

Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D

Ma. Asunción Lara,¹ Laura Navarrete¹

Artículo original

SUMMARY

Prenatal depressive symptoms, due to their high prevalence (22% to 37%) and negative consequences on the health of the mother, the baby and the course of pregnancy, require early detection to provide support and treatment. The CES-D is a scale to identify symptoms of depression that is easy and quick to apply and has adequate validity among expectant mothers. The purpose of the study was to analyze the validity and reliability of the CES-D in pregnant Mexican women, as well as its sensitivity, specificity and predictive values using the SCID as the gold standard.

Method

The study was based on the secondary analysis of data. A sample of 98 pregnant women attending antenatal care in health center was selected because they displayed depressive symptoms or previous depression.

Results

The internal consistency of the CES-D was $\alpha=0.81$. Factor analysis, which assessed the construct validity, yielded four interpretable factors (depressive affect, lack of energy/somatic symptoms, interpersonal relationships and positive affect), which accounted for 49.10% of the variance. The ROC curve analyses, showed an AUC of 0.81; for a cut-off point of ≥ 16 , showed 100% sensitivity and 19.6% specificity; and sensitivity of 80.0% and specificity of 76.1% for a ≥ 28 cut-off point.

Conclusions

The CES-D showed excellent internal and construct validity in Mexican pregnant women and appeared to be a suitable tool for detecting depressive symptoms—a requisite for implementing preventive actions. However, it was less accurate, but still acceptable, when diagnosing major depression according to DSM-IV criteria with a score of ≥ 28 .

Key words: Pregnancy depression, postpartum depression, screening, CES-D, depressive symptoms.

RESUMEN

La sintomatología depresiva prenatal, por su alta prevalencia (22% a 37%) y consecuencias negativas sobre la salud de la madre, el producto y el curso del embarazo, requiere de detección oportuna para proporcionar apoyo y tratamiento adecuados. La CES-D es una escala para identificar síntomas de depresión, de fácil y rápida aplicación y con validez adecuada en gestantes. El objetivo del trabajo fue analizar la validez y confiabilidad de la CES-D en mujeres mexicanas embarazadas, así como la sensibilidad, especificidad y valores predictivos usando el SCID como estándar de oro.

Método

El estudio se basó en un análisis secundario de datos. Se obtuvo una muestra de 98 mujeres embarazadas en la sala de espera de un centro de salud que proporcionaba atención prenatal. Fueron seleccionadas por presentar sintomatología depresiva (CES-D ≥ 16) o historia de depresión.

Resultados

La consistencia interna de la CES-D fue de $\alpha=0.81$. El análisis factorial, que valoró la validez de constructo, mostró que cuatro factores pudieron ser interpretados (*afecto depresivo, falta de energía/síntomas somáticos, relaciones interpersonales y afecto positivo*), que explicaron 49.10% de la varianza. En el análisis de la curva COR, se obtuvo un ABC de 0.81; para punto de corte ≥ 16 , mostró 100% de sensibilidad y 20.9% de especificidad y para la puntuación ≥ 28 , sensibilidad de 80.0% y especificidad de 76.1%.

Conclusiones

Se encontró que la CES-D tiene excelente validez interna y de constructo en gestantes mexicanas y que es una herramienta adecuada para la detección de sintomatología depresiva (CES-D ≥ 16)—requisito indispensable para instrumentar acciones preventivas—, sin embargo fue menos precisa, aunque adecuada para diagnosticar depresión mayor según criterios del DSM-IV aun en el punto de corte más parsimonioso (≥ 28).

Palabras clave: Depresión en el embarazo, depresión posparto, detección, CES-D, síntomas de depresión.

