la mujer busca el servicio de salud, donde comúnmente se realizan las siguientes intervenciones: incentivo a la lactancia materna exclusiva, vacunación del bebé y de la madre, prueba de tamizaje neonatal, y la evaluación de riesgos para la salud del niño, la orientación sobre anticoncepción, la programación de citas de seguimiento posparto y dental para la madre y la evaluación del crecimiento y desarrollo del bebé, y la condición indicativa de DPP aún deben investigarse⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Sin embargo, la DPP es difícil de diagnosticar y, por lo tanto, muchas veces no es detectada por el personal de enfermería o el obstetra en un primer momento, ya que los síntomas iniciales pueden confundirse con el período de ajuste emocional postparto de la mujer puérpera, denominado tristeza postparto⁽¹²⁾.

Con base en este contexto, se considera importante que se realicen estudios científicos de seguimiento de la depresión postparto para que, ante signos de este trastorno, las mujeres sean encaminadas a un profesional especializado y calificado para establecer el diagnóstico final e iniciar la terapia. Esta intervención debe darse predominantemente en el contexto de la atención primaria a la salud, donde los enfermeros son responsables de la acogida y aún desempeñan un papel protagónico en las acciones de prevención de la enfermedad. En ese sentido⁽¹³⁾, el período ideal para esta encuesta es entre dos semanas y seis meses después del parto, o sea, durante el período en que las mujeres buscan los servicios de la estrategia de salud de la familia. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la ocurrencia de depresión postparto y factores demográficos asociados entre mujeres seguidas en una Unidad de Salud ubicada en el área urbana de una ciudad del interior en el estado de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, transversal, con enfoque cuantitativo aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la

Universidad de Uberaba (CAAE: 68006017.6.0000.5145). La investigación se llevó a cabo en servicios de atención primaria de salud ubicados en el distrito sanitario II del área urbana de una ciudad del interior de Minas Gerais. La selección de este distrito de salud se debe a que es bastante grande, con características sociales y económicas mixtas, y hay muchos equipos de salud de la familia en él (quince).

En este distrito de salud se identificaron 237 mujeres registradas en el Sistema de Seguimiento del Programa de Humanización Prenatal y del Nacimiento (SisPreNatal), y el tamaño de la muestra se calculó considerando una prevalencia mínima de DPP del 20%, 95% de confianza, y 5% de error, procediendo con un muestreo por conveniencia. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: tener al menos 18 años; estar en el puerperio que comprende la segunda semana y el sexto mes; residir en el Distrito de Salud 2 y estar debidamente registrado en el SisPreNatal. Los criterios de exclusión fueron: vivir en una zona rural del Distrito de Salud 2 o vivir en áreas cubiertas por los Distritos de Salud 1 y 3.

La recolección de datos ocurrió entre agosto/2017 a enero/2018 y se realizó de forma privada para proteger la individualidad de cada participante. Para ello, se utilizó la estructura prevista en cada una de las Unidades de Salud antes mencionadas. Se organizaron los días y horarios de recolección, con base en los horarios de mayor concurrencia de las púerperas a la unidad (prueba de punción en el talón, cita médica de la mujer o del niño, grupos de lactancia, entre otros).

Se utilizó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), que tiene diez ítems y actualmente es de dominio público. fue desarrollado en Inglaterra en 1987⁽¹⁴⁾. Su objetivo es acompañar la depresión postparto y su uso se ve favorecido por la facilidad y rapidez de su aplicación^(15,16). El valor clínico y epidemiológico de esta escala ha sido confirmado por varios estudios de validación realizados en diferentes países, principalmente entre mujeres en puerperio, con sensibilidad y especificidad en el rango de 70-85%, dependiendo del punto de corte. Cabe señalar que la Escala (EPDS) fue validada en varios países, y Augusto et al. realizó su versión portuguesa en 1996^(15,16).

La EPDS consiste en una herramienta de auto-registro compuesta por 10 enunciados, cuyas opciones se puntúan (0 a 3) según la presencia o intensidad del síntoma. Sus ítems abarcan síntomas psíquicos como el estado de ánimo depresivo (sentimientos de tristeza, autodesprecio y culpa, ideas de muerte o suicidio), pérdida del placer en actividades que antes se consideraban placenteras, fatiga, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, además de síntomas fisiológicos (insomnio o hipersomnia) y cambios de comportamiento (crisis de llanto). La suma de los puntos da una puntuación de 30, siendo considerado un valor igual o superior a 12 para los síntomas depresivos, conforme definido en la validación de la escala en una muestra brasileña⁽¹⁷⁾. Previo a la aplicación de esa escala, se realizó una encuesta sociodemográfica, incluyendo los siguientes criterios: edad y escolaridad de la púerpera, renta familiar, número de hijos, edad del bebé, estado civil.

