

Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo

Filipa de Castro, PhD,⁽¹⁾ Jean Marie Place, PhD,⁽²⁾ Aremis Villalobos, D en Est Pob,⁽¹⁾
Betania Allen-Leigh, PhD.⁽¹⁾

De Castro F, Place JM, Villalobos A, Allen-Leigh B. Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. Salud Publica Mex 2015;57:144-154.

De Castro F, Place JM, Villalobos A, Allen-Leigh B. Maternal depressive symptomatology in México: National prevalence, care, and population risk profiles. Salud Publica Mex 2015;57:144-154.

Resumen

Objetivo. Estimar la prevalencia de sintomatología depresiva (SD) en madres de menores de cinco años, tasas de detección y atención y probabilidades de presentar SD de acuerdo con perfiles de riesgo específicos. **Material y métodos.** Muestra de 7 187 mujeres con hijos menores de cinco años, proveniente de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012. **Resultados.** La prevalencia de SD es de 19.91%, lo que implica que 4.6 millones de menores viven con madres que podrán sufrir depresión moderada o grave. Hay bajas tasas de detección (17.06%) y atención (15.19%) de depresión. La SD se asocia con violencia (OR=2.34; IC95% 1.06-5.15), tener más de cuatro hijos, sexo femenino del menor, mayor edad del último hijo, bajo peso al nacer, inseguridad alimentaria y haber iniciado vida sexual antes de los 15 años ($p<0.01$). La probabilidad acumulada de SD, si se consideran todos los factores de riesgo, es de 69.76%; se podría reducir a 13.21% con medidas preventivas enfocadas en eliminar la violencia, la inseguridad alimentaria, las valoraciones inequitativas de género y el bajo peso al nacer. **Conclusiones.** La SD es un problema relevante de salud pública en México; está asociada con un conjunto bien determinado de factores de riesgo que ameritan prevención, así como detección y atención oportuna en los distintos niveles de atención.

Palabras clave: depresión; sintomatología depresiva; factores de riesgo; detección; atención; México

Abstract

Objective. This study estimates the prevalence of depressive symptomatology (DS) in women with children younger than five years of age, examines detection and care rates and probabilities of developing DS based on specific risk profiles. **Materials and methods.** The sample consists of 7 187 women with children younger than five drawn from the Ensanut 2012. **Results.** DS prevalence is 19.91%, which means at least 4.6 million children live with mothers who experience depressive symptoms indicative of moderate to severe depression. Rates of detection (17.06%) and care (15.19%) for depression are low. DS is associated with violence (OR=2.34; IC95% 1.06-5.15), having ≥ 4 children, having a female baby, older age of the last child, low birth weight, food insecurity, and sexual debut <15 years old ($p<0.01$). Accumulated probability of DS, taking into consideration all risk factors measured, is 69.76%. It could be reduced to 13.21% through prevention efforts focused on eliminating violence, food insecurity, bias against having a female baby, and low birth weight. **Conclusions.** DS is a compelling public health problem in Mexico associated with a well-defined set of risk factors that warrant attention and timely detection at various levels of care.

Key words: depression; depressive symptomatology; risk factors; detection; care; Mexico

(1) Departamento de Métodos en Salud Pública, Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigaciones en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Ball State University, Department of Physiology and Health Science. Muncie, Indiana, Estados Unidos.

Fecha de recibido: 12 de junio de 2014 • **Fecha de aceptado:** 17 de febrero de 2015

Autora de correspondencia: Dra. Filipa de Castro. Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.

7a. cerrada de Fray Pedro de Gante 50, col. Sección XVI. 14080 Tlalpan, Distrito Federal, México.

Correo electrónico: fcastro@insp.mx

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) recomiendan mejorar la salud materno-infantil, lo que incluye reducir los factores asociados con la depresión y la sintomatología depresiva (SD)* materna y promover intervenciones de bajo costo para mejorar la salud mental materna.¹ Varios estudios indican que la depresión es prevenible, detectable y tratable, y que es posible minimizar sus efectos negativos a corto y largo plazo,² por lo que resulta importante conocer los factores que colocan a las madres en mayor riesgo de sufrir depresión. En México, como en el ámbito global, la depresión es la principal amenaza a la salud mental de las mujeres en edad reproductiva y tiene una contribución importante en la carga de morbilidad, sobre todo en contextos de vulnerabilidad socioeconómica y marginación.^{3,4} Estudios con muestras no representativas han reportado prevalencias de depresión y sintomatología depresiva de entre 6.7 y 24.6% en mujeres que son madres.⁵⁻⁸

Investigaciones recientes han identificado algunos factores de riesgo para la SD entre mujeres que son madres de niños pequeños. La violencia interpersonal ejercida por la pareja, que incluye el abuso emocional, físico o sexual, es uno de los factores más fuertemente asociados con la SD materna.⁹ Otros factores de riesgo son bajos niveles de apoyo social, embarazo no deseado, menor educación formal y no tener un compañero afectivo.^{6,9}

Estudios internacionales indican que la SD afecta negativamente las vidas de las mujeres, sus hijos y sus familias. Las mujeres deprimidas presentan dificultades laborales relacionadas con conseguir y mantener un empleo,¹⁰ prevalencias más elevadas de enfermedad cardiovascular,¹¹ derrame cerebral¹² y diabetes tipo 2.¹³ La SD, que incluye tristeza, miedo, ansiedad, hipersomnia o insomnio,¹⁴ hace que las madres deprimidas tengan poca energía para cuidar de sí mismas y para atender y cuidar a un bebé o a un hijo pequeño. En mujeres mexicanas la depresión se ha asociado con la falta de autoeficacia materna¹⁵ y con un aumento en las atribuciones negativas hacia el comportamiento del bebé, lo que compromete la capacidad de la madre para interpretar y responder adecuadamente a las necesidades del bebé.¹⁶

Estudiar los factores que se asocian con la SD en madres de menores de cinco años es particularmente

importante debido a que, en esta fase del desarrollo infantil, niños y niñas son sumamente dependientes de los cuidados maternos y de la calidad del vínculo madre-infante. Estudios rigurosamente controlados han determinado que los menores en edades tempranas que viven con madres deprimidas presentan secuelas de largo plazo relacionadas con problemas en el desarrollo de su arquitectura cerebral¹⁷ y disrupción permanente de los sistemas de reacción y regulación del stress.¹⁸ La SD materna se asocia también con desnutrición infantil, mayores tasas de enfermedad diarreica, interrupción precoz de la lactancia¹⁹ y problemas de crecimiento infantil.²⁰ La depresión en la etapa postnatal perjudica el establecimiento del vínculo afectivo madre-bebé²¹ y la calidad de la relación parental.^{22,23} Los hijos de madres deprimidas tienen mayor riesgo de presentar problemas socioemocionales²⁴ y de desarrollo cognitivo y lingüístico, además^{25,26} de estar expuestos al maltrato, a la negligencia y a los accidentes.²⁷⁻³⁰

A pesar de que existen datos sobre depresión en la población mexicana en general, no se cuenta con evidencia poblacional sobre la SD materna en México. Los objetivos de este artículo son 1) reportar la prevalencia de la SD en la población de mujeres mexicanas con hijos menores de cinco años; 2) explorar cuántas mujeres informan haber recibido algún diagnóstico y tratamiento para depresión; y 3) estimar el riesgo poblacional para la SD en mujeres mexicanas madres de hijos menores de cinco años, de acuerdo con perfiles de riesgo basados en combinaciones discretas de un conjunto de factores sociodemográficos, psicosociales y de carencias específicas.

Material y métodos

Población, procedimientos e instrumentos

Se llevó a cabo un análisis secundario de los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012, encuesta transversal con muestreo probabilístico, estratificado, por conglomerados, con representatividad nacional, regional, estatal y de los estratos urbanos y rurales.³¹ Para el presente análisis se utilizaron datos de 7 187 mujeres con al menos un hijo menor de cinco años, las cuales representan 10.5 millones de mujeres.

Variables de estudio

La sintomatología depresiva se midió con la escala CESD-7, una versión abreviada^{32,33} de siete reactivos a partir de la escala CES-D,³⁴ que evalúan la frecuencia con que el sujeto ha experimentado síntomas de depresión en la última semana. La CESD-7 se validó en población adulta mexicana con un punto de corte de 9 para sinto-

* La sintomatología depresiva (SD) no se mide con una herramienta de diagnóstico; aun así, se deriva de un caso de probable depresión, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-V (DSM-V). Para diagnosticar la depresión clínica es necesaria una entrevista psiquiátrica con personal especializado.

matología que indica depresión moderada o severa, con una sensibilidad de 0.90 y especificidad de 0.82 respecto del estándar de oro a partir del DSM-IV.³⁵

La *detección de la depresión* se midió con la pregunta, “¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro personal de salud que sufre o ha sufrido depresión?”. Si la mujer contestó afirmativamente, el tratamiento de la depresión se midió con dos preguntas: una sobre si en algún momento le mandaron medicinas u otro tipo de tratamiento para la depresión, y otra sobre si tomó algún medicamento o siguió algún otro tipo de tratamiento para depresión en las últimas dos semanas.

Se consideran cuatro regiones del país: norte, centro, centro-occidente y sur-sureste así como poblaciones rurales (población <2 500 habitantes), urbanas (población con 2 500-100 000 habitantes) o metropolitanas (población >100 000 habitantes). Las mujeres se clasificaron en cuatro grupos de edad: 20-25, 26-35, 36-45 y 45 o más años, y se agrupó el número de hijos que tiene cada mujer en tres categorías: 1, 2-4 y >4 hijos. Se utilizó el autorreporte del hecho de considerarse indígena para clasificar a las mujeres como indígenas. Se clasificó la condición de ocupación o de asistencia escolar de la mujer como: trabaja, se dedica a labores del hogar, estudia, está desempleada y otro (jubilada o con permiso de incapacidad). El estado civil de la mujer considera dos grupos: unidas (casadas o unidas) y no unidas (separada, divorciada, viuda o soltera). El nivel socioeconómico (NSE) se categorizó en bajo o medio/alto a partir de un indicador basado en una imputación del nivel de ingreso (en deciles), características de la vivienda y posesión de enseres en los hogares.³⁶ La educación formal recibida por la mujer considera el último grado aprobado y se presenta en las categorías: ninguna, primaria, secundaria y preparatoria o más.

Las mujeres fueron clasificadas en tres categorías de acuerdo con su situación de afiliación a alguna institución de seguridad social: con seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex/Sedena/Semar), sin ningún tipo de seguridad social y personas inscritas al Seguro Popular/Seguro para una Nueva Generación.

La inseguridad alimentaria (IA) se midió con la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA)³⁷ que incluye 15 preguntas para hogares con integrantes menores de 18 años; los hogares se clasificaron en cuatro categorías que van de la ausencia de IA a IA severa. Para el modelo multivariado se definió la variable de IA como dicotómica de acuerdo con seguridad o inseguridad alimentaria (leve, moderada y severa).

El reporte de violencia se midió utilizando la pregunta realizada en adultos de 20 a 49 años: “¿Sufrió algún daño a su salud por robo, agresión o violencia en los últimos 12 meses, incluyendo intento de suicidio?”.

Se clasificaron las respuestas como presencia o ausencia de violencia en general en los últimos 12 meses.

Las mujeres fueron clasificadas según su edad de inicio de vida sexual (IVS), que pudo ser antes o después de los 15 años de edad. Los menores se categorizaron de acuerdo con bajo peso al nacer (<2 500 g) según lo reportado por la madre para el último niño nacido vivo en los últimos cinco años.

Análisis estadístico

Se estimó la prevalencia de SD con intervalos de confianza de 95% (IC95%). A través de análisis bivariados, se compararon madres con y sin sintomatología depresiva respecto de un conjunto de variables de interés. Se ajustó un modelo de regresión logística usando la SD como variable dependiente y un conjunto de características individuales y sociodemográficas como variables independientes, con lo que se obtuvieron razones de momios (RM) con IC95%. Posteriormente, se estimaron valores predichos de la variable dependiente (SD) de acuerdo con combinaciones discretas de las variables independientes de interés incluidas en la regresión.³⁸ Esta estimación se hizo en dos pasos, empezando por un perfil basal sin factores de riesgo. En el paso 1, que se nombró de “Factores de riesgo acumulados”, cada factor de riesgo fue agregado al perfil basal individualmente, y luego se agregaron sucesivamente combinaciones de los diferentes factores de riesgo hasta llegar a un perfil con todos los factores de riesgo (perfil #7), el cual presenta el valor máximo de probabilidad de presentar SD. En el paso 2, que se llamó de “Riesgos prevenibles” se estiman cinco perfiles en que se simula el potencial efecto de acciones preventivas enfocadas en reducir/eliminar los factores de riesgo, con excepción de las variables “edad del menor” y “número de hijos”, las cuales no son aptas para la prevención. Los análisis se ajustaron para el diseño de la encuesta utilizando los ponderadores correspondientes; se consideraron niveles de significancia de $p < .05$ y, en algunos casos, de $p < .10$ para reportar asociaciones significativas y marginalmente significativas. Se usó el paquete estadístico Stata, versión v11.30.

Resultados

La prevalencia de la SD en madres de menores de cinco años es de 19.91% (IC95%: 18.19-21.74), lo que indica que, a nivel nacional, más de dos millones de mujeres podrían padecer depresión moderada o grave. Esta cifra se traduce en que más de 4.6 millones de niñas y niños viven con madres con posibilidad de padecer depresión moderada o grave.

Sólo 17.06% (IC95%: 14.03-20.58) de las mujeres con SD reporta que alguna vez le ha dicho un médico u otro personal de salud que sufre o ha sufrido de depresión. De éstas, 59.82% (IC95%: 49.96-68.94) ha recibido algún tipo de tratamiento para la depresión alguna vez en la vida y 15.19% (IC95%: 9.61-23.17) reporta haber tomado algún medicamento o haber seguido algún tratamiento para la depresión durante las últimas dos semanas.

Al analizar esta información por afiliación a institución de salud (figura 1), se encontró que las mujeres con afiliación a Pemex, Sedena y Semar presentan mayores tasas de detección de depresión, seguidas de las mujeres afiliadas al IMSS/IMSS Oportunidades, al Seguro Popular y, finalmente, al ISSSTE. Las mujeres sin aseguramiento presentan las tasas más bajas de detección. Las afiliadas al Seguro Popular presentan las tasas más altas de tratamiento, seguidas de las mujeres afiliadas a Pemex/Sedena/Semar, IMSS, ISSSTE y, finalmente, de las mujeres sin seguridad social.

En la figura 2 se presenta la distribución estatal de la prevalencia de sintomatología depresiva en madres de niños menores de cinco años. Se observan diferencias en la prevalencia de SD a nivel entidad federativa; los estados con menores prevalencias de SD son el Distrito Federal, Guerrero e Hidalgo con menos de 15%, mientras que otras dieciocho entidades federativas presentan prevalencias de 20% o más (figura 2).

La SD es más prevalente en mujeres con más de cuatro hijos (27.03%; $p<.01$), madres de niñas (21.10%; $p<.10$), madres de hijos/hijas con cuatro o más años (23.89; $p<.10$) y afiliadas del Seguro Popular (22.17%, $p<.05$) (cuadro I). La SD se asocia positivamente con bajo peso de los menores al nacer (30.73%, $p<.001$), con reporte de inseguridad alimentaria (22.41%, $p<.001$), con inicio de vida sexual antes de los 15 años (28.48%; $p<.01$) y con reporte de violencia (35.00%; $p<.05$). No se encontró asociación significativa entre SD y el NSE, estado civil, educación, edad de la madre, población indígena, número de menores de cinco años en el hogar, poblaciones rurales, urbanas o metropolitanas, o diferentes regiones de la república.

La SD se asocia con los siguientes factores: ser madre de una niña (RM=1.22; IC95% 1.01-1.47), tener más de cuatro hijos (RM=1.54; IC95% 1.12-2.00), inseguridad alimentaria en el hogar (RM=1.58; IC95% 1.17-2.13), bajo peso del menor al nacer (RM=1.81; IC95% 1.25-2.61) y reporte de violencia (RM=2.34, IC95% 1.06-5.15) (cuadro II).

Finalmente, se calcularon las probabilidades de presentar SD de acuerdo con perfiles de interés generados a partir de la combinación de valores específicos/discretos de los diferentes factores de riesgo incluidos en la regresión como variables independientes (cuadro II y figura 4). La probabilidad acumulada de presentar SD

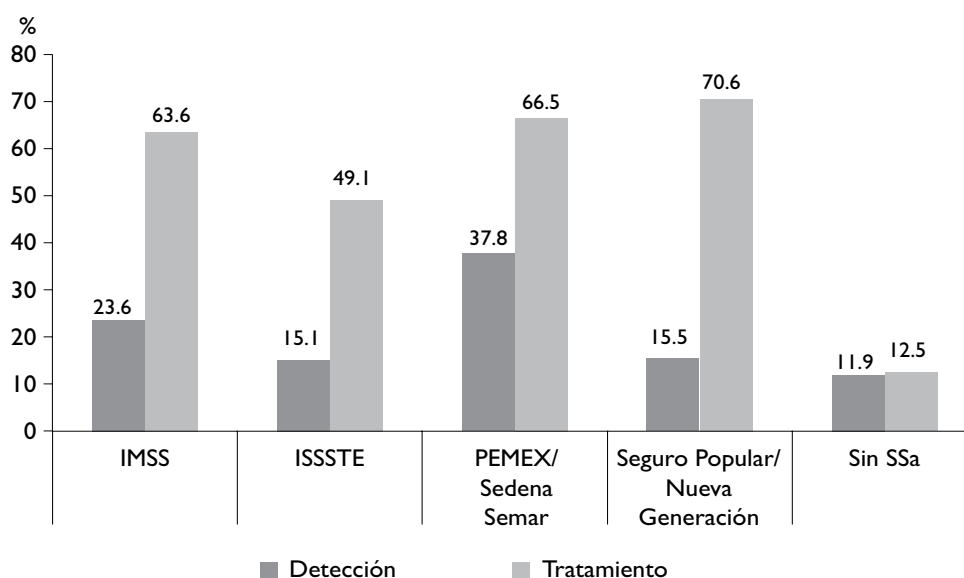


FIGURA 1. PORCENTAJE DE MUJERES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA QUE HAN RECIBIDO DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN Y QUE HAN RECIBIDO ALGÚN TRATAMIENTO, DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS DE SALUD. MÉXICO, ENSANUT 2012

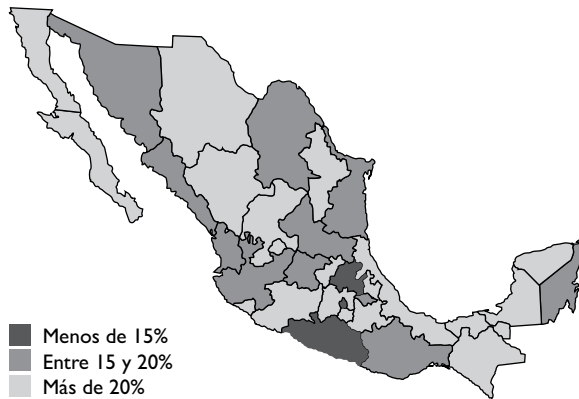


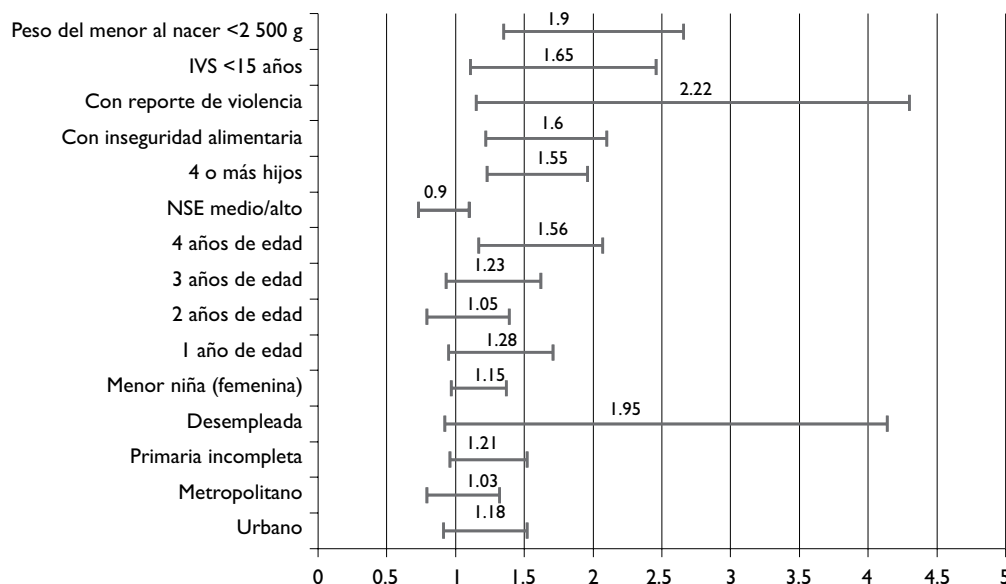
FIGURA 2. PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS. MÉXICO, ENSANUT 2012

en presencia simultánea de varios factores de riesgo es de 69.76%, sin embargo, ésta se podría reducir a 13.21% a través de medidas preventivas enfocadas en eliminar la violencia, la inseguridad alimentaria, los prejuicios respecto al sexo del bebé y el bajo peso al nacer.

Discusión

En consonancia con la evidencia a nivel global,²² los presentes resultados indican que aproximadamente una de cada cinco mujeres mexicanas (19.91%, IC95%: 18.19-21.74) con hijos menores de cinco años presenta SD, lo que indica que, a nivel nacional, por lo menos 4.6 millones de niñas y niños viven con madres con sintomatología depresiva.

La SD es más prevalente entre mujeres sin escolaridad primaria terminada, desempleadas, que no están casadas ni viven en unión con una pareja y con más de cuatro hijos. Esto coincide con lo reportado previamente en estudios sobre depresión en mujeres³⁹⁻⁴¹ y refleja un conjunto de vulnerabilidades que pueden ser tanto causas como efectos de problemas de salud mental. No se detecta asociación significativa entre SD y nivel socioeconómico o edad de la mujer. Tampoco se encontraron asociaciones entre SD y etnicidad indígena, residir en poblaciones de diferentes tamaños (rurales, urbanas, metropolitanas) ni entre diferentes regiones de la república. Resultados de un metaanálisis indican que la asociación de aspectos socioeconómicos y demográficos con la depresión es heterogénea y variable de acuerdo con los instrumentos de medición, con el contexto y con la región de los estudios.⁴²



* Al aplicar ponderadores, esta muestra es representativa de 10.5 millones de mujeres

FIGURA 3. RAZONES DE MOMIOS CON INTERVALOS DE CONFIANZA A 95% EN 7 187 MADRES* DE MENORES DE CINCO AÑOS. MÉXICO, ENSANUT 2012

Cuadro I
ASOCIACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN 7 187 MADRES* DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS
CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, PSICOSOCIALES Y CARENCIAS ESPECÍFICAS. MÉXICO, ENSANUT 2012

| | | Con SD 19.91% [CI: 95% 18.19-21.74] |
|---|--------------------------------|--|
| Región | Norte | 21.52[18.28-25.16] |
| | Centro-Occidente | 20.36[17.65-23.36] |
| | Centro | 18.64[15.01-22.92] |
| | Sur-Sureste | 19.76[16.85-23.02] |
| Tamaño de la población | Rural | 19.19[16.41-22.31] |
| | Urbano | 21.82 [18.98-24.96] |
| | Metropolitano | 19.58 [17.02-22.42] |
| NSE | Bajo | 20.65[18.53-22.94] |
| | Medio/alto | 18.89[16.40-21.67] |
| Sexo del menor [‡] | Niñas | 21.10 [18.89-23.49] |
| | Niños | 18.81[16.73-21.09] |
| Edad del menor [‡] | <1 | 16.79[13.81-20.26] |
| | 1 | 20.47[17.09-24.31] |
| | 2 | 17.47 [14.81-20.50] |
| | 3 | 19.84[16.96-23.07] |
| | 4 | 23.89[20.51-27.64] |
| Bajo peso al nacer [‡] | Con \geq 2 500 g al nacer | 18.97 [17.26-20.80] |
| | Con <2 500 g al nacer | 30.73 [24.24-38.08] |
| Número de hijos [‡] | 1 hijo | 16.36[13.57-19.59] |
| | 2-4 hijos | 20.56[18.42-22.87] |
| | Más de 4 hijos | 27.03[21.95-32.78] |
| Edad de la madre | 20-25 | 19.31[16.57-22.39] |
| | 26-35 | 19.99[17.59-22.62] |
| | 36-45 | 20.64[17.22-24.53] |
| | >45 | 28.52[15.32-46.80] |
| Estado conyugal | Unida | 19.38[17.52-21.37] |
| | No unida | 22.78[19.00-27.05] |
| | Trabaja | 21.21[18.24-24.53] |
| Ocupación [‡] | Hogar | 19.14 [17.16-21.29] |
| | Estudia | 13.07 [5.12-29.49] |
| | Desempleada | 21.80[10.34-40.27] |
| | Otro/jubilada/incapacidad | 43.08[23.46-65.14] |
| Educación | Ninguna | 21.08 [13.93-30.59] |
| | Primaria | 22.28 [19.15-25.75] |
| | Secundaria | 20.40 [17.69-23.40] |
| | Preparatoria o más | 17.72 [14.98-20.84] |
| Indígena | Sí | 19.66[16.58-23.16] |
| | No | 19.98[18.04-22.08] |
| Seguridad social [‡] | No afiliado a seguridad social | 17.19 [13.62-21.47] |
| | Inscrito al Seguro Popular | 22.17 [19.77-24.77] |
| | Afiliado a seguridad social | 18.09 [15.57-20.91] |
| Número de menores de cinco años en el hogar | 1 | 19.79[17.97-21.75] |
| | 2 | 20.36[17.24-23.88] |
| | >2 | 18.65[12.68-26.58] |
| Inseguridad alimentaria [‡] | Seguridad | 15.28 [12.32-18.80] |
| | Inseguridad | 22.41[20.28-24.70] |
| Violencia [‡] | Con violencia | 35.00 [21.79-51.00] |
| | Sin violencia | 19.50 [17.82-21.29] |
| Edad al IVS [‡] | IVS \geq 15 años | 19.41 [17.67-21.26] |
| | IVS < 15 años | 28.48 [21.27-37.00] |

* Al aplicar ponderadores, esta muestra es representativa de 10.5 millones de mujeres

[‡] Valor $p < 0.05$

IVS: inicio de vida sexual

Cuadro II
FACTORES EXPLICATIVOS DE LA SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN 7 187 MADRES* DE MENORES
DE CINCO AÑOS, RAZONES DE MOMIOS CON
INTERVALOS DE CONFIANZA A 95%.
MÉXICO, ENSANUT 2012

| | Ajustado RM [IC95%] |
|----------------------------------|-------------------------------|
| Rural | 1 |
| Urbano | 1.27 [0.95-1.71] |
| Metropolitano | 1.14 [0.86-1.52] |
| Ninguna escolaridad | 1 |
| Primaria | 1.20 [0.60-2.40] |
| Secundaria | 1.30 [0.63-2.68] |
| Preparatoria o más | 1.20 [0.57-2.55] |
| Empleada, hogar, jubilada | 1 |
| Desempleada | 1.95 [0.80-4.74] |
| Menor niño (masculino) | 1 |
| Menor niña (femenina) | 1.22 [1.01-1.47] [§] |
| Edad del menor <1 año | 1 |
| 1 año | 1.32[0.95-1.84] [‡] |
| 2 años | 1.05 [0.77-1.42] |
| 3 años | 1.16 [0.86-1.57] |
| 4 años | 1.50[1.11-2.03] [#] |
| NSE bajo | 1 |
| NSE medio/alto | 1.08 [0.83-1.41] |
| Menos de 4 hijos | 1 |
| 4 o más hijos | 1.54 [1.12-2.00] [#] |
| Sin inseguridad alimentaria | 1 |
| Con inseguridad alimentaria | 1.58 [1.17-2.13] [#] |
| Sin reporte de violencia | 1 |
| Con reporte de violencia | 2.34 [1.06-5.15] [§] |
| IVS >15 años | 1 |
| IVS <15 años | 1.40 [0.89-2.21] |
| Peso del menor al nacer >2 500 g | 1 |
| Peso del menor al nacer <2 500 g | 1.81 [1.25-2.61] [#] |

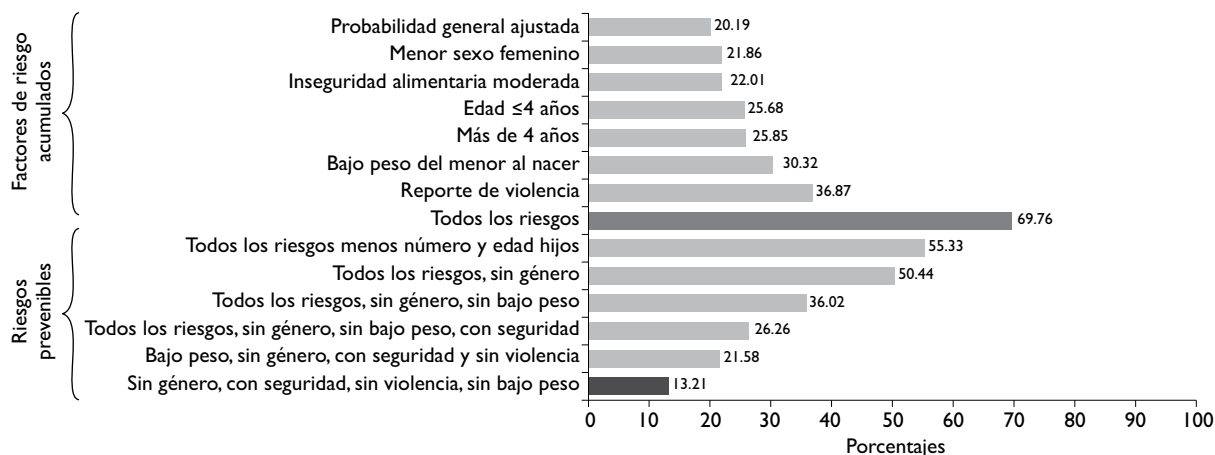
* Al aplicar ponderadores, esta muestra es representativa de 10.5 millones de mujeres
[‡] $p < .10$
[§] $p < .05$
[#] $p < .01$
 IVS: inicio de vida sexual

Los resultados indican que la SD es más prevalente entre madres de menores de cuatro años o más (23.89%; $p < .10$). Este resultado es consonante con lo reportado en otros países⁴³ y refleja la necesidad de implementar estrategias de monitoreo y atención de la salud mental materna durante todo el ciclo vital.

Las madres de menores nacidos con bajo peso presentan prevalencias significativamente más elevadas de SD. El bajo peso al nacer podría ser entendido como causa⁴⁴ o como efecto de la depresión en la mujer, sin embargo, la naturaleza transversal de los datos no permite aclarar la orientación causal de esta asociación.

Las mujeres con reporte de violencia presentan la prevalencia más elevada de SD (35.0%; $p < .05$). El riesgo de presentar SD en este grupo de mujeres es 2.5 veces más elevado que en mujeres sin reporte de violencia. Es difícil comparar este resultado con el de otros estudios debido a la naturaleza de la violencia medida en la Ensanut 2012. La principal limitación es el uso de una sola pregunta para recabar información en vez de una escala que habría permitido medir de manera confiable el reporte de violencia sufrida. En una sola pregunta se aglutinan varios tipos de violencia, incluido el intento de suicidio, lo que hace muy complicado entender la naturaleza de esta asociación así como comparar los resultados con estudios similares. A pesar de esta limitación es importante mencionar que este resultado coloca a la violencia como el principal factor explicativo de la SD en los últimos 12 meses en la población estudiada. De-Castro y colaboradores¹⁰ reportaron hallazgos similares a partir de un estudio comunitario con mujeres mexicanas, mientras que Valentine y colaboradores indicaron que la exposición a la violencia interpersonal de pareja en el año anterior es el principal predictor de depresión postnatal entre mujeres latinas en los Estados Unidos.^{45,46} Una recomendación importante es que futuras ediciones de la Ensanut incluyan una medición de la violencia más confiable tanto métrica como substantivamente.

Los análisis bivariados indican que la prevalencia de SD es mayor entre mujeres con inicio de vida sexual (IVS) antes de los 15 años. Al respecto, un estudio longitudinal con una cohorte de gemelos adultos⁴⁷ examinó la asociación entre el IVS temprano (< 16 años) y una serie de resultados que incluyen la depresión, y encontró que los individuos con IVS temprano presentaban mayor riesgo de padecer problemas psicosociales. Sin embargo, al comparar gemelos con y sin IVS, el estudio encontró que éstos no presentaban diferencias significativas en sus problemas psicosociales, lo que indica que la asociación del IVS temprano con problemas psicosociales posteriores se debe más a la coexistencia de factores familiares compartidos que a una verdadera relación causal. De manera similar, es plausible que las mujeres



* Al aplicar ponderadores, esta muestra es representativa de 10.5 millones de mujeres.

FIGURA 4. PROBABILIDADES (%) DE PRESENTAR SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DE ACUERDO CON DOCE PERFILES DISCRETOS DE RIESGO ENTRE 7 187 MADRES* DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS. MÉXICO, ENSANUT 2012

que presentan SD según la Ensanut 2012 compartan una serie de otras vulnerabilidades no observadas en este estudio, presentes desde etapas más tempranas de la vida. Éstas podrían explicar simultáneamente el IVS temprano y la mayor prevalencia de SD.

Comparadas con las madres de varones, las madres de niñas presentan mayor prevalencia de SD (21.10%; $p < .10$) y, si se consideran los resultados del modelo multivariado, el género femenino del menor conlleva 20% más riesgo de que la madre presente SD. Este resultado es consistente con estudios previos que reportaron que el hecho de tener un bebé de sexo femenino es un factor de riesgo para la depresión postnatal en mujeres de una muestra comunitaria en México⁷ y en otros países en desarrollo.⁴⁸⁻⁵¹ A pesar de que varios estudios han informado esta asociación en países con menores ingresos, por lo menos dos estudios en países occidentales desarrollados han reportado una asociación opuesta, lo que puede reflejar las implicaciones socioeconómicas asociadas.^{52,53} Otras explicaciones para el riesgo de SD asociado con el nacimiento de una niña incluyen el número de hijas de la familia,⁵⁴ las preferencias de los suegros acerca del sexo de los nietos⁵⁵ y los sesgos culturales que valoran los varones respecto a la niñas por razones económicas, sociales y de seguridad.⁵⁶⁻⁵⁸

Las mujeres que viven en hogares con inseguridad alimentaria presentan 56% mayor riesgo de reportar SD. Este resultado se suma a la abundante evidencia de estudios transversales y longitudinales a nivel internacional que han demostrado una asociación significativa entre inseguridad alimentaria y depresión.⁵⁹⁻⁶¹ Resultados de estudios longitudinales indican que la seguridad ali-

mentaria ocurre en familias con bajo NSE, en las cuales la madre presenta problemas de salud mental o es víctima de violencia doméstica⁶² y que la relación causal entre inseguridad alimentaria y depresión probablemente sea bidireccional.⁶³ Un mecanismo para explicar esta relación es que la inseguridad alimentaria causa depresión a través de la mala nutrición.⁶⁴ A su vez, la depresión puede afectar la inseguridad alimentaria a través del efecto de la sintomatología en la capacidad de la madre de funcionar y tomar las decisiones y acciones necesarias para garantizar la seguridad alimentaria de su hogar. Información cualitativa derivada de entrevistas con mujeres deprimidas ha revelado el efecto de la falta de energía que las madres deprimidas experimentan como consecuencia de su padecimiento en su capacidad para funcionar normalmente y hacer tareas tan sencillas como comprar o preparar comida para su familia.⁶² Debido a la naturaleza transversal de los datos no es posible aclarar la orientación de esta relación causal, por lo que se recomienda profundizar sobre este tema en estudios con diseños más controlados.

El tercer y último objetivo de este estudio fue el de explorar 13 perfiles poblacionales de acuerdo con la combinación de un conjunto de factores de riesgo y de protección. Los resultados indican que la probabilidad acumulada de presentar SD en la presencia simultánea de varios factores de riesgo es de 69.76%. Asimismo, los resultados indican que la SD se podría disminuir en 55% a través de acciones preventivas enfocadas en eliminar la violencia, la inseguridad alimentaria, los prejuicios respecto al género del bebé y el bajo peso al nacer. La identificación de los factores que ponen a las mujeres en riesgo de presentar depresión permite anticipar los

contextos en que las madres experimentan mayores o menores vulnerabilidades y es un paso fundamental para diseñar programas enfocados en prevenir, detectar y atender la depresión materna.

Sólo 17% de las mujeres con SD reporta la detección de la depresión por parte de un profesional de la salud alguna vez en la vida. Del total de las mujeres que reportan detección, 60% informa haber estado en tratamiento alguna vez, y de éstas sólo 15% reporta tratamiento en las últimas dos semanas. El nivel de detección de la depresión es particularmente bajo, especialmente si se considera que la pregunta utilizada para medir detección es relativamente amplia al plantear que ésta pudo haber sido realizada por cualquier tipo de profesional de la salud. Asimismo, 40% de las mujeres con detección de depresión no reporta haber recibido ningún tratamiento. Esta cifra es coincidente con lo reportado en otro estudio a partir de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, la cual indicó que solamente uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibió atención.⁶⁵ Es importante conocer las barreras que condicionan el acceso a la atención adecuada. Estudios sobre modelos de detección y atención a la depresión en la etapa perinatal en los tres niveles de atención en salud (primario, secundario y terciario) en México reportan que, en general, las unidades de salud no cuentan con protocolos formales de detección y atención a problemas de salud mental durante la etapa perinatal. Lo anterior sucede a pesar de que los proveedores reconocen la influencia de factores de riesgo para la depresión y la necesidad y pertinencia de atender esta condición.⁶⁶

La principal fortaleza de este estudio es el reporte de datos derivados de una muestra representativa de mujeres adultas, en el cual los resultados pueden ser generalizados para proveer evidencia científica para diseñar políticas y programas nacionales de atención para la salud mental de las mujeres y, específicamente, de las madres. Lamentablemente, la Ensanut no recolectó datos sobre sintomatología depresiva en mujeres adolescentes, por lo que una limitación de este estudio es no poder generalizar sus resultados a esta población. Asimismo, al no ser un estudio enfocado en salud mental, no incluye un diagnóstico clínico de la depresión ni otras covariables de naturaleza psicosocial que podrían contribuir con un mejor entendimiento de la SD. La ausencia de un diagnóstico clínico imposibilita saber si la sintomatología reportada por las mujeres en la Ensanut refleja un cuadro clínico de depresión o una constelación de síntomas inespecíficos de malestar psicológico⁶⁷ que podrían derivar de otras presentaciones psicopatológicas. Otra limitación es el diseño transversal, el cual no permite explorar la naturaleza causal de las asociaciones identificadas ni cuantificar de manera

precisa el papel específico de posibles diferencias intra e interindividuales. Tampoco es posible investigar el periodo de la incidencia y la cronicidad de la SD, el cual podría introducir alguna heterogeneidad y riqueza a los resultados obtenidos.

Este estudio presenta evidencia sobre la magnitud de la SD en madres de niños pequeños, sobre el bajo nivel de detección y atención a la depresión en los sistemas de salud mexicanos y sobre la asociación de la SD con un conjunto de factores de riesgo. Dichos factores incluyen la violencia, la inseguridad alimentaria, el sexo del menor y el bajo peso al nacer, que ameritan esfuerzos de detección, atención oportuna o prevención en los diversos niveles de atención y a través de diversos sectores públicos. Es necesario que los formuladores de políticas apoyen acciones que prioricen la atención de las mujeres con depresión fijando pautas de práctica clínica dirigidas específicamente a los problemas de la salud mental materna.⁶⁸

Existe evidencia de que los beneficios de identificar y atender un caso de depresión son mayores a los gastos asociados,^{64,69} y que la detección, diagnóstico y tratamiento de la depresión materna mejoran la salud de las mujeres y de sus hijos a corto y largo plazo.^{66,70,71} Por ende, debe ser una prioridad del sector salud aumentar la detección y el acceso a opciones de tratamiento para la depresión, incluyendo protocolos formales de tamizaje y tratamiento dentro de la atención primaria pediátrica y de salud reproductiva.⁷² Además de intervenciones en el contexto clínico,⁷³ la SD también se puede atender a través de una combinación de intervenciones basadas en evidencia, sostenibles y que se pueden llevar a escala, orientadas hacia la población más vulnerable.⁷⁴ En un país con recursos restringidos como México, parece justificado invertir en abordajes de bajo costo y que requieran poca capacitación técnica, que incluyan los orientados hacia el apoyo social, grupos terapéuticos y visitas domiciliarias hechas por trabajadores comunitarios, los cuales han demostrado resultados positivos en reducir la SD en mujeres en países en desarrollo.^{17,75,76}

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. World Health Organization. Maternal mental health and child health and development in resource constrained settings: Report of a UNFPA/WHO international expert meeting-the interface between reproductive health and mental health. Ginebra, Suiza: WHO, 2009.
2. World Health Organization (2014). Depression. WHO.int [consultado el 5 de mayo de 2014]. Available at: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

3. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2012;90(2):77-156.
4. Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres). Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos, México, DF: Instituto Nacional de las Mujeres, 2006.
5. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez A, Estrada-Martínez S, Salas-Martínez C, Hernández-Alvarado AB, Ortiz-Rocha SG, et al. Prevalencia de depresión postnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Med Mex* 2010;146(1):1-9.
6. Fernald L, Burke H, Gunnar M. Salivary cortisol levels in children of low-income women with high depressive symptomatology. *Dev Psychopathol* 2008;20:423-436.
7. de Castro F, Hinojosa-Ayala N, Hernandez-Prado B. Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2011;32(4):210-217.
8. Ocampo R, Heinze G, Ontiveros-Urbe MP. Detección de depresión postparto en el Instituto Nacional de Perinatología. *Psiquiatría* 2007;23:18-22.
9. De Castro F, Place JM, Billings D, Rivera L, Frongillo E. Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among Mexican women: The role of demographic, psychosocial and perinatal factors. 2014. *Arch Womens Ment Health*. DOI 10.1007/s00737-014-0472-1
10. Ertel KA, Rich-Edwards JW, Koenen KC. Maternal depression in the United States: Nationally representative rates and risks. *J Womens Health* 2011;20(11):1609-1617.
11. Farr SL, Hayes DK, Bitsko RH, Bansil P, Dietz PM. Depression, diabetes, and chronic disease risk factors among US women of reproductive age. *Prev Chronic Dis* 2011;8(6):A119.
12. Rexrode KM. Emerging risk factors in women. *Stroke* 2010;41(10 Suppl):S9-S11.
13. Bowers K, Laughon SK, Kim S, Mumford SL, Brite J, Kiely M, et al. The association between a medical history of depression and gestational diabetes in a large multi-ethnic cohort in the United States. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2013;27(4):323-328.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental health disorders: DSM-5. 5a ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
15. Navarro C, Navarrete L, Lara MA. Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el postparto. [Factors associated to maternal perceptions of efficacy in the postpartum]. *Salud Ment* 2011;34(1):37-43.
16. deCastro F, Hinojosa N, Mayes LC. Maternal Attributions of Intentionality: Measuring Adaptive and Pathological Projections. *J Am Psychoanal Assoc* 2010;58(3):545-555.
17. Dawson G, Frey K, Panagiotides H, Osterling J, Hessl D. Infants of depressed mothers exhibit atypical frontal brain activity: A replication and extension of previous findings. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38(2):179-186.
18. Ronsaville DS, Muncichi G, Laney C, Cizza G, Meyer SE, Haim A. Maternal and environmental factors influence the hypothalamic-pituitary-adrenal axis response to corticotropin-releasing hormone infusion in offspring of mothers with or without mood disorders. *Dev Psychopathol* 2006;18:173-194.
19. Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black MM. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2011;89(8):608-615.
20. Surkan PJ, Ettinger AK, Ahmed S, Minkovitz CS, Strobino D. Impact of maternal depressive symptoms on growth of preschool and school-aged children. *Pediatrics* 2012;130(4):e847-55.
21. Martins C, Gaffan E. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41(6):737-746.
22. Elgar FJ, Mills RSL, McGrath PJ, Waschbusch DA, Brownridge DA. Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35:943-955.
23. 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.
24. Moore GA, Cohn JF, Campbell SB. Infant affective responses to mother's still face at 6 months differentially predict externalizing and internalizing behaviors at 18 months. *Dev Psychol* 2001;37(5):706-714.
25. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health* 2003;6(4):263-274.
26. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: An integrative review. *Psychol Bull* 1990;108:50-76.
27. Collishaw S, Dunn J, O'Connor TG, Golding J, the Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study. Maternal childhood abuse and offspring adjustment over time. *Dev Psychopathol* 2007;9:367-383.
28. Hazen AL, Connelly CD, Kelleher KJ, Barth RP, Landsverk JA. Female caregivers' experiences with intimate partner violence and behavior problems in children investigated as victims of maltreatment. *Pediatrics* 2006;117:99-109.
29. Koverola C, Papas MA, Pitts S, Murtaugh C, Black MM, Dubowitz H. Longitudinal investigation of the relationship among maternal victimization, depressive symptoms, social support, and children's behavior and development. *J Interpers Violence* 2005;20:1523-1546.
30. Taylor CA, Guterma NB, Lee SJ, Rathouz PJ. Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. *Am J Public Health* 2009;99(1):175-183.
31. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Franco-Núñez A, Villalpando S, Cuevas-Nasu L, Gutiérrez JP, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: diseño y cobertura. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl 2:S332-S340.
32. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Téllez-Rojo M, Franco-Núñez A, Gutiérrez-Robledo L, Sosa-Ortiz A. Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7) *Salud Publica Mex* 2013; 55(3):267-274.
33. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Téllez-Rojo M, Franco-Núñez A, Gutiérrez-Robledo L, Sosa-Ortiz A. Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7) *Salud Publica Mex* 2013; 55(3):267-274.
34. Radloff L. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Appl Psychol Meas* 1977;1(3):385-384.
35. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Téllez-Rojo MM, Franco-Núñez A, Gutiérrez-Robledo LM, et al. Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). *Salud Publica Mex* 2013;55(3):267-274.
36. Gutiérrez JP. Clasificación socioeconómica de los hogares en la ENSANUT 2012. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl 2:S341-S346.
37. Melgar H, Álvarez MC, Amoroso L, Ballard T, Ortega J, Pérez-Escamilla R, et al. Informe sobre taller regional: Armonización de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria – ELCSA. Cuernavaca, Morelos, Septiembre 2010 [consultado el 22 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.insp.mx/informe-taller-elcsa.html>
38. Long JS, Freese J. Regression Models for Categorical Outcomes Using Stata. Second Edition. College Station, TX: Stata Press, 2005.
39. De Castro F, Hinojosa-Ayala N, Hernandez-Prado B. Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2011;32(4):210-217.
40. Husain N, Creed F, Tomenson B. Depression and social stress in Pakistan. *Psychol Med* 2000;30:395-402.

41. Rahman A, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *J Affect Disord* 2007;100(1-3):115-121.
42. Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Anseau M. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *Am J Epidemiol* 2003;157(2):98-112. doi:10.1093/aje/kwf182
43. Woolhouse H, Gartland D, Mensah F, Brown SJ. Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care. *BJOG* 2014; DOI: 10.1111/1471-0528.12837
44. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115(6):481-486.
45. Beydoun H, Beydoun M, Kaufman J, Lo B, Zonderman A. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2012;75:959-975.
46. Valentine JM, Rodriguez MA, Lapeyrouse LM, Zhang M. Recent intimate partner violence as a prenatal predictor of maternal depression in the first year postpartum among Latinas. *Arch Womens Ment Health* 2011;14(2):135-143.
47. Donahue KL, Lichtenstein P, Långström N, D'Onofrio BM. Why does early sexual intercourse predict subsequent maladjustment? Exploring potential familial confounds. *Health Psychol* 2013;32(2):180-189.
48. Leung SS, Martinson IM, Arthur D. Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: findings from a prospective study. *Res Nurs Health* 2005;28:27-38.
49. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002;159:43-47.
50. Adewuya AO, Fatoye FO, Ola BA, Ijaodola OR, Ibigbami SM. Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women. *J Psychiatr Pract* 2005;11:353-358.
51. Ekuklu G, Tokuc B, Eskioacik M, Berberoglu U, Saltik A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *J Reprod Med* 2004;49:908-914.
52. Teichman Y, Rabinovitz D, Rabinovitz Y. Gender preferences of pregnant women and emotional reaction to information regarding fetal gender and postpartum: an examination of Freud's view about motivation for motherhood. *Sex Roles* 1992;26:175-195.
53. de Tyche C, Briançon S, Lighezzolo J, Spitz E, Kabuth B, de Luigi V, et al. Quality of life, postnatal depression and baby gender. *J Clin Nurs* 2008;17(3):312-322.
54. Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychol Med* 2003;33(7):1161-1167.
55. Gao LL, Chan SW, Mao Q. Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Res Nurs Health* 2009;32:50-58.
56. Casey P, Goolsby S, Berkowitz C, Frank D, Cook J, Cutts D, et al. Maternal depression, changing public assistance, food security, and child health status. *Pediatrics* 2004;113(2):298-304.
57. Hrdy SB. *Mother Nature: A history of mothers, infants and Natural Selection*. Nueva York: Pantheon Books, 1999.
58. 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.
59. Kaiser L, Baumrind N, Dumbauld S. Who is food-insecure in California? Findings from the California Women's Health Survey, 2004. *Public Health Nutr* 2007;10(6):574-581.
60. Hadley C, Patil CL. Food insecurity in rural Tanzania is associated with maternal anxiety and depression. *Am J Hum Biol* 2006;18(3):359-368.
61. Melchior M, Caspi A, Howard LM, Ambler AP, Bolton H, Mountain N, Moffitt TE. Mental health context of food insecurity: a representative cohort of families with young children. *Pediatrics* 2009;124(4):e564-72.
62. Place JM, Billings DL, Blake CE, Frongillo EA, Mann JR, de Castro F. Conceptualizations of Postpartum Depression by Public-Sector Health Care Providers in Mexico. *Qual Health Res* 2014 Oct 3. pii: 1049732314552812. [Epub ahead of print]
63. Huddleston-Casas C, Charnigo R, Simmons LA. Food insecurity and maternal depression in rural, low-income families: a longitudinal investigation. *Public Health Nutr* 2009;12:1133-1140.
64. Lynch T, Harrington J. Benefit cost analysis of the maternal depression project in Gadsden County, Florida. Tallahassee, FL: Center for Economic Forecasting and Analysis (CEFA), 2003 [consultado el 18 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.cefa.fsu.edu/content/download/47184/327657/file/maternal_depression.pdf
65. Medina-Mora ME, Fleiz Bautista C, Borges G, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment* 2003;26(4):1-16.
66. Cooper P, Murray L. Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Arch Dis Child* 1997;77(2):97-99.
67. Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS. Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:1229-1236.
68. Place JM, Billings D, Frongillo E, Blake C, Mann J, De Castro F. Policy for promotion of women's mental health: Insight from analysis of policy on postnatal depression in Mexico. *Adm Policy Ment Health* [artículo sometido].
69. Diaz JY, Chase R. The cost of untreated maternal depression. St. Paul, MN: Wilder Research, 2010.
70. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2197-2223.
71. Kessler RC. The costs of depression. *Psychiatric Clin North Am* 2012;35:1-14.
72. Woolhouse H, Gartland D, Mensah F, Brown S. Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care. *BJOG* 2014 May 21. [Epub ahead of print]
73. Lara M, Navarro C, Navarrete L. Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *J Affect Disord* 2010;122:109-117.
74. Baker-Henningham H, Powell C, Walker S, Grantham-McGregor S. The effect of early stimulation on maternal depression: A cluster randomized controlled trial. *Arch Dis Child* 2005;90:1230-1234.
75. Rahman A, Malik A, Sikander S, Roberts C, Creed F. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008;372(9642):902-909.
76. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Landman M, Molteno C, Stein A, et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *BMJ* 2009;338:b974.