¹ Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Correspondencia: Ma. Asunción Lara. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México D.F. E-mail: laracan@imp.edu.mx

INTRODUCCIÓN

Cada día se reconoce y atiende más la depresión postnatal como un problema de salud pública, mientras que la depresión durante el embarazo, que es muy común, ha recibido menos atención.¹ Por lo general se presenta de manera inesperada en un periodo de la vida en el que la mujer debería experimentar gran alegría. Padecen depresión mayor durante la gestación de 2% a 21% y hasta 38% entre quienes tienen bajo nivel socioeconómico, y sintomatología depresiva, de 8% a 31%, y entre los menos favorecidos de 20% a 51%.² En México los síntomas de depresión se observan en 22% a 37% de las gestantes.³⁻⁵

Cuando la mujer padece de algún trastorno mental durante el embarazo, como la depresión, su habilidad para responder a las demandas de la maternidad se ve disminuida. Bennett et al.² concluyen que ésta lleva a malos hábitos de alimentación, falta de adherencia a los cuidados prenatales y conductas de riesgo como consumo de sustancias y tabaco, las cuales se asocian con partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer. La depresión gestacional también incrementa el riesgo de padecer depresión posparto,⁶ la cual tiene consecuencias graves sobre la madre y el infante.⁷⁻¹¹

Uno de los primeros pasos para atender la depresión perinatal y reducir los riesgos de salud física y emocional asociados a ésta, es detectarla durante los primeros meses de gestación. Entre los instrumentos más utilizados para ello se encuentra la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés),¹² que consiste en una escala de autorreporte para encontrar sintomatología depresiva en la población general. Consta de 20 reactivos que se califican en una escala de 0 a 3, de acuerdo a su ocurrencia los últimos siete días. La sumatoria de los ítems va de 0 a 60 y las puntuaciones ≥ 16 se consideran un indicador de síntomas de depresión.¹² Su consistencia interna en comunidad es excelente ($\alpha=0.84-0.90$).¹² Datos similares se informan en diversos países y en México también se ha visto que su validez es muy adecuada: en población rural se observa un coeficiente de 0.92¹³ y en indígenas, de 0.91.¹⁴

Los síntomas de depresión que se miden por medio de instrumentos como la CES-D no deben confundirse con el diagnóstico de depresión (mayor o menor). Este diagnóstico se determina a partir de criterios establecidos sobre la base de una constelación de síntomas de cierta gravedad, que aparecen durante un tiempo determinado (dos semanas), en donde se descartan factores que puedan no ser parte del trastorno, como el duelo normal y los factores orgánicos.¹⁵ Por su parte, la presencia de sintomatología depresiva por medio de escalas de autorreporte (como la CES-D), se estipula a partir de la puntuación arriba del estándar (≥ 16), la cual se puede obtener a partir de distintas combinaciones de síntomas, por ejemplo de la manifestación de muchos síntomas con baja intensidad o de unos cuantos

con elevada frecuencia, lo que puede resultar en que los casos detectados correspondan a distintos síndromes. Con base en este argumento, Fechner-Bates et al.,¹⁶ entre otros autores, consideran que es esencial reconocer la diferencia entre la depresión, el trastorno con significado clínico y la sintomatología depresiva significativa: señal de *distrés*, malestar emocional o de síntomas de depresión, que en algunos casos coincide con un diagnóstico de depresión clínica. Típicamente, los síntomas de depresión o malestar emocional son entre dos y seis veces más frecuentes que los del diagnóstico de depresión.¹⁶

La relación entre sintomatología depresiva y diagnóstico clínico de depresión se expresa en términos de sensibilidad y especificidad. La sensibilidad se entiende como la proporción de personas que califica arriba de un punto de corte en una escala de autorreporte, que también tiene un diagnóstico de depresión; mientras que la especificidad es la proporción de individuos debajo del punto de corte, que no tiene dicho diagnóstico. En su revisión de la literatura especializada, Fechner-Bates et al.¹⁶ encuentran que la CES-D (≥ 16) muestra niveles de sensibilidad que van de 60% a 96%, mientras que los niveles de especificidad son de apenas 50%. En su propio estudio, con pacientes que asisten a servicios de medicina familiar, los autores observaron que la validez predictiva de la CES-D, al compararla con el diagnóstico de depresión (obtenido por medio de la Entrevista Clínica Estructurada SCID, por sus siglas en inglés)¹⁷ mostró sensibilidad de 79.5% y de especificidad de 71.1% y valor predictivo positivo de 27.9%.

Son escasos los estudios sobre las propiedades psicométricas de la CES-D en población de embarazadas. Su confiabilidad en preñadas afroamericanas ($N=32$), se estimó en 0.86¹⁸ y en población «hispana» en los Estados Unidos, en 0.86 y 0.88.¹⁹ Respecto a su validez predictiva, Tandon et al.¹⁸ analizaron las curvas COR (Característica Operativa del Receptor) usando como estándar la SCID y obtuvieron un valor AUC (área bajo la curva) de 0.9 y un punto de corte óptimo de ≥ 22 , el cual mostró nivel de sensibilidad de 85.7% y especificidad de 88%. Con el punto de corte estándar (≥ 16) la sensibilidad fue 100% y la especificidad 65.1%. Chen et al.,³ por su parte, aplicaron una versión reducida de 10 ítems de la CES-D y punto de corte de 4, a embarazadas asiáticas ($N=500$). Con la SCID, como prueba de comparación, encontraron un ABC de 95%, sensibilidad de 88.9%, especificidad de 100%.

Como se mencionó más arriba, la depresión durante la gestación es un problema de salud pública tanto por su prevalencia como por sus efectos en la salud de la madre y el desarrollo del embarazo y es también un factor importante de riesgo de depresión postnatal.^{2,20} Su detección temprana es necesaria para proporcionar el apoyo requerido a la madre o para su referencia al tratamiento adecuado. Estas medidas pueden llevar a reducir la discapacidad asociada a dicho trastorno.²⁰ Para este fin, la CES-D es una

escala de detección recomendable por ser de fácil y rápida aplicación y no requerir de profesionales para ello; por otra parte, su validez, en población de gestantes, es muy adecuada. El objetivo de este estudio es analizar la validez y la confiabilidad de la CES-D en mujeres mexicanas embarazadas, así como la sensibilidad y la especificidad, usando la SCID¹⁹ como estándar de oro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra

Este estudio se basa en un análisis secundario de datos obtenidos como parte de una investigación para evaluar una intervención psicoeducativa para prevenir la depresión posparto.²¹ Se obtuvo una muestra de conveniencia de 98 mujeres embarazadas de entre quienes asistían a atención prenatal a un centro de atención primaria a la salud de la Ciudad de México, que provee atención prenatal.

Los criterios de inclusión fueron: tener 18 años de edad o más; hasta 26 semanas de embarazo, haber completado la educación primaria y no presentar un posible trastorno bipolar o abuso de sustancias. Uno de los criterios de inclusión también fue referir sintomatología depresiva (CES-D ≥ 16) y/o historia previa de depresión, con lo que todas las mujeres de la muestra presentaban algún grado de sintomatología depresiva. Los instrumentos fueron aplicados por medio de entrevistas realizadas por asistentes de investigación que eran psicólogas y que recibieron amplia capacitación. Las 98 mujeres respondieron a la CES-D, pero sólo a 82 se les aplicó la SCID. Quienes satisficieron dichos criterios y aceptaron participar firmaron una carta de consentimiento informado. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Instrumentos

La *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos* (CES-D por sus siglas en inglés: Center for Epidemiological Studies Depression-Scale),¹² es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar sintomatología depresiva en población general; consta de 20 reactivos en los que se pregunta cuántos días durante la última semana se experimentó una serie de síntomas depresivos. Ha sido utilizado en estudios anteriores en mujeres embarazadas.^{4,5}

La Entrevista Clínica Estructurada (SCID, por sus siglas en inglés: Structured Clinical Interview)¹⁹ es una entrevista semiestructurada para establecer los diagnósticos más importantes del Eje 1 del DSM-IV. En el estudio se utilizó el módulo de estado de ánimo del SCID para el diagnóstico de depresión mayor. Es un instrumento utilizado internacionalmente, incluyendo a mujeres mexicanas.²²

Análisis de resultados

Se calcularon el coeficiente alpha de Chronbach para evaluar la consistencia interna y los análisis factoriales para evaluar la validez de constructo. Estos análisis se hicieron sobre los 98 sujetos de la muestra. Para evaluar la validez predictiva se construyeron curvas COR (Característica Operativa del Receptor), con base en 82 participantes, mismas que respondieron ambos instrumentos. Los análisis se realizaron por medio del programa estadístico SPSS versión 17.

RESULTADOS

Características de la muestra y de los instrumentos

Las participantes tenían una media de edad de 24.1 (DS=5.0) años, 10.4 (DS=2.3) años de escolaridad e ingreso mensual familiar de \$3,371 (DS=2,463) pesos; 76.4% tenía pareja y 38.8% eran primíparas.

La media de la CES-D fue de 24.13 (DS=5.02). Los datos de cada reactivo se presentan en el cuadro 1. Como puede observarse, los reactivos con medias más elevadas fueron: *se sintió deprimida, se sintió triste, no durmió bien, no*

Cuadro 1. Características de la CES-D en mujeres embarazadas

Reactivos	X	DS
1. ¿Le molestaron muchas cosas que generalmente no le molestan?	1.37	(1.09)
2. ¿No se sintió con ganas de comer o no tuvo apetito?	1.42	(1.19)
3. ¿Sintió que no podía dejar de estar triste?	1.24	(1.12)
4. ¿Se sintió tan buena gente como los demás?	1.38	(1.19)
5. ¿Tuvo dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo?	0.99	(1.09)
6. ¿Se sintió deprimida?	1.76	(0.99)
7. ¿Le costó mucho trabajo hacer cualquier cosa?	1.29	(1.22)
8. ¿Sintió que las cosas pueden mejorar?	1.22	(1.06)
9. ¿Pensó que su vida había sido un fracaso?	0.53	(0.91)
10. ¿Sintió miedo?	1.31	(1.10)
11. ¿No durmió bien?	1.48	(1.15)
12. ¿Estuvo contenta?	1.10	(1.00)
13. ¿Platicó menos de lo normal?	0.89	(1.08)
14. ¿Se sintió sola?	1.34	(1.13)
15. ¿Sintió que la gente no era amable?	0.73	(1.02)
16. ¿Disfrutó de la vida?	1.01	(1.06)
17. ¿Pasó ratos llorando?	1.30	(1.00)
18. ¿Se sintió triste?	1.66	(0.94)
19. ¿Sintió que no le caía bien a la gente?	0.72	(1.03)
20. ¿No tuvo ganas de hacer nada?	1.45	(1.13)
CES-D TOTAL	24.13	(5.02)

Cuadro 2. Análisis factorial (Rotación Varimax) de la CES-D en mujeres embarazadas

Reactivos	Factores			
	1	2	3	4
18. ¿Se sintió triste?	.806			
3. ¿Sintió que no podía dejar de estar triste?	.768			
6. ¿Se sintió deprimida?	.759			
17. ¿Pasó ratos llorando?	.673			
14. ¿Se sintió sola?	.508			
10. ¿Sintió miedo?	.463			
13. ¿Platicó menos de lo normal?		.712		
7. ¿Le costó mucho trabajo hacer cualquier cosa?		.663		
2. ¿No se sintió con ganas de comer o no tuvo apetito?		.600		
5. ¿Tuvo dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo?	.554			
20. ¿No tuvo ganas de hacer nada?		.546		
11. ¿No durmió bien?		.407		
9. ¿Pensó que su vida había sido un fracaso?		.400		
19. ¿Sintió que no le caía bien a la gente?			.668	
1. ¿Le molestaron muchas cosas que generalmente no le molestan?			.611	
15. ¿Sintió que la gente no era amable?			.580	
8. ¿Sintió que las cosas pueden mejorar?				.647
16. ¿Disfrutó de la vida?				.596
12. ¿Estuvo contenta?				.572
4. ¿Se sintió tan buena gente como los demás?				.548

tuvo ganas de hacer nada y no se sintió con ganas de comer, y los que tuvieron las medias más bajas: su vida había sido un fracaso, no le caía bien a la gente, la gente no era amable, platicó menos de lo normal y dificultad en mantener la mente en lo que estaba haciendo. Respecto a la SCID, a quince mujeres (18.3%) se les diagnosticó depresión mayor.

Confiabilidad

La consistencia interna de la CES-D, evaluada con el coeficiente alpha de Cronbach, fue muy buena ($\alpha=0.81$).

Validez de constructo

Para evaluar la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales. El primer análisis, con rotación varimax, produjo seis factores con valores *eigen* arriba de uno, que explicaron el 60.5% de la varianza, de los cuales cuatro pudieron ser interpretados conceptualmente. Con base en este dato se corrió un segundo análisis, forzado a cuatro factores, que explicó 49.1% de la varianza; 16.19% el primer factor, 14.28% el segundo, 9.85% el tercero y 8.78%, el cuarto. Cada uno de los reactivos tuvo una carga factorial mayor a 0.40 y ninguno tuvo peso en más de un factor (cuadro 2). El primer factor agrupó seis ítems que miden *afecto depresivo* –se sintió triste, no podía dejar de estar triste, se sintió deprimida,

se pasó ratos llorando, se sintió sola, sintió miedo. El segundo factor, con seis ítems, se refirió a aspectos de *falta de energía* y *síntomas somáticos* –platicó menos, le cuesta trabajo hacer cosas, no tuvo apetito, dificultad para mantener su mente, sin ganas de hacer nada, no durmió bien y su vida había sido un fracaso. El tercero, con tres ítems, hizo alusión a las *relaciones interpersonales* –no le cae bien a la gente, le molestan muchas cosas, y la gente no era amable. El último factor agrupó los cuatro ítems de *afecto positivo* –estuvo contenta, se sintió buena gente, sintió que las cosas pueden mejorar y disfrutó la vida.

Sensibilidad, especificidad y valores predictivos

Se construyeron curvas COR para evaluar la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos del CES-D usando como estándar de oro la SCID. En la figura 1 se representa la curva COR de los síntomas de depresión. La precisión del instrumento, definido como el área bajo la curva (ABC), fue 0.81. Porcentajes superiores a 0.80 son considerados adecuados.

En el cuadro 3 se presentan los valores de validez en diversos puntos de corte de la curva COR. El análisis de la probabilidad condicional, en el punto de corte ≥ 16 , que es el establecido para la escala para sintomatología depresiva,¹² mostró 100% de sensibilidad, pero sólo 20.9% de es-

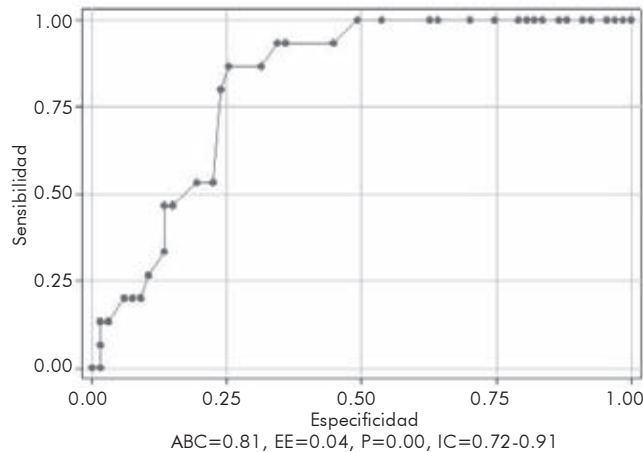


Figura 1. Curva COR de la CES-D con el estándar de oro SCID.

pecificidad y un valor predictivo positivo de 22.0% (este último se refiere a los casos que fueron detectadas como positivos en la CES-D, que tuvieron depresión mayor con la SCID). En el punto de corte 28 se observó una relación más parsimoniosa entre sensibilidad y especificidad, de 80.8% y 76.1% respectivamente, y el valor predictivo positivo se elevó a 42.8%.

DISCUSIÓN

El propósito del estudio fue evaluar las propiedades psicométricas de la CES-D en mujeres embarazadas mexicanas. La media de la escala fue 24.13 (DS=5.02). Esta media fue mucho más elevada que la que se informa en gestantes en atención prenatal ($X=15.54$)⁵ debido a que la muestra actual se seleccionó con base en que las participantes tuvieran una puntuación ≥ 16 en la CES-D o historia de depresión. Como se verá más adelante esta situación pudo generar un sesgo en los datos en cuanto a los puntos de corte ideales para la escala en estudio.

Entre los reactivos que tuvieron una media mayor se encontraron: se sintió deprimida, se sintió triste, no durmió bien, no tuvo ganas de hacer nada y no se sintió con ganas de comer. Todos ellos son criterios para el diagnóstico de depresión con base en el DSM-IV, sin embargo, dormir mal y falta de apetito, también pueden ser síntomas normales en el embarazo. Al respecto, Vieten y Astin²³ consideran que cuando se usan escalas de autorreporte en embarazadas es un reto diferenciar a qué corresponden

estos síntomas y, en consecuencia, pueden inflar artificialmente la puntuación total de la escala.

Los resultados sugieren que la CES-D tiene una buena consistencia interna ($\alpha=0.8$). Estos valores son similares a los de Tandon et al.¹⁸ (0.86) y a los de Neguyen et al.¹⁹ (0.86 a 0.91) en mujeres preñadas de grupos minoritarios en los Estados Unidos.

La validez de constructo, estudiada por medio del análisis factorial, mostró que una estructura de cuatro factores tuvo significado conceptual, misma que explicó una proporción considerable de la varianza (46.6%). El primer factor se refirió al *afecto depresivo* (triste, deprimida) y el segundo, a *falta de energía y síntomas somáticos* (le cuesta trabajo hacer cosas, sin ganas de hacer nada, no durmió bien). La mayoría de los síntomas que abarcaron estos dos factores son criterios diagnósticos del DSM-IV (sentimientos de tristeza, pérdida de interés, falta de energía, problemas para dormir, cambios en el apetito, dificultad para concentrarse). El tercer factor, que agrupó los ítems relacionados con las *relaciones interpersonales* hace referencia a aspectos distintos de la depresión según los criterios de la DSM-IV, pero que son comunes a otros instrumentos de autorreporte de depresión.¹² Al comparar estos resultados con los de otros estudios encontramos que la estructura factorial de este estudio replicó, en un altísimo grado, la obtenida por Radloff,¹² sólo que el orden de los cuatro factores fue diferente. A la vez, estos resultados tienen similitudes con los de Salgado de Snyder¹³ y Tiburcio y Natera¹⁴ en mujeres mexicanas, aunque menores a las que se encontraron con respecto a Radloff.¹² En conjunto se puede decir que la CES-D en embarazadas tiene una validez de constructo muy satisfactoria y su estructura es similar a la de otros grupos poblacionales.

Los análisis de las curvas COR mostraron una aceptable validez predictiva de la CES-D ($ABC=0.81$) y fue similar a la de otros estudios con embarazadas.¹⁸ Respecto al punto de corte ≥ 16 ¹² la escala mostró una alta sensibilidad (100%) pero muy baja especificidad (20.9%). Al compararla con los resultados de Tandon et al.¹⁸ para este mismo punto de corte se encuentra que la sensibilidad es idéntica, pero la especificidad es menor al de su muestra (65.1%).

En el punto de corte ≥ 28 se encontraron datos más equilibrados entre sensibilidad (80%) y especificidad (76%), aun así no muy satisfactorios y menores a otros estudios con embarazadas.¹⁸ Una de las posibles explicaciones a que el punto de corte más parsimonioso fuera tan elevado, puede ser que un requisito para seleccionar a las participantes del estudio fue que tuvieran sintomatología depresiva ($CES-D \geq 16$). Sin embargo, al margen de esta situación peculiar a esta muestra, con frecuencia en la bibliografía se recomienda usar un parámetro más alto para la escala (≥ 24) por considerarlo más sensible.^{5,24,25}

Respecto al valor predictivo positivo, en el punto de corte 28, éste fue bajo (42.8%) y muy similar al encontrado por Fechner-Bates et al.¹⁶ en población no obstétrica. Esto

Cuadro 3. Puntos de corte de la CES-D en mujeres embarazadas

	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo	
			positivo	negativo
16	100%	20.9%	22.0%	100%
24	93.3%	64.1%	36.8%	97.7%
28	80.0%	76.1%	42.8%	94.4%
32	46.6%	89.5%	41.7%	87.6%

sugiere que los casos detectados por la CES-D son reducidos en relación a los que posteriormente son confirmados por el instrumento diagnóstico.

En consecuencia, los análisis de la curva COR sugieren que la CES-D es un buen instrumento para la población materna perinatal mexicana, cuando lo que se requiere es detectar síntomas de depresión (≥ 16), mientras que para determinar quiénes en efecto tienen una depresión mayor, su poder es menor aún al utilizar un punto de corte más elevado.

En resumen, la CES-D mostró una excelente validez interna y de constructo en gestantes mexicanas y ser una herramienta adecuada para la detección de sintomatología depresiva, pero presentó una menor capacidad para detectar depresión mayor. La detección de manera válida y confiable de la sintomatología depresiva en atención prenatal y la subsecuente instrumentación de medidas preventivas y educativas puede contribuir a mejorar la salud mental al reducir los niveles de discapacidad y efectos negativos con los que se encuentran asociados dichos síntomas,^{20,26} entre otros el riesgo de depresión posparto.⁶ Una de las limitaciones más importantes de la investigación es que se basa en un análisis secundario de datos que fueron recolectados en gestantes con sintomatología depresiva. Esta situación elevó la puntuación de la escala, y por ende, los puntos de corte, lo que limita su generalización a la población sin dicha sintomatología.

AGRADECIMIENTOS

La investigación se realizó con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT, Salud-2003-C01.021). Colaboraron el Centro de Salud José Castro Villagrana y las asistentes de investigación Claudia Navarro, Gabriela Letechipía, Erika Trujillo, Araceli Aguilar y Rita Acoltzi. El trabajo editorial estuvo a cargo de Jeremy Cruz.

REFERENCIAS

1. Breedlov G, Fryzelka D. Depression screening during pregnancy. *J Midwifery Women's Health* 2011;56(1):18-25.
2. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G ET AL. Depression during Pregnancy: Overview of Clinical Factors. *Clin Drug Invest* 2004;24(3): 157-179.
3. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS). *Perinatol Reprod Hum* 2001;15(1):11-20.
4. Lara MA, Navarro C, Navarrete L, Cabrera M et al. Sintomatología depresiva en el embarazo y factores asociados en tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Ment* 2006;29(4):55-62.
5. Lara MA, Le HN, Letechipía G, Hochhausen L. Prenatal depression in Latinas in the U.S. and Mexico. *Matern Child Health J* 2009;13(4):567-576.
6. Chen H, Chan YH, Tan KH, Lee T. Depressive symptomatology in pregnancy. A Singaporean perspective. *Soc Psychiatry Psychtr Epidemiol* 2004;39(12):975-979.
7. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev* 1999;106(3):458-490.
8. Bonari L, Bennett H, Einarson A, Koren G. Risks of untreated depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2004;50(1):37-39.
9. Diego MA, Jones NA, Field T, Hernandez-Reif M et al. Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosom Med* 2006;68(5):747-753.
10. Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics* 2006;118(2):659-668.
11. 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(4):316-321.
12. Radloff LS. The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement* 1977;1(3):385-401.
13. Salgado de Snyder VN, Maldonado M. Características psicométricas de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Publica Mex* 1994;32(2):200-209.
14. Tiburcio M, Natera G. Adaptación al contexto ñahñú del Cuestionario de Enfrentamientos (CQ), la Escala de Síntomas (SRT) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). *Salud Mental* 2007;30(3):48-58.
15. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Segunda edición. Barcelona, España: Editorial Masson; 2003.
16. Fechner-Bates S, Coyne JC, Schwenk TL. The relationship of self-reported distress to depressive disorders and other psychopathology. *J Consult Clin Psychol* 1994;62(3):550-559.
17. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. Structures Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
18. Tandon SD, Cluxton-Keller F, Leis J, Le HN. A comparison of three screening tools to identify perinatal depression among low-income African American women. *J Affect Disord* 2011; Aug 22 doi:10.1016/j.jad.2011.07.014.
19. Nguyen HT, Clark M, Ruiz RJ. Effects of acculturation on the reporting of depressive symptoms among Hispanic pregnant women. *Nurs Res* 2007;56(3):217-223.
20. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004b;103(4):698-709.
21. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: a randomized control trial. *J Affect Disord* 2010;122(1-2):109-117.
22. Lara MA, Navarro C, Rubí NA, Mondragón L. Outcome of two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. *Am J Orthopsychiatry* 2003;73(1):35-43.
23. Vieten C, Astin J. Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Arch Womens Ment Health* 2008;11(1):67-74.
24. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetric settings. *J Womens Health* 2003;12(4):373-380.
25. Heilemann M, Frutos L, Lee K, Kury FS. Protective strength factors, resources, and risks in relation to depressive symptoms among childbearing women of Mexican descent. *Health Care Women Int* 2004;25(1):88-106.
26. Orr ST, Blazer MD, James SA, Reiter JP. Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. 2007;16(4):535-542.

Artículo sin conflicto de intereses