Los datos de la encuesta sociodemográfica fueron digitados, tabulados y consolidados en el software Microsoft Excel por mecanógrafos independientes y de doble entrada para minimizar las fallas en el ingreso de datos. La base de datos se transfirió al software BioEstat versión 5.0, a través del cual se realizó estadística

descriptiva y se aplicó la prueba de chi-cuadrado para evaluar la asociación entre la DPP y la edad de la puérpera, su estado civil, su educación, la renta familiar, el número de hijos y la edad del bebé.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 123 puérperas, identificándose probable depresión en 24 (19,51%) de ellas. Las características de la muestra y la distribución de los factores asociados con una posible depresión postparto se consolidan en la Tabla 1 y se detallan a continuación.

Tabla 1: Características y factores asociados a la depresión postparto en puérperas del área urbana de un municipio del interior del estado de Minas Gerais. Uberaba, MG, Brasil, 2022.

	Variable	Descripción de la muestra (%)	valor p (distribución en la muestra)	DPP (%)	valor p (frecuencia de PPD)
	Edad puerperal de la mujer		<0.0001		<0.0001
	18 a 26	53.66		19,70	
	27 a 35	35.77		15.91	
	36 a 44	10.57		30.77	
	Número de niños		0.0012		0.0042
	1	38.21		14.89	
	2	30.89		26.31	
	3	17.07		9.52	
	4 o más	13.83		29.41	
	Edad del bebé (meses)				
≤1	27.64		0.0654	14.70	0.0109
2	15.45			15.79	
3	12.19			33.34	
4	13.01			25.00	
5	18.70			13.04	
6	13.01			25.00	
	Ingresos familiares (salarios mínimos)				
≤1	27.64		0.0654	14.70	0.0109
2	15.45			15.79	
3	12.19			33.34	
4	13.01			25.00	
5	18.70			13.04	
6	13.01			25.00	
	Estado civil				
	Soltero	39.01	<0.0001	27.08	<0.0001

Casado	34.14		11.90
Convivencia sin matrimonio	15.47		15.79
Unión estable	9.76		16.67
Divorciado	1.62		50.00
Educación maternal		<0.0001	0.1991
Primaria completa o incompleta	32.52		30.00
Bachillerato completo o incompleto	52.03		17.19
Educación superior completa o incompleta	15.45		5.26

Fuente: Recopilación de datos

La edad de las mujeres osciló entre 18 y 44 años (mediana 26). Se encontró asociación entre la edad y la PPD ($p < .0001$), más prevalente en el grupo de edad de 36-44 años. El tamaño de los hijos osciló entre 1 y 10 (mediana 2), siendo primíparas el 38,51% de ellos, con asociación de la DPP ($p = 0,0042$) con esta variable, con mayor prevalencia entre las mujeres con cuatro hijos o más.

La edad del bebé osciló entre 0 y 6 meses (mediana 3). Hubo asociación de probable depresión con la edad del bebé ($p = 0,0109$), con mayor prevalencia entre las madres con bebés de 4 o 6 meses.

Además, la renta familiar varió de menos de un salario mínimo a 10, con la mitad (50,41%) ganando hasta un salario mínimo. Esta variable se asoció con la DPP probable ($p < 0,0001$), observándose que la frecuencia de depresión posparto tiende a disminuir con el aumento de la renta familiar.

En cuanto al estado civil, 19 declararon estar en convivencia sin matrimonio, 12 en unión estable, 48 solteras, 42 casadas y dos divorciadas. En la muestra analizada, esa variable se asoció a la DPP, más prevalente entre las madres divorciadas ($p < 0,0001$). Sin embargo, dada la baja contribución de las madres divorciadas a la muestra (1,62%), la alta prevalencia de DPP entre ellas puede no reflejar la realidad. Luego se realizó un análisis excluyendo a las madres divorciadas, en el cual no se encontró asociación entre estado civil y probable depresión posparto ($p = 0,0698$).

En cuanto a la escolaridad, las puérperas relataron tener desde la enseñanza básica incompleta hasta la enseñanza superior completa, con mayor ocurrencia de secundaria completa incompleta o completa (52,03%). Los resultados no mostraron una asociación entre PPD y esta variable.

