

Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México

Cosme Alvarado-Esquivel,^{a*} Antonio Sifuentes-Álvarez,^{a,b} Sergio Estrada-Martínez,^c Carlos Salas-Martínez,^b Ana Berthina Hernández-Alvarado,^a Sara Guadalupe Ortiz-Rocha,^a Claudia Rosalba García-López,^b Alejandro Torres-Castorena^d y Francisco Sandoval-Herrera^d

^aFacultad de Medicina, Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED), Durango, Dgo., México

^bSecretaría de Salud, Durango, Dgo., México

^cInstituto de Investigación Científica, UJED, Durango, Dgo., México

^dInstituto Mexicano del Seguro Social, Durango, Dgo., México

Recibido en su versión modificada: 14 de noviembre de 2009

Aceptado: 20 de noviembre de 2009

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión posnatal y las características epidemiológicas asociadas en una población de mujeres en Durango, México.

Métodos: Mediante estudio transversal en hospitales públicos de Durango, se estudiaron 178 mujeres con una a 13 semanas posparto. Se les aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edinburgo, y la depresión se evaluó utilizando los criterios del DSM-IV. Además, se obtuvieron datos sociodemográficos, clínicos y psicosociales de las participantes.

Resultados: De 178 mujeres, 58 se encontraban deprimidas (32.6%). Se observaron frecuencias significativamente mayores de depresión en mujeres con escasa escolaridad, con más de tres años de vida con su pareja, no aseguradas y residentes del medio rural. El análisis multivariado mostró que la depresión posnatal se asoció significativamente con depresión previa, antecedente de depresión posnatal, depresión, ansiedad y estrés durante el embarazo, estrés después del embarazo, trauma, mala relación o abandono de la pareja, embarazo no deseado, problemas familiares, y vivir sin la pareja.

Conclusiones: La prevalencia de la depresión posnatal en las mujeres estudiadas fue alta. Diversos factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales contribuyeron a la depresión.

Palabras clave:

Depresión posnatal, embarazo

SUMMARY

Objective: To determine the prevalence of postnatal depression and associated epidemiological features in a population of women from Durango, Mexico.

Methods: Applying a cross-sectional design in public hospitals from Durango, we studied 178 women during their 1 to 13 weeks postpartum. The Edinburg Postnatal Depression Scale was applied and depression was evaluated by using the DSM-IV criteria. In addition, socio-demographic, clinical, and psychosocial data from participants were obtained.

Results: Of the 178 women, 58 were depressed (32.6%). The prevalence of depression was significantly higher in women with low level of education, with more than 3 years of living with her partner, and in rural, non-insured women. Multivariate analysis showed that postnatal depression was significantly associated with previous depression, history of postnatal depression, depression, anxiety and stress during pregnancy, stress after pregnancy, trauma, bad relationship with partner, abandonment by partner, unwanted pregnancy, family problems, and living without partner.

Conclusions: The prevalence of postnatal depression in women living in Durango, Mexico, is high. Several socio-demographic, clinical, and psychosocial factors appear to contribute to this condition.

Key words:

Postnatal depression, pregnancy

Introducción

La depresión afecta a un número considerable de mujeres después del parto en todo el mundo.¹⁻³ La depresión posnatal no solo involucra a la madre sino también a su infante y familia en conjunto.⁴⁻⁶ Esta enfermedad perturba el matrimonio, mina la confianza de la madre, perjudica el funcionamiento social y la calidad de vida.^{3,7,8} Incluso, la depresión posnatal contribuye a la conducta suicida y al

filicidio materno.^{3,9,10} Notablemente, un número importante de casos de depresión posnatal no se identifica ni trata.^{11,12} La prevalencia de la depresión posnatal varía sustancialmente entre los países y fluctúa entre 6.1 y 20.7%.¹³⁻¹⁸

Estudios epidemiológicos han mostrado varios factores de riesgo asociados con la depresión posnatal, entre los que se incluyen bajo ingreso,¹⁵⁻²⁰ edad materna joven,^{14,18,19,21} escasa escolaridad,^{14,18,19} sexo del niño,^{7,22} depresión previa,⁵ eventos adversos en la vida y relación insatisfactoria

*Correspondencia y solicitud de sobretiros: Cosme Alvarado-Esquivel. Facultad de Medicina, Universidad Juárez del Estado de Durango, Av. Universidad s/n y Fanny Anitua, 34000 Durango, Durango, México. Tel./fax: (618) 812 8009. Correo electrónico: alvaradocosme@yahoo.com

con el cónyuge.¹⁷ Sin embargo, la presencia de estos factores de riesgo para depresión posnatal en las mujeres también varía entre los países. Por lo tanto, debe recomendarse la evaluación de los factores de riesgo en una población dada para así planear acciones óptimas en la prevención y el tratamiento. La depresión posnatal puede ser identificada en la mujer mediante el uso de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS).^{23,24} La EPDS es un instrumento que se ha traducido a varios idiomas y validado para la detección de depresión en un número de países.²⁵⁻³⁰

En México existe escasa información sobre la epidemiología de la depresión posnatal, por lo tanto, buscamos determinar la prevalencia de depresión posnatal en mujeres con una a 13 semanas después del parto, atendidas en hospitales públicos de Durango, México. Así como determinar si alguna característica sociodemográfica, clínica o psicosocial de las mujeres se asocia con depresión.