DISCUSIÓN

El desarrollo de la DPP en la mujer se caracteriza por una variabilidad de factores asociados, capaces de impactar negativamente la calidad de vida de la puérpera, el desarrollo de su hijo y la relación con su cónyuge^(5,18-20). Dado lo anterior, este estudio es relevante para la ciencia de enfermería, ya que rastrea la DPP en puérperas y la asocia a factores sociodemográficos, lo que contribuye al conocimiento de los signos de este trastorno, con el fin de establecer acciones de prevención de la enfermedad y brindar a las mujeres una atención temprana. diagnóstico.

Así como en esta investigación que detectó 24 (19,51%) mujeres con DPP en una muestra de 123 participantes, un estudio realizado en Etiopía con 450 mujeres encontró que 102 de ellas (22,4%) presentaban síntomas depresivos indicativos de DPP, y predominaban entre los primeras seis semanas después del parto⁽²¹⁾. Un porcentaje similar fue encontrado en un estudio desarrollado en el sur de Brasil, en el que 61 (21,9%) de las 278 mujeres tenían síntomas compatibles con DPP⁽¹²⁾.

Se debe valorar el período postparto y donde se realiza el seguimiento de la PPD a través de la Escala de Edimburgo. Así, un estudio en el que se aplicó la escala dentro de las 48 horas del puerperio inmediato en un ambiente hospitalario fueron reportados datos no tan significativos, ya que de 2.687 mujeres entrevistadas en el mencionado período y ambiente puerperal, en una ciudad de tamaño medio del al sur del país, sólo el 14% presentaba síntomas compatibles con DPP⁽⁶⁾.

A pesar de esa diferencia, se afirma en un estudio realizado en Brasil con 23.894 puérperas que la depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en el puerperio y está relacionada con diferentes factores sociodemográficos e individuales⁽²²⁾. Se agrega también que el daño al estado afectivo de la madre puede interferir negativamente en la maduración cognitiva y conductual del niño, así como en su relación^(5,23).

Sin duda, la DPP es un problema de salud pública, ya que su frecuencia es significativa en diferentes estudios científicos, como se evidencia en esta investigación. Desde esta perspectiva, se confirmó una asociación entre la probable depresión postparto y los siguientes factores: edad del bebé, edad de la madre, estado civil, número de hijos y escolaridad.

La investigación identificó la edad materna como una variable asociada a un estado depresivo, siendo las mujeres entre 23 y 27 años más susceptibles a la DPP, lo que se acerca a los hallazgos de investigaciones científicas⁽²⁴⁾ que indican que las mujeres jóvenes (20 a 24 años) son más sensibles a los síntomas depresivos. Se destaca que el embarazo en la edad adulta es un factor protector para los trastornos del estado de ánimo postparto⁽⁶⁾.

Difiere de la presente investigación, un estudio transversal que tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo y las preocupaciones de PPD en 360 mujeres que buscaron atención en una clínica de *la Autoridad de Salud Regional del Centro Norte* en Trinidad y Tobago, que mostró que no hubo una asociación significativa entre PPD y la edad. Sin embargo, el estudio argumenta que las mujeres más jóvenes tienen más probabilidades de desarrollar DPP⁽²⁰⁾.

Antes de la maternidad, la mujer se adecuaba a los roles inherentes (hija, esposa, trabajadora, entre otros). Luego del nacimiento del bebé, ella necesita incluir la maternidad entre estos roles, lo que suele traer cambios intensos en su vida, requiriendo una adaptación para que el cuidado del bebé pueda ser realizado. Este estudio identificó la asociación con la edad del bebé en puérperas con bebés de cuatro o seis meses. Considerando que esta condición puede estar asociada a varios otros fenómenos estresantes (falta de apoyo familiar, interrupción de actividades, que pueden derivar en problemas socioeconómicos), se justifica que los primeros seis meses correspondan a un período de ajustes emocionales y cotidianos que puede conducir a condiciones depresivas⁽²⁵⁾.

Aunque la baja frecuencia de madres divorciadas pueda influir en el resultado de este estudio, hubo asociación de la DPP con el estado civil de la madre, con predominio entre las mujeres divorciadas, lo que también fue evidenciado en investigaciones científicas⁽²⁴⁾ que destacan que el apoyo de la pareja es esencial para reducir el riesgo relacionado con la depresión posparto. También se argumenta sobre la importancia de que la mujer viva con su cónyuge para minimizar la DPP⁽¹⁾.

Este estudio corrobora con los estudios ya presentados, realizados con 618 mujeres que asistieron a los servicios de salud en la ciudad de DebreBerhan, Etiopía, en los cuales se destaca que las mujeres viudas también tienen mayor probabilidad de sufrir DPP, esto si se justifica por el hecho de que tener pareja contribuye para la salud mental de la puérpera⁽⁵⁾.

La asociación con el número de hijos en esta investigación estuvo representada por tener cuatro o más hijos. Resultados similares fueron encontrados en estudios realizados en Brasil entre 2011 y 2012⁽²²⁾ y específicamente, en una ciudad de tamaño medio en el extremo sur de ese país, durante 2013⁽⁶⁾, que señalan que la multiparidad está directamente relacionada con la probable depresión. Se justifica que muchos hijos tiendan a generar sobrecarga y estrés a la mujer⁽¹⁾. Esta realidad fue detectada en un estudio realizado en los Estados Unidos, que también utilizó la Escala de Edimburgo como herramienta para la recolección de datos⁽¹⁹⁾.

No hubo asociación entre la PPD y el nivel educativo en este estudio. Sin embargo, una investigación brasileña reciente que utilizó la Escala de Depresión de Edimburgo⁽²⁴⁾ encontró asociación con el bajo nivel de educación. En el contexto internacional, un estudio realizado en Vietnam, con 116 mujeres, detectó asociación entre DPP y escolaridad, especialmente para mujeres con bajo nivel educativo⁽¹⁸⁾.

En esta investigación también se observó la asociación de PPD con menores ingresos familiares, lo que también fue señalado en un estudio realizado en 2017⁽¹²⁾ así como en investigaciones^(8,23) mencionando una asociación entre la situación económica desfavorable y la desarrollo de síntomas depresivos en el puerperio. La renta familiar se identifica como un factor de riesgo para el desarrollo de DPP. Así, un estudio realizado con 124 puérperas en los Estados Unidos muestra que las mujeres empleadas tienen menos probabilidades de desarrollar la enfermedad y también complementa que el trabajo tiene un efecto protector para la DPP⁽¹⁹⁾.

CONCLUSIONES

En este estudio fue posible identificar la probable depresión postparto en el 19,70% de las 123 puérperas que participaron de la investigación. Esta condición se asoció con los siguientes factores: edad del bebé (dos meses o entre cinco y seis meses), multiparidad (tener cuatro o más hijos), edad materna (36 y 44 años) y renta familiar, predominando la renta baja.

Se destaca como limitación el hecho de que el estudio no abarque factores perinatales y circunstancias asociadas al parto, que también pueden afectar el estado emocional de la mujer después del parto. Sin embargo, se pudo evidenciar que la depresión postparto necesita ser investigada en la atención primaria de salud, incluyendo aspectos sociodemográficos e individuales, para establecer un plan de atención integral desde el prenatal para prevenir este frecuente trastorno puerperal. En ese contexto, es necesario que los equipos que actúan en la atención primaria de salud, con énfasis en los enfermeros, establezcan cuidados emocionales en todas las etapas del ciclo embarazo-puerperio, con atención a la inclusión del seguimiento y seguimiento de la depresión posparto entre las acciones prioritarias durante el puerperio.

REFERENCIAS

1. Alvarenga P, Souto LN, Oliveira HP, Santana IG. Sociodemographic variables and maternal mental health in a context of social vulnerability. *Psicol Saúde Doenças*. 2018; 19(3):776-88. doi: [10.15309/18psd190324](https://doi.org/10.15309/18psd190324).
2. Alvarenga P, Frizzo GB. Stressful Life Events and Women's Mental Health During Pregnancy and Postpartum Period. *Paidéia*. 2017;27(66):51-9. doi: 10.1590/1982-43272766201707.
3. Oliveira AP, Braga TL. Post partum depression: consequences for mother and newborn- a systematic review. *Rev Eletrônica Estácio Saúde [Internet]*. 2016 [cited 2022 Jan 10]; 5(1):133-44. Available from: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/index>.
4. Tolentino EC, Maximino DAFM, Souto CGV. Depressão pós-parto: conhecimentos sobre os sinais e sintomas em puérperas. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança [Internet]*. 2016 [cited 2022 Aug 10];14(1):59-66. Available from: http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/6.-Depress%C3%A3o-p%C3%B3s-parto_PRONTO.pdf.
5. Wubetu AD, Engidaw NA, Gizachew KD. Prevalence of postpartum depression and associated factors among postnatal care attendees in Debre Berhan, Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20:189. doi: [10.1186/s12884-020-02873-4](https://doi.org/10.1186/s12884-020-02873-4).
6. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Post partum depression: prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(9):e00094016.doi: 10.1590/0102-311x00094016.
7. Wulff V, Hepp P, Wolf OT, Fehm T, Schaal NK. The influence of maternal singing on well-being, postpartum depression and bonding - a randomised, controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):501. doi: 10.1186/s12884-021-03933-z.
8. Atuhaire C, Rukundo GZ, Nambozi G, Ngonzi J, Atwine D, Cumber SN, et al. Prevalence of post partum depression and associated factors among women in Mbarara and Rwampara district of south-western Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21:503. doi: [10.1186/s12884-021-03967-3](https://doi.org/10.1186/s12884-021-03967-3).