Material y métodos

Población de estudio

Se realizó una encuesta descriptiva en mujeres en periodo posparto identificadas en cinco hospitales públicos del estado de Durango, México, entre enero y agosto de 2008. Uno de los hospitales participantes se localizó en el área urbana (ciudad de Durango) y cuatro en áreas rurales (Vicente Guerrero, Rodeo, Guadalupe Victoria y Santiago Papasquiaro). El muestreo fue no probabilístico. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. Periodo entre la primera y décima tercera semana de posparto.
2. Atención en los centros hospitalarios participantes.

Las mujeres fueron invitadas a participar cuando atendían sus citas médicas posnatales o cuando estaban en la sala de espera de consulta externa. Además de estas estrategias se buscó en sus domicilios a mujeres de áreas rurales que no asistían a consultas posnatales pero que estaban registradas en los hospitales rurales como pacientes recién egresadas y en periodo posparto. De esta manera se identificaron 178 mujeres, las cuales fueron invitadas y todas aceptaron participar en el estudio.

De las 178 mujeres que conformaron la muestra, 93 residían en área urbana mientras que 85 en área rural. La mayoría de las mujeres nació en México (99.4 %) y solo una en Estados Unidos (0.6 %). Las mujeres tenían 16 a 43 años de edad (media 23 años) y pertenecían a un nivel socioeconómico bajo. La mayoría de las mujeres era ama de casa (87.2 %), de religión católica (58 %); los estados civiles predominantes fueron unión libre (43.2 %) y casadas (38.2 %).

Examen de depresión y características asociadas

A todas las participantes se les pidió completar la prueba autoadministrada de la versión mexicana validada de la EPDS.³⁰ Se usaron calificaciones de corte de 11 para muje-

res con menos de cuatro semanas, y de 7 cuando tenían entre cuatro y 13 semanas de periodo posnatal. Se emplearon estas dos calificaciones de corte para obtener óptimos niveles de sensibilidad y especificidad, como se observara previamente en el estudio de validación.³⁰ En mujeres con menos de cuatro semanas posparto, la calificación de corte de 11 tiene una sensibilidad de 75 % y una especificidad de 93 %, mientras que en mujeres de cuatro a 13 semanas posparto, la calificación de corte de 7 tiene una sensibilidad de 75 % y una especificidad de 84 %.

Las mujeres que obtuvieron calificaciones en la EPDS sugestivas de depresión fueron entrevistadas por un equipo de un psiquiatra y dos psicólogos, para evaluar la depresión usando los criterios del DSM-IV.³¹ La aplicación de los criterios del DSM-IV es una práctica aceptada para diagnosticar depresión.^{18,20,25,32-34} Se consideró depresión mayor cuando existían por lo menos cinco de los nueve síntomas depresivos especificados en el DSM-IV, incluyendo ánimo deprimido o pérdida de interés o placer durante por lo menos dos semanas. Se consideró la presencia de depresión menor cuando existían de dos a cuatro de los nueve síntomas depresivos especificados en el DSM-IV, incluyendo ánimo deprimido o pérdida de interés o placer durante por lo menos dos semanas. Tanto la EPDS y la entrevista se llevaron a cabo durante el mismo día a cada mujer. Además, a todas las participantes se les administró un cuestionario estandarizado para obtener sus características epidemiológicas, incluyendo datos sociodemográficos, clínicos y psicosociales.

Los datos sociodemográficos generales incluyeron edad, ocupación, estado civil, edad al contraer matrimonio, tiempo de vivir en pareja, escolaridad, lugar de nacimiento y de residencia, religión, y la posesión de seguro de salud. Los datos clínicos incluyeron historia obstétrica, modo de parto, presencia de alguna enfermedad durante el embarazo o en el periodo posnatal, de complicación durante el parto o la cesárea, depresión, ansiedad y estrés durante o después del embarazo, lactancia actual, antecedente de depresión alguna vez en la vida, peso del niño al nacer, estado de salud del niño al nacimiento y después del parto, antecedente de tabaquismo, consumo de alcohol o de drogas. Como estrés se consideró la presencia de tensión emocional. Como depresión alguna vez en la vida se consideró haber sufrido algún periodo depresivo en la vida que no coincidiera con algún embarazo o periodo posnatal. Como consumo de alcohol se consideró consumir por lo menos una vez al año alguna bebida de contenido alcohólico. El antecedente de tratamiento previo por depresión o ansiedad no fue explorado.

Los datos psicosociales incluyeron haber deseado el último embarazo, felicidad por el sexo del bebé, estado de la relación familiar, apoyo de la pareja, amigos y miembros de la familia, apoyo social, problemas financieros, separación de los padres en la infancia o adolescencia, satisfacción con el nivel de escolaridad actual, satisfacción con la imagen corporal, motivos para la depresión y antecedente de trauma. Como motivos para la depresión se consideró la identificación clara por parte de la participante de la causa de la depresión. Como trauma se consideró haber sufrido algún *shock* emocional que produjera efecto dañino duradero.

Análisis estadístico

Se realizó con los programas Epi-Info versión 3.4.3 (CDC, Atlanta, Georgia) y SPSS versión 15 (SPSS Inc. Chicago, Illinois). Se utilizó χ^2 y la prueba exacta de Fisher para la comparación de las frecuencias entre los grupos. Se realizaron los análisis bivariado y multivariado para evaluar la asociación entre las características de las mujeres y la depresión. Como criterio para la inclusión de variables en el análisis multivariado se consideraron las variables con p menor de 0.25, valor obtenido en el análisis bivariado para permitir la interacción entre las variables. La razón de momios ajustada y el intervalo de confianza a 95 % se calcularon mediante análisis multivariado usando regresión logística incondicional múltiple. Un valor de p inferior a 0.05 fue estadísticamente significativo.

Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por los comités de ética del Hospital General de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Durango. El propósito y los procedimientos del estudio fueron explicados a todas las participantes, quienes firmaron una carta de consentimiento informado.

Resultados

Prevalencia de la depresión posnatal

De las 178 mujeres estudiadas, 66 mostraron resultados sugestivos de depresión y 58 de ellas reunieron los criterios del DSM-IV para depresión. La prevalencia general de depresión posnatal fue de 32.6 % (58/178). Las prevalencias de depresión mayor y menor fueron 14.1 % (25/178) y 18.5 % (33/178), respectivamente. De las 93 mujeres del área urbana estudiadas, 25 tenían depresión (26.9 %). Las prevalencias de depresión mayor y menor en las mujeres de área urbana fue de 15.1 % (14/93) y 11.8 % (11/93), respectivamente. De las 85 mujeres rurales estudiadas, 33 tenían depresión (38.8 %). Las prevalencias de depresión mayor y menor en mujeres rurales fueron de 12.9 % (11/85) y 25.9 % (22/85), respectivamente. La prevalencia general de depresión posnatal en las mujeres rurales (38.8 %) fue más alta pero no estadísticamente significativa, que en las mujeres urbanas (26.9 %) ($p = 0.09$). Las mujeres deprimidas fueron tratadas con psicoterapia o medicamentos (sertralina [50 mg/día] o fluoxetina [20 mg/día]).

Características epidemiológicas asociadas a la depresión

En el cuadro I se muestra una selección de características sociodemográficas y la prevalencia de la depresión posnatal. Los resultados fueron analizados en tres grupos: mujeres urbanas, mujeres rurales, y todas las mujeres. En cuanto a la educación, se observó frecuencia significativa-

mente mayor de depresión posnatal en mujeres con hasta seis años de educación, que en aquellas con más de seis años de educación. Esta diferencia se observó en el grupo de las mujeres rurales (63 *versus* 28.6 %, respectivamente, $p = 0.002$) y en el grupo de todas las mujeres (48.9 *versus* 27.6 %, respectivamente, $p = 0.009$). Las mujeres con más de tres años viviendo con su pareja mostraron una frecuencia significativamente mayor de depresión posnatal que las mujeres con una relación más corta. Esta diferencia significativa se observó en el grupo de mujeres rurales (54.5 *versus* 28.6 %, $p = 0.02$) y en el grupo de todas las mujeres (41.9 *versus* 24.4 %, $p = 0.03$). Además, las mujeres rurales no aseguradas mostraron una frecuencia significativamente más alta de depresión que las mujeres rurales aseguradas (51.4 *versus* 30 %, respectivamente, $p = 0.04$). El análisis de otras características sociodemográficas como edad, ocupación, estado civil, edad al contraer matrimonio, lugar de nacimiento y de residencia, y religión no mostraron más diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia.

En el análisis bivariado, las siguientes características clínicas y psicosociales se encontraron asociadas con depresión posnatal: haber tenido alguna vez depresión ($p < 0.0001$), antecedente de depresión posnatal ($p < 0.0001$), depresión durante el último embarazo ($p < 0.0001$), ansiedad durante el último embarazo ($p < 0.0001$), estrés durante el último embarazo ($p < 0.0001$), estrés después del último embarazo ($p < 0.0001$), niño muerto en o después del nacimiento ($p = 0.02$), embarazo no deseado ($p = 0.01$), algún motivo para la depresión ($p < 0.0001$), haber tenido un trauma en la vida ($p = 0.003$), problemas con familiares ($p = 0.007$), vivir sin la pareja ($p = 0.02$), mala relación con la pareja ($p < 0.0001$), abandono por la pareja ($p = 0.001$) y problemas financieros ($p = 0.01$). Otras características clínicas y psicosociales exploradas no mostraron alguna asociación con la depresión posnatal en el análisis bivariado.

Los resultados del análisis bivariado de la prevalencia de la depresión en una selección de características clínicas y psicosociales se muestran en los cuadros II y III, respectivamente. El análisis multivariado evidenció que las siguientes características clínicas y psicosociales se asociaron con depresión posnatal: haber tenido alguna vez depresión ($p < 0.0001$), antecedente de depresión posnatal ($p < 0.0001$), depresión durante el último embarazo ($p < 0.0001$), ansiedad durante el último embarazo ($p < 0.0001$), estrés durante el último embarazo ($p < 0.0001$), estrés después del último embarazo ($p < 0.0001$), alguna razón para estar deprimida ($p < 0.0001$), haber tenido un trauma en la vida ($p = 0.01$), mala relación con la pareja ($p < 0.002$) y abandono por la pareja ($p = 0.004$). Además, el embarazo no deseado se asoció con depresión solo en el grupo de mujeres urbanas ($p = 0.04$), mientras que los problemas familiares y vivir sin la pareja se asoció con depresión solo en el grupo de mujeres rurales ($p = 0.01$ y $p = 0.02$, respectivamente). El cuadro IV muestra los resultados del análisis multivariado de una selección de características clínicas y psicosociales de las mujeres y su asociación con la depresión posnatal.

Discusión

Encontramos una prevalencia general de 32.6 % de depresión posnatal en mujeres en Durango. Esta prevalencia es una de las más altas informadas en el mundo. Nuestra prevalencia es superior a las indicadas para mujeres de Estados Unidos (11.7 a 20.4 %),¹⁴ América del sur (20.7 %),¹⁵ Europa (6.1 a 16.8 %)^{17,18} y África (13.2 %).¹³ La mayor prevalencia de depresión posnatal en mujeres en Durango que la reportada en otros lugares, pudiera explicarse por diferencias en el tipo y frecuencia de los factores de riesgo para la depresión entre los países. Un importante factor sociodemográfico fue la baja educación. Encontramos una frecuencia significativamente mayor de depresión posnatal en mujeres con hasta seis años de educación que en aquellas con más

de seis años de educación ($p = 0.009$). Este factor ha sido previamente descrito como asociado con la prevalencia y la gravedad de la depresión,^{14,18,19} y nuestros resultados lo confirman adicionalmente como un factor contribuyente para la depresión posnatal. Otro factor importante para depresión en nuestro estudio fue el bajo ingreso económico. En varios estudios, este factor se ha asociado con la prevalencia y gravedad de la depresión posnatal.¹⁵⁻²⁰ Nuestra población pertenecía a un nivel socioeconómico bajo y estudiamos este sector porque es el más grande en Durango.

También encontramos que las mujeres con más de tres años de vivir con su pareja mostraron una frecuencia significativamente mayor de depresión posnatal que las mujeres con una relación más corta ($p = 0.03$). Esta asociación es inesperada si consideramos que las mujeres con varios años

Cuadro I. Características sociodemográficas y prevalencia de depresión en las mujeres estudiadas

Característica	Mujeres residentes						Todas las mujeres		
	Área urbana			Áreas rurales					
	Mujeres estudiadas ^a	n	Prevalencia depresión %	Mujeres estudiadas ^a	n	Prevalencia depresión %	Mujeres estudiadas ^a	n	Prevalencia depresión %
Edad (años)									
20 o menos	28	9	32.1	26	9	34.6	54	18	33.3
21-30	46	12	26.1	39	13	33.3	85	25	29.4
> 30	13	2	15.4	20	11	55.0	33	13	39.4
Ocupación									
No trabajadora ^b	90	25	27.8	75	29	38.7	165	54	32.7
Trabajadora ^c	3	0	0.0	10	4	40.0	13	4	30.8
Educación									
Hasta 6 años	18	5	27.8	27	17	63.0 ^e	45	22	48.9 ^e
> 6 años	71	19	26.8	56	16	28.6	127	35	27.6
Estado civil									
Unión libre	39	8	20.5	38	14	36.8	77	22	28.6
Casada	31	9	29.0	37	12	32.4	68	21	30.9
Soltera	22	8	36.4	8	5	62.5	30	13	43.3
Divorciada	1	0	0.0	1	1	100.0	2	1	50.0
Edad al casarse									
20 o menos	45	10	22.2	47	19	40.4	92	29	31.5
21-30	25	7	28.0	25	10	40.0	50	17	34.0
> 30	3	0	0.0	3	1	33.3	6	1	16.7
Años con la pareja									
Hasta 3	40	8	20.0	42	12	28.6	82	20	24.4
> 3	29	8	27.6	33	18	54.5 ^f	62	26	41.9 ^f
Religión									
Católica	79	20	25.3	84	33	39.3	163	53	32.5
Otra ^d	13	5	38.5	0	0	0.0	13	5	38.5
Posesión de seguro									
Asegurada	50	14	28.0	50	15	30.0	100	29	29.0
No asegurada	41	10	24.4	35	18	51.4 ^g	76	28	36.8

^aEn algunas mujeres faltaron datos.

^bNo trabajadora = ninguna ocupación, estudiante o ama de casa.

^cTrabajadora = empleada, profesional u otra.

^dOtra = evangelista, testigo de Jehová, musulmán, cristiana.

^eSignificativamente más alta en mujeres con educación más baja que en aquellas con mayor educación ($p < 0.01$).

^fSignificativamente más alta en mujeres con > 3 años que las de hasta 3 años con su pareja ($p < 0.05$).

^gSignificativamente más alta en mujeres no aseguradas que en mujeres aseguradas ($p < 0.05$).

Cuadro II. Análisis bivariado de las características clínicas y depresión en las mujeres estudiadas

Característica	Mujeres residentes								Todas las mujeres			
	Área urbana				Áreas rurales							
	Mujeres estudiadas ^a	Prevalencia depresión		p	Mujeres estudiadas ^a	Prevalencia depresión		p	Mujeres estudiadas ^a	Prevalencia depresión		p
n	%	n	%		n	%						
Número embarazos												
1	39	11	28.2	0.49	30	9	30.0	0.28	69	20	29.0	0.25
2-3	39	8	20.5		36	15	41.7		75	23	30.7	
> 3	14	5	35.7		17	9	52.9		31	14	45.2	
Número partos												
0	37	6	16.2	0.16	25	9	36.0	0.47	62	15	24.2	0.13
1	30	10	33.3		28	9	32.1		58	19	32.8	
>1	26	9	34.6		32	15	46.9		58	24	41.4	
Número cesáreas												
0	49	19	38.8	0.01	43	16	37.2	0.07	92	35	38.0	0.12
1	30	5	16.7		28	8	28.6		58	13	22.4	
> 1	14	1	7.1		14	9	64.3		28	10	35.7	
Número abortos												
0	75	20	26.7	0.89	76	28	36.8	0.34	151	48	31.8	0.84
1	13	4	30.8		8	4	50.0		21	8	38.1	
> 1	5	1	20.0		1	1	100.0		6	2	33.3	
Número mortinatos												
0	92	24	26.1	0.26	82	32	39.0	0.84	174	56	32.2	0.59
1	1	1	100.0		3	1	33.3		4	2	50.0	
Semanas posparto												
1 a 4	45	7	15.6	0.06	50	23	46.0	0.28	95	30	31.6	0.81
5 a 9	34	13	38.2		22	7	31.8		56	20	35.7	
> 9	12	4	33.3		12	3	25.0		24	7	29.2	
Modo de parto												
Vaginal	51	18	35.3	0.05	46	17	37.0	0.70	97	35	36.1	0.30
Cesárea	41	7	17.1		39	16	41.0		80	23	28.8	
Distocia												
Sí	20	7	35.0	0.39	26	12	46.2	0.28	46	19	41.3	0.13
No	71	18	25.4		56	19	33.9		127	37	29.1	
Presencia de alguna enfermedad												
Sí	18	7	38.9	0.24	13	7	53.8	0.35	31	14	45.2	0.10
No	75	18	24.0		72	26	36.1		147	44	29.9	
Lactancia actual												
Sí	77	22	28.6	0.75	68	24	35.3	0.27	145	46	31.7	0.68
No	15	3	20.0		16	8	50.0		31	11	35.5	
Depresión alguna vez												
Sí	54	20	37.0	0.009	39	24	61.5	<0.0001	93	44	47.3	<0.0001
No	39	5	12.8		46	9	19.6		85	14	16.5	
Antecedente de depresión posnatal												
Sí	25	15	60.0	<0.0001	25	13	52.0	0.08	50	28	56.0	<0.0001
No	66	9	13.6		56	18	32.1		122	27	22.1	
Depresión durante el último embarazo												
Sí	31	17	54.8	<0.0001	31	20	64.5	<0.001	62	37	59.7	<0.0001
No	60	7	11.7		54	13	24.1		114	20	17.5	
Ansiedad durante el último embarazo												
Sí	42	18	42.9	0.001	38	22	57.9	0.001	80	40	50.0	<0.0001
No	50	6	12.0		47	11	23.4		97	17	17.5	

^aEn algunas mujeres faltaron datos.

Cuadro II. (continuación)

Característica	Mujeres residentes											
	Área urbana				Áreas rurales				Todas las mujeres			
	Mujeres estudiadas ^a	Prevalencia depresión		<i>p</i>	Mujeres estudiadas ^a	Prevalencia depresión		<i>p</i>	Mujeres estudiadas ^a	Prevalencia depresión		<i>p</i>
n	%	n	%		n	%						
Estrés durante el último embarazo												
Sí	45	19	42.2	0.001	40	22	55.0	0.002	85	41	48.5	<0.0001
No	47	5	10.6		44	10	22.7		91	15	16.5	
Estrés después del último embarazo												
Sí	22	12	54.5	0.001	29	19	65.5	<0.001	51	31	60.8	<0.0001
No	70	12	17.1		56	14	25.0		126	26	20.6	
Tabaquismo												
Sí	6	2	33.3	0.65	0		0.0	-	6	2	33.3	0.97
No	87	23	26.4		84	33	39.3		171	56	32.7	
Consumo de alcohol												
Sí	3	1	33.3	0.79	2	1	50.0	0.74	5	2	40.0	0.72
No	90	24	26.7		83	32	38.6		173	56	32.4	
Peso del recién nacido												
Bajo	18	5	27.8	0.76	11	5	45.5	0.81	29	10	34.5	0.91
Normal	65	17	26.2		66	24	36.4		131	41	31.3	
Alto	7	1	14.3		7	3	42.9		14	4	28.6	
Estado de salud del niño en o después del nacimiento												
Vivo ^b	90	23	25.6	0.17	83	31	37.3	0.14	173	54	31.2	0.02
Muerto	3	2	66.7		2	2	100.0		5	4	80.0	

^aEn algunas mujeres faltaron datos.

^bSano o enfermo.

de relación de pareja pudieran sentir mayor seguridad y estabilidad emocional que las que tienen pocos años. Sin embargo, las preocupaciones financieras o problemas con la pareja podrían explicar esta diferencia. Las familias con más de tres años de duración pueden tener más necesidades financieras y quizás más conflictos que aquellas con una duración menor. Esta característica ha sido escasamente explorada en estudios epidemiológicos y merece ser considerada en nuevas investigaciones.

Si bien la corta edad materna se ha asociado con depresión posnatal en diversas investigaciones,^{14,18,19,21} en nuestro estudio no hubo diferencia significativa en la prevalencia de depresión entre las mujeres de 20 años o menores, y las mujeres de más de 20 años de edad. El factor de posesión de un seguro de salud impactó solo a las mujeres rurales. En este grupo, las mujeres no aseguradas mostraron una prevalencia significativamente más alta de depresión que las mujeres aseguradas ($p = 0.04$).

La falta de seguro médico se ha correlacionado significativamente con puntuaciones altas en el EPDS,²⁴ y nuestros resultados confirman adicionalmente que este factor contribuye a la depresión posnatal. El estado civil de soltera se ha asociado con la depresión en estudios anteriores.³⁵⁻³⁷ Sin embargo, no encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de depresión entre las mujeres solteras y las mujeres con otros estados civiles. Del mismo modo, no observamos ninguna diferencia significativa en la

prevalencia al analizar otras características sociodemográficas como la ocupación, la edad al contraer matrimonio, lugar de nacimiento y de residencia, y la religión.

Respecto a la sensibilidad del EPDS, los puntos de corte usados permiten identificar 75 % de los casos de depresión; 25 % restante pudiera escapar a la detección y no se descarta que una mujer sin depresión al momento de la evaluación se torne deprimida después del periodo posparto explorado. Esto ciertamente incrementaría la prevalencia. Respecto a la especificidad del EPDS, los puntos de cortes usados permiten tener una tasa de falsos positivos menor a 17 %. Sin embargo, la evaluación clínica dio validez a la detección por el EPDS al confirmarse el diagnóstico de depresión en todos los casos, aumentando así la especificidad a 100 %.

El análisis multivariado mostró que la mayoría de los factores estadísticamente significativos para la depresión posnatal en las mujeres en este estudio fueron los que ocurrieron antes del nacimiento. Esto suma importancia a los esfuerzos de enfocar las intervenciones preventivas durante el embarazo para disminuir la frecuencia de depresión posparto.³⁸ Encontramos que haber tenido alguna vez depresión, antecedente de depresión posnatal, depresión durante el último embarazo, ansiedad durante el embarazo, estrés durante el último embarazo y después del último parto o cesárea, y haber tenido alguna vez trauma, se asociaron con depresión posnatal. Estos resultados confirman los encontrados en otros estudios donde una depresión previa,

Cuadro III. Análisis bivariado de las características psicosociales y depresión en las mujeres estudiadas

Característica	Mujeres residentes											
	Área urbana				Áreas rurales				Todas las mujeres			
	Mujeres estudiadas ^a	Prevalencia depresión		<i>p</i>	Mujeres estudiadas ^a	Prevalencia depresión		<i>p</i>	Mujeres estudiadas ^a	Prevalencia depresión		<i>p</i>
	n	%			n	%			n	%		
Embarazo no deseado												
Sí	11	6	54.5	0.03	20	10	50.0	0.24	31	16	51.6	0.01
No	81	18	22.2		65	23	35.4		146	41	28.5	
Primer niño												
Sí	46	14	30.4	0.44	34	10	29.4	0.14	80	24	30.0	0.50
No	47	11	23.4		51	23	45.1		9	34	34.7	
Felicidad por el sexo del bebé												
Sí	89	25	28.1	0.37	81	31	38.3	0.86	170	56	32.9	0.54
No	2	0	0.0		3	1	33.3		5	1	20.0	
Satisfacción con la imagen corporal materna												
Sí	63	14	22.2	0.11	72	27	37.5	0.55	135	41	30.4	0.22
No	29	11	37.9		13	6	46.2		42	17	40.5	
Alguna razón para deprimirse												
Sí	23	13	56.5	<0.001	22	17	77.3	<0.0001	45	30	66.7	<0.0001
No	70	12	17.1		63	16	25.4		133	28	21.1	
Antecedente de trauma												
Sí	11	5	45.5	0.15	13	9	69.2	0.01	24	14	58.3	0.003
No	80	19	23.8		68	23	33.8		148	42	28.4	
Separación de sus padres en la niñez o adolescencia												
Sí	27	8	29.6	0.61	20	10	50.0	0.24	47	18	38.3	0.29
No	65	16	24.6		65	23	35.4		130	39	30.0	
Apoyo de otra gente												
Sí	73	20	27.4	0.77	69	28	40.6	0.49	142	48	33.8	0.35
No	19	4	21.1		16	5	31.3		35	9	25.7	
Problemas con parientes												
Sí	15	6	40.0	0.21	10	8	80.0	0.01	25	14	56.0	0.007
No	78	19	24.4		75	25	33.3		153	44	28.8	
Vivir sin la pareja												
Sí	18	5	27.8	0.70	13	10	76.9	0.002	31	15	48.4	0.02
No	64	15	23.4		70	22	31.4		134	37	26.6	
Mala relación con la pareja												
Sí	11	7	63.6	0.004	13	9	69.2	0.01	24	16	66.7	<0.0001
No	70	13	18.6		70	23	32.9		140	36	25.7	
Abandono por la pareja												
Sí	29	10	18.9	0.11	17	13	76.5	<0.001	46	23	50.0	0.001
No	53	10	34.5		66	19	28.8		119	29	24.4	
Pareja en el extranjero												
Sí	16	3	18.8	0.53	13	5	38.5	0.95	29	8	27.6	0.63
No	65	17	26.2		69	26	37.7		134	43	32.1	
Mala relación con su suegra												
Sí	18	5	27.8	0.75	28	10	35.7	0.70	46	15	32.8	0.88
No	66	16	24.2		55	22	40.0		121	38	31.4	
Problemas financieros												
Sí	38	12	31.6	0.39	42	22	52.4	0.01	80	34	42.5	0.01
No	55	13	23.6		43	11	25.6		98	24	24.5	
Satisfacción con su escolaridad												
Sí	47	11	23.4	0.44	47	15	31.9	0.14	94	26	27.7	0.13
No	46	14	30.4		38	18	47.4		84	32	38.1	
Apoyo social												
Sí	18	5	27.8	0.85	24	8	33.3	0.51	42	13	31.0	0.84
No	74	19	25.7		61	25	41.0		135	44	32.6	

^aEn algunas mujeres faltaron datos.

Cuadro IV. Análisis multivariado de una selección de características y depresión en las mujeres estudiadas

Característica ^a	Mujeres residentes						Todas las mujeres		
	Área urbana			Áreas rurales			Todas las mujeres		
	Razón de momios ajustada ^b	Intervalo de confianza de 95 %	<i>p</i>	Razón de momios ajustada ^b	Intervalo de confianza de 95 %	<i>p</i>	Razón de momios ajustada ^b	Intervalo de confianza de 95 %	<i>p</i>
• Número de embarazos									
1	1			1			1		
2-3	1.09	0.24 - 4.84	0.90	0.79	0.20 - 3.16	0.74	0.97	0.37 - 2.52	0.95
> 3	3.89	0.51 - 29.61	0.18	0.86	0.15 - 4.68	0.86	1.35	0.40 - 4.56	0.62
• Distocia	2.46	0.69 - 8.75	0.16	1.32	0.41 - 4.27	0.64	1.99	0.88 - 4.51	0.09
• Presencia de alguna enfermedad	1.99	0.53 - 7.45	0.30	1.60	0.40 - 6.36	0.50	1.61	0.65 - 3.93	0.29
• Haber tenido depresión alguna vez	7.76	1.50 - 40.07	0.01	11.53	3.0 - 44.31	<0.001	7.12	2.85 - 17.7	<0.001
• Antecedente de depresión posnatal	25.94	3.87 - 173.6	0.001	2.71	0.82 - 8.92	0.10	6.80	2.64 - 17.60	<0.001
• Depresión durante el último embarazo	18.39	3.98 - 84.99	<0.001	4.63	1.49 - 14.37	0.008	7.96	3.47 - 18.24	<0.001
• Ansiedad durante el último embarazo	8.95	2.16 - 36.98	0.002	5.19	1.63 - 16.55	0.005	6.86	2.93 - 16.04	<0.001
• Estrés durante el último parto	15.58	2.77 - 87.37	0.002	6.18	1.83 - 20.86	0.003	7.71	3.14 - 18.92	<0.001
• Estrés después del último embarazo	8.62	1.99 - 37.28	0.004	4.41	1.41 - 13.75	0.01	5.80	2.53 - 13.30	<0.001
• Niño muerto en o después del nacimiento	-	-	-	-	-	-	3.06	0.23 - 39.49	0.39
• Embarazo no deseado	9.10	1.09 - 76.73	0.04	2.09	0.61 - 7.15	0.23	2.39	0.94 - 6.11	0.06
• Alguna razón para deprimirse	3.05	0.81 - 11.40	0.09	5.33	1.49 - 18.96	0.01	4.67	1.98 - 11.05	<0.001
• Antecedente de trauma	2.57	0.48 - 13.56	0.26	5.08	1.15 - 22.38	0.03	3.56	1.24 - 10.23	0.01
• Problemas con parientes	2.10	0.46 - 9.48	0.33	17.86	1.74 - 182.9	0.01	2.77	0.97 - 7.91	0.05
• Vivir sin la pareja	0.63	0.11 - 3.41	0.59	12.05	1.24 - 116.61	0.03	2.04	0.74 - 5.60	0.16
• Mala relación con la pareja	6.05	1.00 - 36.38	0.04	10.75	1.17 - 98.45	0.03	7.03	2.05 - 24.10	0.002
• Abandono por la pareja	2.51	0.74 - 8.54	0.14	25.45	2.85 - 226.97	0.004	3.35	1.46 - 7.66	0.004
• Problemas financieros	1.22	0.35 - 4.14	0.75	2.26	0.72 - 7.03	0.15	1.96	0.89 - 4.31	0.09

^aLas variables incluidas fueron las que obtuvieron un valor de *p* < 0.25 en el análisis bivariado.

^bAjustada por edad, educación, estado civil, y tiempo de vivir con la pareja.

depresión durante el embarazo,^{5,24,35,39} ansiedad,^{8,39} estrés,^{5,8} y las experiencias traumáticas,^{4,16} han sido asociados con depresión posnatal. En esta investigación, además, una mala relación con la pareja estuvo asociada con depresión. Este resultado confirma lo informado en otros estudios.^{16,17}

Aunque la mayoría de los factores contribuyentes para depresión se encontraron igualmente en mujeres urbanas y rurales, hubo diferencias entre ellas. El embarazo no deseado se asoció con depresión solamente en las mujeres urbanas en este estudio; este factor ha sido señalado anteriormente.⁴⁰ Mientras que problemas familiares y no vivir con la pareja se asociaron con depresión solamente en las mujeres rurales. Más conflictos familiares se han asociado con una tasa incrementada de síntomas depresivos en madres adolescentes durante el primer año posparto.⁴¹ La asociación de vivir sin la pareja y la depresión encontrada en nuestro estudio entra en conflicto con lo que se identificó en otro estudio en el cual las mujeres que vivían con sus parejas

tenían riesgo de tener una calificación > 12 en el EPDS en el posparto.²¹ El abandono por la pareja fue un factor importante asociado con la depresión, principalmente en las mujeres rurales en nuestro estudio. Hasta donde sabemos, la asociación de la depresión posnatal con el abandono por la pareja no ha sido reseñada. Otros factores conocidos asociados a la depresión posnatal como el sexo del niño^{7,22} y los problemas financieros⁸ no mostraron asociación con depresión en este estudio. Es necesario aclarar que de acuerdo con el diseño de estudio, las asociaciones fueron contribuyentes más no causales. Son necesarios estudios adicionales para dilucidar la causalidad de las asociaciones.

Concluimos que la prevalencia de depresión posnatal en mujeres en Durango, México, es alta en comparación con las señaladas en otros países; diversos factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales contribuyeron para la depresión; la mayoría ocurrió antes del nacimiento y los resultados pueden ser de utilidad en el diseño de intervenciones tempranas para evitar la depresión posnatal.

Referencias

1. Leahy-Warren P, McCarthy G. Postnatal depression: prevalence, mothers' perspectives, and treatments. *Arch Psychiatr Nurs* 2007;21:91-100.
2. Scrandis DA, Sheikh TM, Niazi R, Tonelli LH, Postolache TT. Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. *ScientificWorldJournal* 2007;7:1670-1682.
3. Lee DT, Chung TK. Postnatal depression: an update. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21:183-191.
4. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:805-815.
5. Ho-Yen SD, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:291-297.
6. Hoffbrand S, Howard L, Crawley H. Antidepressant drug treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; CD002018.
7. de Tychev C, Briançon S, Lighizzolo J, Spitz E, Kabuth B, de Luigi V, et al. Quality of life, postnatal depression and baby gender. *J Clin Nurs* 2008;17:312-322.
8. Horwitz SM, Briggs-Gowan MJ, Storfer-Isser A, Carter AS. Prevalence, correlates, and persistence of maternal depression. *J Women Health* 2007;16:678-691.
9. Kauppi A, Kumpulainen K, Vanamo T, Merikanto J, Karkola K. Maternal depression and filicide-case study of ten mothers. *Arch Women Ment Health* 2008;11:201-206.
10. Taguchi H. Maternal filicide in Japan: analyses of 96 cases and future directions for Prevention. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2007;109:110-127.
11. Edge D. Ethnicity, psychosocial risk, and perinatal depression-a comparative study among inner-city women in the United Kingdom. *J Psychosom Res* 2007;63:291-295.
12. Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth* 2006;33:323-331.
13. Masmoudi J, Tabeti S, Charfeddine F, Ben Ayed B, Guermazzi M, Jaoua A. Study of the prevalence of postpartum depression among 213 Tunisian parturients. *Gynecol Obstet Fertil* 2008;36:782-787.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of self-reported postpartum depressive symptoms-17 states, 2004-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2008;57:361-366.
15. Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello ED. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry* 2008; 8:1.
16. Dindar I, Erdogan S. Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample. *Public Health Nurs* 2007;24:176-183.
17. Gulseren L, Erol A, Gulseren S, Kuey L, Kilic B, Ergor G. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reprod Med* 2006;51:955-960.
18. Reck C, Struben K, Backenstrass M, Stefanelli U, Reinig K, Fuchs T, et al. Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:459-468.
19. Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007;36:542-549.
20. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Stuart S. The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:316-321.
21. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Women Ment Health* 2007;10:103-109.
22. Xie RH, He G, Liu A, Bradwejn J, Walker M, Wen SW. Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women. *Soc Sci Med* 2007;65:680-684.
23. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-786.
24. Schaper AM, Rooney BL, Kay NR, Silva PD. Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *J Reprod Med* 1994;39:620-624.
25. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NM, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Women Ment Health* 2005;8:89-95.
26. Aydin N, Inandi T, Yigit A, Hodoglugil NN. Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:483-486.
27. Berle JO, Aarre TF, Mykletun A, Dahl AA, Holsten F. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *J Affect Disord* 2003;76:151-156.
28. García-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord* 2003;75:71-76.
29. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tams K, Schei B, Opjordsmoen S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation in a Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry* 2001;55:113-117.
30. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez A, Salas-Martínez C, Martínez-García S. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a population of puerperal women in Mexico. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006;2:33.
31. Pichot P, López-Ibor Aliño JJ, Valdés-Miyar M. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España: Masson; 1995.
32. Lawrie TA, Hofmeyr GJ, de Jager M, Berk M. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a cohort of South African women. *S Afr Med J* 1998;88:1340-1344.
33. Regmi S, Sligl W, Carter D, Grut W, Seear M. A controlled study of postpartum depression among Nepalese women: validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in Kathmandu. *Trop Med Int Health* 2002;7:378-382.
34. Agoub M, Moussaoui D, Battas O. Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Arch Women Ment Health* 2005;8:37-43.
35. Bjerke SE, Vangen S, Nordhagen R, Ytterdahl T, Magnus P, Stray-Pedersen B. Postpartum depression among Pakistani women in Norway: prevalence and risk factors. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2008;21:889-894.
36. Beck CT, Froman RD, Bernal H. Acculturation level and postpartum depression in Hispanic mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2005;30:299-304.
37. Le HN, Lara MA, Perry DF. Recruiting Latino women in the U. S. and women in Mexico in postpartum depression prevention research. *Arch Women Ment Health* 2008;11:159-169.
38. Bryan TL, Georgiopoulos AM, Harms RW, Huxsahl JE, Larson DR, Yawn BP. Incidence of postpartum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retrospective study. *J Reprod Med* 1999;44:351-358.
39. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007;110:1102-1112.
40. Csator dai S, Kozinszky Z, Devosa I, Tóth E, Krajcsi A, Sefcsik T, Pál A. Obstetric and sociodemographic risk of vulnerability to postnatal depression. *Patient Educ Couns* 2007;67:84-92.
41. Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *J Pediatr Health Care* 2007;21:289-298.