9. Oliveira AM, Alves TRM, Azevedo AO, Cavalcante RD, Azevedo DM. Knowledge of professionals that work in the Family Health Strategy about post natal depression. *J Nurs Health*. 2016;6(1):17-26. doi: [10.15210/jonah.v6i1.5957](https://doi.org/10.15210/jonah.v6i1.5957).
10. Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MM, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3035. doi: [10.1590/1518-8345.2110.3035](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2110.3035)
11. Baratieri T, Natal S. Post partum programactions in primary health care: na integrative review. *Ciën Saúde Colet*. 2019;24(11):4227-38. doi: [10.1590/1413-812320182411.28112017](https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017)
12. Silva MAP, Demitto M, Agnolo C, Torres M, Carvalho M, Pelloso S. Maternity blues in post partum women and associated factors. *Portuguese J Mental Health Nurs*. 2017;18:08-13. doi: [10.19131/rpesm.0186](https://doi.org/10.19131/rpesm.0186).
13. Boyd RC, Le HN, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression *Arch Womens Ment Health*. 2005;8(3):141-53. doi: [10.1007/s00737-005-0096-6](https://doi.org/10.1007/s00737-005-0096-6)
14. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782–6. doi: [10.1192/bjp.150.6.782](https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782)
15. Lima NC, Ravelli APX, Messias LSF, Skupien SV. Post partum depression base don edinburgh scale. *Rev Conexão UEPG*. 2016;12(2):268-77. doi: [10.5212/Rev.Conexao.v.12.i2.0008](https://doi.org/10.5212/Rev.Conexao.v.12.i2.0008)
16. Matijasevich A, Munhoz TN, Tavares BF, Barbosa Neto APP, Silva DM, Abitante MS, et al. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. *BMC Psychiatry*. 2014;14:284. doi: [10.1186/s12888-014-0284-x](https://doi.org/10.1186/s12888-014-0284-x).
17. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima CJ. Post partum depression epidemiology in a Brazilian sample. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29(3):274-80. doi: [10.1590/S0101-81082007000300006](https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000300006).
18. Do TKL, Nguyen TTH, Pham TTH. Postpartum depression and risk factors among viet nameese women. *BioMed Res Int*. 2018;2018:4028913. doi: [10.1155/2018/4028913](https://doi.org/10.1155/2018/4028913).
19. Lewis BA, Billing L, Schuver K, Gjerdingen S, Avery M, Marcus BH. The relationship between employment status and depression symptomatology among women at risk for postpartum depression. *Women's Health*. 2017;13(1):03-9. doi: [10.1177%2F1745505717708475](https://doi.org/10.1177%2F1745505717708475).
20. Nayak SB, Jaggernauth S, Jaggernauth A, Jadoo P, Jagmohansingh N, Jaggernauth V, et al. An assessment of the risk factors and concerns of postpartum depression among mothers seeking health care in North Central Trinidad. *Indian J Community Med*. 2021;46(2):263-7. doi: [10.4103/ijcm.IJCM_628_20](https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_628_20).
21. Toru T, Chemir F, Anand S. Magnitude of postpartum depression and associated factors among women in Mizan Aman town, Bench Maji zone, Southwest Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18:442. doi: [10.1186/s12884-018-2072-y](https://doi.org/10.1186/s12884-018-2072-y).
22. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN, Leal MC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord Title*. 2016;194:159-67. doi: [10.1016/j.jad.2016.01.020](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020).
23. Morais AODS, Simões VMF, Rodrigues LS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CA, et al. Maternal depressive symptoms and anxiety and interference in the mother/childrel ation ship basedon a pre natal cohort: an approach with structural equations modeling. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(6):e00032016. doi: [10.1590/0102-311X00032016](https://doi.org/10.1590/0102-311X00032016).

24. Boska GA, Wisniewski D, Lentsck MH. Depressive symptoms in the post partum period: identification by the Edinburgh post partum depression scale. J Nurs Health. 2016;6(1):38-50. doi: 10.15210/jonah.v6i1.5525.
25. Torres JPRV, Torres SAS, Vieira GPR, Barbosa GP, Souza MS, Teles MAB. The mother hood meanings for adolescents assisted by the family health strateg. J Res Fundam Care Online. 2018;10(4):1008-13. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1008-1013.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia