



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

**Síntomas de depresión en mujeres de una comunidad
semi-rural de Morelos, a los 15 y 60 meses de edad de sus hijos**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PRESENTA:
ROSALINDA DOMÍNGUEZ ESPONDA

Directora de Tesis: Dra. María Asunción Lara Cantú

**Comité de Tesis: Dr. Samuel Jurado Cárdenas
Dra. Amada Ampudia Rueda
Dra. Lia Haskin Fernald
Dra. Ann Marie DiGirolamo**

MÉXICO, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A todas las mujeres pertenecientes a la comunidad de Xoxocotla, Mor., quienes participaron en las entrevistas de este estudio, y que al compartir sus experiencias y emociones conmigo, hicieron posible la realización de este documento, permitiéndome conocer un poco sobre su problemática emocional y la urgente necesidad de apoyo que requieren de las instituciones de salud, para salir adelante.

Agradecimientos

Agradezco a la Dra. María Asunción Lara Cantú, por el tiempo y atención que dedicó a la dirección de este trabajo y agradezco también de manera especial a la M. en C. Alejandra Jiménez A., compañera y amiga, por sus valiosos comentarios a lo largo del proceso de elaboración de la tesis.

Mi sincero agradecimiento a la Dra. Lynnette Neufeld, por el apoyo que siempre me ha brindado, y por la oportunidad que me dio de participar en uno de sus estudios, entrevistando a las mujeres que más tarde formarían parte de los resultados de este documento.

Agradezco también la confianza que depositaron en mí todas las mujeres que formaron parte de este estudio, por compartir conmigo sus sentimientos y emociones.

Finalmente agradezco a Alfonso, mi esposo, y a Pablo, mi hijo, porque con su comprensión y paciencia, hicieron posible la elaboración de este documento.

Tabla de Contenido

Resumen	6
Abstract.....	7
Introducción.....	8
Antecedentes.....	11
La depresión, un problema de salud pública.	11
- A nivel mundial.....	11
- La depresión en México	14
Marco Teórico	17
I Características de la depresión	17
II La depresión en las mujeres.....	22
2.1 Factores de riesgo.	22
2.1.1. Factores de riesgo biológicos.	23
2.1.1.1. Factores bioquímicos.....	23
2.1.1.2.- Factores genéticos	24
2.1.1.3. Factores Hormonales	26
2.1.2. Factores de riesgo psicosociales.....	33
2.1.2.1. Sucesos vitales.....	33
2.1.2.2. Apoyo social.....	35
2.1.2.3. Adversidad en la infancia.	36
2.1.2.4. Roles de género	38
2.1.2.5. Condiciones de pobreza.....	39
2.1.2.6. Violencia.....	40
III Depresión materna.....	43
3.1. Depresión en madres de menores de 5 años.....	46
3.2. Efectos de la depresión materna en el niño	48
3.2.1. Efectos en su desarrollo emocional, del comportamiento y cognitivo.	49
3.3 Búsqueda de ayuda profesional	52
3.3.1. El estigma social.....	53
IV. Depresión en mujeres de zonas rurales	53
4.1 Las comunidades rurales	53
4.2 Prevalencia de depresión en mujeres de zonas rurales	54
4.3. Factores de riesgo en zonas rurales	55
4.3.1. Roles de género	56

4.3.2. Condiciones de pobreza.....	56
4.3.3. Nivel de Escolaridad.....	57
4.3.4. Alcoholismo del conyugue	58
4.3.5. Violencia doméstica	59
4.3.6. Migración del conyugue	60
4.4. Disponibilidad de servicios de salud mental	61
4.4.1. Estrategias para la atención de los problemas de salud mental	62
Planteamiento del problema	63
Justificación	65
Objetivos.....	66
Hipótesis conceptuales	66
Metodología.....	69
Variables.....	69
Definición y operacionalización de variables.....	69
1. Variable independiente	69
2. Variable dependiente	71
Población del presente estudio	72
Muestra del Tiempo 1: estudio original.....	73
Muestra del Tiempo 2: estudio original.....	74
Muestra del presente estudio	75
Procedimientos	77
Consideraciones éticas.....	77
Diseño del estudio	78
Instrumentos	79
Análisis de datos.....	80
Resultados.....	82
Discusión	97
Limitaciones del estudio.....	107
Conclusiones.....	108
Referencias bibliográficas	110
Anexo I: Lista de Cuadros, Lista de Figuras	120
Apéndice I: Instrumento	121

RESUMEN

La depresión representa un grave problema de salud pública, que afecta en gran manera a las mujeres. Pocos estudios se han enfocado en conocer el grado en que madres de zonas rurales de México, con hijos pequeños y preescolares, presentan síntomas de depresión. El objetivo de este estudio longitudinal fue identificar la presencia y severidad de síntomas de depresión en madres con hijos de 15 y 60 meses de edad y su relación con variables socio-económico-demográficas.

Los síntomas de depresión fueron evaluados utilizando la *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D de Radloff*, la cual se aplicó a 176 madres de una comunidad semi-rural de Morelos, cuando sus hijos tenían 15 y 60 meses de edad. Mediante regresión logística se analizó la asociación de los síntomas de depresión, con variables socio-económico-demográficas.

Una proporción importante de madres (16.5%) presentó *severidad* ($CESD \geq 24$) y *cronicidad* (25%) ($CES-D \geq 16$) en síntomas de depresión, en ambas mediciones. La prevalencia de síntomas fue mayor cuando sus hijos tenían 15 meses (44.3%), en comparación a cuando tenían 60 meses (37.5%) ($p < 0.001$). Las madres con menor escolaridad presentaron más probabilidad de depresión severa ($RM=3.97$, I.C.95%:1.36, 11.57), al igual que las madres menores de 25 años ($RM=2.78$, CI 95%:1.03, 7.50). Mientras más bajo era su nivel socioeconómico, mayores eran las probabilidades de presentar depresión severa ($RM=2.77$, I.C. 95%: 0.93, 8.24)

Se observó una alta prevalencia de síntomas depresivos en las madres con baja escolaridad, bajo nivel socioeconómico y menores de 25 años; en particular, cuando sus hijos tenían 15 meses. Se requieren mayores estudios para entender los factores que contribuyen a esta situación, así como servicios de salud que atiendan de forma adecuada este tipo de trastornos en las madres con niños pequeños de zonas rurales de nuestro país.

ABSTRACT

Depression represents a serious public health problem which greatly affects women. Few studies have focused on examining the extent of depressive symptoms in mothers with toddlers and preschool children from rural areas in Mexico. The objective of this longitudinal study was to identify the presence and severity depressive symptoms for mothers with children 15 and 60 months of age, and the associations of depressive symptoms with socioeconomic and demographic variables.

Depression was assessed using the *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CESD) developed by Radloff, and was applied to 176 mothers from a semi-rural community in Morelos state when their children were 15 and 60 months old. Analyses examined associations of depressive symptoms with socioeconomic and demographic variables was analyzed using logistic regression.

A considerable proportion of mothers (16.5%) showed severe ($CESD \geq 24$) and chronic depressive symptoms (25%) in both occasions ($CES-D \geq 16$). Symptom prevalence was higher for women with children at 15 months of age (44.3%), compared when their children were 60 months old (37.5%) ($p < 0.001$). Mothers with lower education showed greater probability of suffering from severe depression ($OR = 3.97$, $C.I. 95\%: 1.36, 11.57$), as did mothers who were younger than 25 years old ($OR = 2.78$, $IC 95\%: 1.03, 7.50$). Mothers from a lower socioeconomic status had greater probability of suffering from severe depression ($RM = 2.77$, $I.C. 95\%: 0.93, 8.24$).

A high prevalence of depressive symptoms was observed in mothers with low education, low socioeconomic level and in those younger than 25 years old, in particular when their child was 15 months of age. More studies are needed to understand the factors that contribute to this situation and also to offer more health services, where mothers with young children, from rural areas, receive appropriate assistance for this disorder.

Introducción.

Actualmente la depresión representa un grave problema de salud pública, de tal forma que para el año 2020 se espera que se convierta en la 2ª. causa más importante de carga de enfermedad (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel & Ustun, 2007). En particular son las mujeres quienes se ven afectadas en mayor proporción por este trastorno, ya que se presenta en una relación de 2 mujeres por cada hombre. La falta de reconocimiento de la seriedad de la enfermedad, es una de las principales barreras para que las personas reciban el tratamiento adecuado, ocasionando que se convierta en una de las principales causas de discapacidad de la persona, ocupando el 4º. lugar en el caso de las mujeres, de entre todas las causas de carga de enfermedad a nivel mundial (WHO, 2010). La depresión impacta tanto a nivel afectivo, del comportamiento, cognitivo y somático de la persona que la padece y cuando no se atiende, tiende a convertirse en una situación crónica y recurrente que se refleja en el aumento de la discapacidad de la persona en términos de años de vida saludable (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel & Ustun, 2007).

La depresión en las mujeres se presenta a lo largo del ciclo reproductivo (pubertad, embarazo, posparto, menopausia) y su aparición no se puede adjudicar a un solo factor, ya que es el resultado de una combinación de factores (bioquímicos, genéticos, hormonales, psicológicos y sociales).

De acuerdo a la OMS las personas pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo y/o con baja escolaridad son las que tienen mayor riesgo de padecer depresión, a su vez son las que menos acceso tienen al tratamiento de este padecimiento (WHO, 2010). En México se ha llegado a confirmar, a través de encuestas realizadas con población de zonas urbanas y rurales, que existe una tasa de 2.5 mujeres por cada hombre con presencia de síntomas de depresión

(Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco & Fleis, 2003). Son varios los factores de riesgo implicados para que se desencadene un episodio depresivo, de entre ellos destacan los eventos adversos, como adversidades en la infancia, falta de apoyo social, relaciones insatisfactorias con la pareja, condiciones de pobreza, bajo nivel educativo y la violencia de que son objeto las mujeres, todo esto enmarcado dentro de los roles de género tradicionales.

Ahora bien, la presencia de este trastorno durante el embarazo, el posparto, o en la etapa preescolar de sus hijos, no solo llega a afectar las relaciones afectivas con las personas que la rodean, sino que llega a afectar el comportamiento de los hijos, desde etapas tempranas de su desarrollo, hasta etapas posteriores de su vida. La relación madre-hijo se ve afectada, dañando no solo el área emocional y del comportamiento de los niños en edad preescolar, sino también el área cognoscitiva, afectando su desempeño escolar (Engle, 2009; Horwitz, Briggs-Gowan, Storfer-Isser & Carter, 2009; Grantham-McGregor, et al., 2007; Paulson, et al, 2006; McLearn, Minkovitz, Strobino, Marks & Hou, 2006; Mian AI, 2005; Kahn, Brandt & Whitaker, 2004; Leiferman, 2002; Marchand, Hock & Widaman, 2002; Weinberg & Tronick, 1998)

La depresión se encuentra presente también en mujeres de zonas rurales de nuestro país, siendo las condiciones de marginación, los bajos niveles de escolaridad, excesivas cargas de trabajo, violencia doméstica, además del alcoholismo y migración del conyugue, importantes factores de riesgo. Son pocos los estudios realizados en los que se aborde la problemática del trastorno de depresión en mujeres de áreas rurales o semi-rurales de nuestro país y en particular de las madres con niños pequeños. Es por ello por lo que a través del presente estudio se busca conocer la presencia, severidad, cronicidad y cambios temporales de los síntomas de depresión en madres de niños pequeños, residentes de una comunidad semi-rural

del estado de Morelos, en dos puntos del desarrollo de sus hijos. Para determinar la presencia severidad , cronicidad y cambios temporales de los síntomas de depresión, se aplicó la *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)* de Radloff (1977), al mismo grupo de mujeres, cuando sus hijos tenían en promedio 15 meses de edad (T1) y de nuevo cuando tenían 60 meses de edad en promedio (T2). Asimismo, se busca conocer si la presencia de estos síntomas de depresión, la severidad, cronicidad y cambios temporales tienen relación con variables socioeconómicas y demográficas como nivel socioeconómico y la escolaridad de las madres, tal y como se ha observado en otros estudios, además de la edad y la presencia de una pareja. Los resultados podrían contribuir a que se reconociera al trastorno de la depresión como una prioridad de salud pública, en madres de zonas rurales e implementar programas que contribuyan al mejoramiento de la salud tanto física como mental, de las madres y de sus hijos.

Antecedentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud mental como un estado de bienestar en el que cada individuo desarrolla su propio potencial, puede lidiar con el estrés normal de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de contribuir a su propia comunidad. Sin embargo, millones de personas alrededor del mundo se ven afectadas por algún desorden como esquizofrenia (25 millones), trastornos por el consumo de alcohol (91 millones) y drogas (15 millones), epilepsia (50 millones), además de Alzheimer y otras demencias (24 millones), entre otros padecimientos (WHO, 2010)

Los desordenes mentales, neurológicos y del comportamiento ocasionan un inmenso sufrimiento, aislamiento social, calidad de vida pobre, implicando altos costos sociales y económicos.

La depresión, un problema de salud pública.

- A nivel mundial.

El trastorno de la depresión, es un importante problema de salud pública. Estimaciones realizadas por la OMS en 2002, indican que 154 millones de personas alrededor del mundo sufren de depresión, siendo esta una de las causas principales de discapacidad (WHO, 2010), entendida esta última como el deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto de cierta edad y sexo, en un contexto social determinado y la cual forma parte del costo social de la enfermedad (Lara, Medina-Mora, Borges & Zambrano, 2007). La depresión es también una de las principales causas de carga de enfermedad a nivel mundial. En el año 2000 se consideró como la 4ª. causa de carga de enfermedad, con el 4.4% del total de pérdida de años de vida saludable (DALYs). Incluso se considera que representa la proporción más alta de carga de

enfermedad, atribuible a consecuencias de salud no fatales, para casi el 12% del total de años vividos con discapacidad a nivel mundial (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel & Ustun, 2007).

En particular el reporte de la OMS, *The Global Burden of Disease 2004*, indica que alrededor de un tercio de los años vividos con discapacidad (Years Lost to Disability- YLD) por personas de todas las regiones del mundo, de 15 años o más, corresponden a condiciones neuropsiquiátricas. Y aun cuando esta carga de discapacidad de las condiciones neuropsiquiátricas son casi las mismas para hombres y mujeres, las causas principales son diferentes para cada sexo. Por ejemplo, la carga del trastorno de la depresión, es 50% más elevado en el caso de las mujeres, y en el caso de los hombres el consumo de alcohol y drogas es casi 7 veces más alto que en las mujeres, y corresponde a un tercio de la carga neuropsiquiátrica en los hombres (*“Global Burden of Disease Report”*, 2004). Resulta importante destacar que en los países de nivel socioeconómico medio y bajo, en la categoría de 0 a 59 años, se observa una mayor prevalencia de depresión (77.6), que en los países de nivel socioeconómico más elevado (15.8) (*“Global Burden of Disease Report”*, 2004)

La depresión es un trastorno mental común que se presenta en personas de todo género, edad y antecedentes y se manifiesta con una pérdida de interés o del placer, sentimientos de culpabilidad o de baja autoestima, trastornos del sueño y/o del apetito, falta de energía y poca concentración en las actividades que se realizan. Sin tratamiento, la depresión tiene la tendencia a convertirse en una situación crónica, recurrente y que con el tiempo se asocia con un incremento en la discapacidad de la persona (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel & Ustun, 2007).

Las proyecciones indican que para el año 2020, después de las enfermedades cardíacas (cardiovasculares), la depresión se convertirá en la segunda causa más importante de carga de enfermedad. (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel & Ustun, 2007).

Las consecuencias de sufrir síntomas de depresión pueden llegar a ser tan graves, como el hecho de que cada año se llegan a perder alrededor de 877,000 vidas por este motivo. Estos datos han llevado a la OMS a crear una iniciativa para reducir el impacto de la depresión en la que se busca cerrar substancialmente la brecha entre el costo-efectividad de los tratamientos disponibles y el gran número de personas en el mundo que no tienen acceso al tratamiento, como es el caso de las personas pertenecientes a niveles socioeconómicos bajos y/o con bajo nivel de escolaridad (WHO, 2010). Las principales barreras para un tratamiento efectivo de la enfermedad mental incluyen la falta de reconocimiento de la seriedad de la enfermedad mental, así como la falta de conocimiento de los beneficios de los servicios, y a la discriminación que se hace entre los problemas mentales y los de tipo físico (WHO, 2010)

Estudios recientes han mostrado que la prevalencia de problemas de salud mental en las mujeres en el periodo del embarazo y hasta un año después del nacimiento del bebé en países de nivel socioeconómico bajo, es más alta y persistente que en los países más desarrollados, siendo muy probable que esta situación no esté claramente identificada y por consiguiente no se esté atendiendo de la manera adecuada (*“Maternal Mental Health”*, 2008).

En un primer artículo de una serie de tres, sobre el desarrollo de los niños en países en desarrollo Grantham-McGregor y colaboradores (2007) explican la relación existente entre la pobreza de los países en desarrollo, con variables como la baja escolaridad materna, el incremento en la depresión y estrés de las madres, su poca responsabilidad y la escasa estimulación a los niños en los hogares. Todos estos factores coexisten en detrimento del

desarrollo del niño en edad preescolar. Sus primeros años de vida son de vital importancia, porque es cuando se da el desarrollo en todos los ámbitos. El cerebro se forma desde etapas tempranas y la más pequeña alteración de este proceso puede tener consecuencias a largo plazo en términos de la estructura cerebral y capacidad de funcionamiento. La calidad del cuidado materno es de vital importancia en esta etapa y cualquier variación puede producir cambios perdurables en la reacción de estrés, ansiedad y funcionamiento de la memoria de los niños (Grantham-McGregor, et al., 2007). Los autores concluyen que todos estos factores se verán reflejados en el desarrollo motor, cognitivo y socioemocional de los niños, traduciéndose en un pobre aprovechamiento escolar. De ahí la importancia de atender la salud mental de las madres, para evitar que sus hijos se vean afectados en su desarrollo físico y mental.

- La depresión en México

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más del 20% de población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco & Fleis, 2003)

Frenk y colaboradores estimaron que en México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el 5°. lugar como carga de enfermedad, considerando indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. De acuerdo a estos autores, 4 de las 10 enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo compulsivo y alcoholismo. Se espera que el índice de enfermos se incremente debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el

envejecimiento de la población, entre otros factores (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco & Fleis, 2003)

Estudios realizados en la ciudad de México como la *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de 2002* mostró que el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años de edad presenta trastornos afectivos, y el 7.8% corresponden a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón. En general, los hombres presentan prevalencias globales más altas de cualquier trastorno cuando se refiere a su ocurrencia “alguna vez en la vida” (30.4% hombres vs. 27.1% mujeres), mientras que las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno cuando se refiere a los “últimos 12 meses” (14.8% mujeres vs. 12.9% hombres) y en los “últimos 30 días” (6.5% mujeres vs. 5.1% hombres). El análisis de los resultados de la encuesta revela que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes en las mujeres y los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes en los hombres (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco & Fleis, 2003).

En la *Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED)*, realizada entre 2002 y 2003, en 38,700 hogares de zonas urbanas y rurales, se observó que a nivel nacional, el porcentaje de mujeres que refieren sintomatología de depresión es de 5.8% (IC 95% = 5.2, 6.5), mientras que en hombres fue de 2.5% (IC 95% = 2.2, 3.0), confirmándose la tasa de 2.5 mujeres por cada hombre. En términos de grupos de edad, se observó que el trastorno de la depresión se incrementa con la edad en ambos sexos: en las mujeres afectadas fue de 4% en las menores de 40 años y la cifra se eleva hasta 9.5% entre las mujeres mayores de 60 años. Estos datos contrastan con los de los hombres, entre los cuales la prevalencia de depresión fue de 1.6% entre los menores de 40 años, y de 5% en los mayores de 60 años. Asimismo, en la *ENED* se encontró que en las mujeres las prevalencias más altas de depresión corresponden a los

estados de Hidalgo, (9.9%), Jalisco (8.2%) y el Estado de México (8.1%) (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora & Lozano, 2005). En lo que se refiere a los niveles de discapacidad, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2001-2002) mostró que la depresión tiene el mayor impacto en el área laboral (4.88), ocasionando los niveles más elevados de discapacidad (4.72), después del estrés postraumático (5.35) (Lara, Medina-Mora, Borges & Zambrano, 2007). En términos de edad se observó que el episodio depresivo mayor presenta un primer auge alrededor de los 17 años, posteriormente a los 32 años y alrededor de los 65 años se presenta otro momento de auge (Medina-Mora, Borges, Lara & Benjet, 2005). No obstante, el curso de la enfermedad entre los que la sufren a edades tempranas, es más crónico y de mayor duración. Es decir, tienen episodios depresivos más largos y un mayor número de episodios en el transcurso de su vida (Medina-Mora, Borges, Lara & Benjet, 2005).

A continuación se exponen las posibles causas etiológicas de la depresión en las mujeres, tanto de tipo biológico como psicosocial.

Marco Teórico

I Características de la depresión

La depresión clínica es una condición seria que afecta a la persona en su vida diaria y la impacta en diferentes áreas de su vida: afectiva, del comportamiento, cognitivo y somático. Este trastorno no solo causa dolor a la persona que la padece, sino también a los que la rodean. Cuando una persona padece depresión, presenta síntomas en cada una de las áreas mencionadas y en diferente grado de severidad, frecuencia y duración, dependiendo del individuo y de su comorbilidad con alguna otra enfermedad que padezca.

Existen varios tipos de trastornos depresivos y entre los más comunes se encuentran el Trastorno de Depresión Mayor y el Trastorno Distímico. Este último se caracteriza por su larga duración, que puede ser de dos años o más, pero con síntomas menos severos que los de la depresión mayor, sin que imposibiliten a la persona a realizar sus actividades diarias, sin embargo sí le impiden sentirse bien. Las personas con Trastorno Distímico pueden sufrir Episodios de Depresión Mayor en una o varias ocasiones (DSM-IV-TR, 2000; NIMH, 2007).

- Depresión mayor

Al Trastorno de Depresión Mayor, se le conoce también como Depresión Clínica o Depresión Unipolar en contraposición a la Depresión Bipolar, en la cual se presentan tanto los síntomas depresivos como la manía, esto es, un estado de ánimo eufórico. La depresión mayor se caracteriza por presentar uno o más Episodios de depresión. En cada uno de estos episodios se padece por al menos dos semanas, un estado de ánimo depresivo o pérdida de interés ó de placer en casi todas las actividades, afectando áreas importantes del funcionamiento de la persona como el ocupacional y social (DSM-IV-TR, 2000).

La depresión a menudo co-existe con otras enfermedades que pueden anteceder, causar o ser una consecuencia de la depresión. Tal es el caso de los Trastornos de ansiedad como el Trastorno de Stress Pos Traumático (TSPT), o el abuso de alcohol o dependencia a alguna sustancia, o la existencia de alguna enfermedad médica seria, tales como padecimientos del corazón, cáncer, VIH/sida, diabetes y enfermedad de Parkinson. En estos casos los síntomas depresivos son más severos. (NIMH, 2007).

Sintomatología depresiva:

En el trastorno de la depresión, se presentan por lo menos 4 síntomas de la siguiente lista:

- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día
- 2) Una marcada disminución en el interés o placer en todo o en casi todas las actividades la mayor parte del día, todos los días.
- 3) Pérdida significativa de peso aun cuando no se esté a dieta, o ganancia de peso, incremento o decremento del apetito.
- 4) Insomnio o hipersomnio.
- 5) Agitación o retardo psicomotor.
- 6) Fatiga o pérdida de energía.
- 7) Sentimientos de poca valía o de excesiva culpa.
- 8) Habilidad disminuida para pensar o concentrarse y de indecisión.
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte e ideación suicida.

Para que sea considerado como Episodio de depresión mayor, deben persistir al menos 4 de esos síntomas la mayor parte del día, (DSM-IV-TR, 2000).

Medición de los síntomas de depresión

Existen escalas de depresión que son instrumentos que miden la presencia y gravedad de este trastorno a través de una serie de ítems o reactivos. Estas escalas tienen como objetivo evaluar la sintomatología de la persona en un marco temporal determinado, permitiendo definir el peso de cada ítem y obteniendo una puntuación final. Las escalas pueden ser leídas por el entrevistador o por la persona misma, pero es esta última la que elige los ítems que mejor reflejan su estado de ánimo. Estos instrumentos no pretenden emitir un diagnóstico de depresión propiamente dicho, ya que este solo se puede emitir a partir de la información psicopatológica obtenida a través de una entrevista clínica. Estos instrumentos resultan de gran utilidad en los centros de atención primaria, para identificar a las personas que presentan síntomas depresivos y posibilitan que el clínico lleve a cabo una entrevista (*“Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor”*, 2008). Ahora bien, estas escalas resultan ser también de gran utilidad en la realización de estudios de investigación.

Pruebas de depresión.

Algunas de las pruebas más utilizadas en los estudios de investigación son *Hamilton Rating Scale for Depression* de Hamilton (1960), *Beck Depression Inventory* de Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Ergaugh, (1961). En sí, existe una buena cantidad de instrumentos psicológicos y psiquiátricos para evaluar la depresión que han sido validados y utilizados en poblaciones diversas. Sin embargo el utilizado con mayor frecuencia en la investigación es la *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)* de Radloff (1977) (Salgado de Snyder & Maldonado, 1994). Esta prueba consta de 20 reactivos o incluso el CESD-7 que es una versión breve de la prueba y la cual solo consta de 7 reactivos, pero que

ha demostrado tener consistencia interna y confiabilidad como la prueba original (Herrero & Gracia, 2007). Pruebas como éstas ayudan a detectar el afecto depresivo, la falta de afecto positivo, los síntomas somáticos y las dificultades interpersonales, experimentadas en la última semana (Herrero & Gracia, 2007). A través de esta prueba, la mayoría de los miembros de una comunidad puede presentar uno o dos síntomas depresivos en un momento dado, y solo entre el 9 y 20% presenta suficientes síntomas que los sitúan en los grupos de “alto riesgo” de padecer una depresión clínica (Salgado de Snyder & Maldonado, 1994). Aun cuando este tipo de pruebas no constituyen un diagnóstico clínico de la enfermedad, los puntajes altos sí son un indicador del riesgo de padecer depresión o muestran la necesidad de tratamiento (Radloff, 1977). Es importante destacar que en términos del diagnóstico de depresión, esta prueba “ha reportado una sensibilidad de hasta 100% y especificidades desde 57% hasta 88% para la identificación del episodio depresivo mayor, utilizando como criterio una entrevista estructurada” (Bojorquez & Salgado de Snyder, 2009)

Puntos de corte.-

No existe un consenso sobre los puntos de corte adecuados en cada una de las diferentes pruebas, por lo que se emplean distintos puntos de corte e intervalos, para definir los niveles de gravedad. No obstante, la Asociación Psiquiátrica Americana recomienda determinados puntos de corte para algunas pruebas, como es el caso de la escala de Hamilton y la de Beck (*Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor, 2008*).

En el caso de la *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)*, Radloff y Locke establecieron un punto de corte de 16 para adultos angloamericanos y es el que se utiliza a nivel comunitario (Aguilera-Guzmán, Carreño García & Juárez García, 2004).

En Estados Unidos, éste es el punto de corte que se utiliza para la identificación de casos de depresión en estudios epidemiológicos (Salgado de Snyder & Maldonado, 1994). Lara y McLennan sugieren un punto de corte de 16 como “posibles casos” de sintomatología depresiva, (Lara, 2004, McLennan, Kotelchuck & Cho, 2001; Beeghly, Weinberg, & Olson, 2002), mientras que un puntaje ≥ 24 en el CES-D ha mostrado ser una medida de mayor discriminación para identificar casos de “riesgo muy alto” para presentar depresión (Lara MA., Le HN., Letechipia G., Hochhausen L., 2008), a la vez que ha mostrado ser una medida más sensible para identificar síntomas depresivos en análisis estadísticos con mujeres mexicanas en etapa perinatal y latinas en Estados Unidos (Lara MA., Le HN., Letechipia G., Hochhausen L., 2008; Lara, Navarro & Navarrete, 2010). Por su parte, McLennan utiliza también un punto de corte de 23 o más para indicar síntomas de depresión “muy elevados” a los cuales refiere como “depresión probable” (McLennan, Kotelchuck & Cho, 2001). Sin embargo, para población mexicana de adolescentes mayores, Mariño y colaboradores sugieren un puntaje de 26 (Aguilera-Guzman, Carreño García & Juárez García, 2004) y en otros estudios se ha sugerido un punto de corte de 35 para identificar casos de posible depresión entre mujeres mexicanas adultas de zonas rurales (Salgado de Snyder & Maldonado, 1994). Cabe mencionar que este último punto de corte no se ha utilizado ampliamente, debido a que la muestra del estudio era pequeña, además de que no ha sido validada de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) (Fleischer, Fernald & Hubbard, 2007). Es importante destacar que la utilización de puntos de corte más elevados a 16 y 24 como “posibles casos de depresión” y “con riesgo de depresión alta”, respectivamente, se corre el riesgo de no identificar oportunamente a un grupo de mujeres que pudieran estar presentando síntomas de depresión y que podrían requerir de atención y apoyo inmediato para

salir adelante. Asimismo, estudios realizados a nivel comunitario, estarían sub-reportando una problemática, que merece toda la atención de las instituciones de salud del país en cuestión.

II La depresión en las mujeres.

Estudios epidemiológicos sugieren que las mujeres tienen un riesgo más elevado que los hombres a padecer el trastorno de Depresión Mayor, el cual se hace más evidente después de la pubertad y continúa a lo largo del ciclo de vida reproductivo. (Soares & Zitek, 2008, Dennerstein & Soares, 2008).

2.1 Factores de riesgo.

La depresión mayor es un trastorno multifactorial (Lara 2008, Kendler et al., 1993, 2002, 2006, Dennerstein, et al., 2008). Es el resultado de una combinación de factores entre los que se incluyen una predisposición a influencias bioquímicas y genéticas, además de psicológicas y sociales. Como ejemplo de estos dos últimos factores estarían, el pertenecer a una familia disfuncional, haber padecido abuso sexual en la infancia, falta de apoyo social, tener una historia previa de depresión, dificultades maritales, y violencia doméstica, entre otros. Además de factores como sucesos vitales estresantes, tales como la pérdida prematura de uno de los padres (Lara, 2008, Kendler, 2002),

2.1.1. Factores de riesgo biológicos.

2.1.1.1. Factores bioquímicos.

A través de la resonancia magnética imaging (MRI) de personas que padecen depresión, se ha observado que su cerebro se muestra distinto al de las personas que no padecen este trastorno. Asimismo, se ha observado que importantes neurotransmisores están fuera de balance en las personas que sufren este trastorno y las partes del cerebro que son responsables de regular el humor, el pensamiento, el sueño, el apetito y el comportamiento aparecen funcionando de forma anormal (NIMH, 2007). Se ha documentado la participación de varios neurotransmisores en la patogénesis de la depresión, en particular, la serotonina y la noradrenalina. La serotonina (5-HT) ha sido el neurotransmisor más estudiado, por su papel clave como factor bioquímico de vulnerabilidad a la depresión. En estudios post mortem se ha encontrado una disminución de las concentraciones de serotonina (5-HT) en el tallo cerebral de sujetos suicidas. Asimismo, en sujetos que padecen depresión se ha observado la disminución de los niveles de triptófano (TRP) en el líquido cefalorraquídeo, así como una inapropiada secreción de melatonina, cuyos bajos niveles plasmáticos pueden ser utilizados como marcador biológico de rasgo de algunos tipos de depresión. Los autores coinciden en señalar que la mayoría de las manifestaciones clínicas que presentan los sujetos deprimidos, se pueden explicar a través de la alteración del sistema de neurotransmisión. (Moreno et.al, 2005)

Actividad cerebral.-

Asimismo, a través de los electroencefalogramas (EEG) de las personas que padecen depresión se han observado diferencias importantes en su actividad cerebral, en comparación con aquellas que no presentan este trastorno. Miller y colaboradores (2002), realizaron un

estudio encontrando que estas diferencias se presentan también por sexo. De ahí que concluyan que, la actividad cerebral regional se ve influenciada tanto por el género como por la variabilidad en el curso clínico del trastorno de la depresión (Miller, Fox & Cohn, 2002)

2.1.1.2.- Factores genéticos

Los estudios sobre antecedentes familiares de trastornos depresivos, revelan que algunos tipos de depresión tienden a presentarse entre los miembros de la misma familia, sugiriendo que existe un vínculo genético, (Bierut, 1999, Kendler 2001, 2006). Los estudios han demostrado que los familiares de las personas que padecen depresión, son de 2 a 3 veces más propensos a sufrir depresión que la población general (*Diccionario de especialidades*, 2008). Cuando se ha estudiado a pacientes adoptados con trastorno del estado del ánimo se ha llegado a comprobar que la frecuencia de estos trastornos es mayor en sus padres biológicos, que en sus padres adoptivos.

Diferencias por sexo.-

Sin embargo, la influencia de los factores genéticos en el riesgo de padecer Depresión Mayor impacta de diferente manera hombres y mujeres. Por ejemplo, existen genes que modifican el riesgo de la depresión en mujeres, en respuesta a la variable hormonal del ciclo menstrual y del embarazo. Estos genes afectan el riesgo genético para la Depresión Mayor en mujeres, pero no en hombres (Kendler, 2006). Se ha observado que las mujeres son las que presentan esa transmisibilidad de la depresión, de manera más significativa que los hombres (Bierut,1999, Kendler,2006), la cual comprende tanto factores ambientales como genéticos, que se pasan de padres a hijos. No obstante, en estudios realizados con gemelos no se han

observado estas diferencias de sexo, en la magnitud de estos factores que contribuyen a la depresión. (Bierut, 1999).

Estudios con gemelos.

Los estudios realizados con gemelos han sido muy útiles para conocer las contribuciones relativas de los factores genéticos a la causalidad de las enfermedades humanas. Este tipo de estudios han mostrado de forma consistente los efectos genéticos en el desarrollo de la depresión. En un estudio realizado por Sullivan, Neale y Kendler, (2000) de meta análisis de estudios primarios de epidemiología genética de la Depresión mayor, basados en estudios con gemelos y con familias de adopción de gemelos, los cuales se realizaron con metodología rigurosa, se llegó a las siguientes conclusiones: 1) El análisis de 5 grandes estudios conducidos con familias demostraron que la depresión mayor es un factor que se da en las familias, 2) La influencia genética es el factor que más contribuye a que la depresión se dé en las familias, 3) Existe poca evidencia de que la influencia de factores ambientales comunes a la familia (como el estilo de crianza de los hijos, el estatus socioeconómico, etc), sean factores importantes, pero sí hay evidencia de que en particular la influencia de los factores ambientales individuales son etiológicamente importantes 4) La depresión es un trastorno complejo que es el resultado tanto de influencias genéticas como del medio social (Sullivan, Neale & Kendler, 2000). Bierut y colaboradores, (1999) señalan que las experiencias ambientales individuales juegan un rol importante en el desarrollo de la depresión, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres. Al respecto, es importante mencionar que en un estudio realizado por Kendler et al. (1993) en el que se desarrolló un modelo etiológico para la predicción de episodios de depresión mayor en una muestra de 680 pares de gemelas cigóticas, el modelo utilizado predijo 50.1% de la varianza en la tendencia a la depresión

mayor. Los predictores más fuertes de esta tendencia fueron en orden descendente 1) eventos adversos, 2) factores genéticos, 3) historia previa de depresión y 4) neurosis. El modelo sugirió que para comprender la etiología de la depresión mayor, se requieren al menos de 4 amplias gamas de factores de riesgo interactuantes: “experiencias traumáticas”, “factores genéticos”, “temperamento” y “relaciones interpersonales”. En suma, los autores coinciden que la etiología de la depresión no solo resulta de la influencia de los factores genéticos, sino también de aspectos psicosociales y sucesos de vida.

2.1.1.3. Factores Hormonales

De acuerdo al DSM-IV-TR (2000), las mujeres se encuentran en mayor riesgo de desarrollar Episodios de Depresión Mayor en algún punto de sus vidas. Durante mucho tiempo se ha pensado que el incremento en la prevalencia del trastorno depresivo en las mujeres, está de alguna manera asociado con los cambios hormonales que ocurren a través de su ciclo reproductivo, tales como cambios perimenstruales, el embarazo, el periodo de posparto y la menopausia (Burt & Stein, 2002). Sin embargo, autores como Soares y colaboradores (2008) han observado que el rol de los factores psicosociales tiene una gran influencia en el cambio del estado de ánimo a lo largo del ciclo reproductivo de las mujeres. Por ejemplo, se ha observado que en la pubertad los cambios están asociados con la madurez sexual, el incremento de las presiones sociales y de las obligaciones. El trastorno disfórico premenstrual está asociado con traumas pasados y el bajo nivel educativo de las mujeres. El cambio en el estado de ánimo debido al nacimiento de un bebé se le asocia con eventos estresantes, bajo ingreso económico y complicaciones médicas. Mientras que a la etapa de la menopausia se le

ha relacionado con problemas de salud, falta de apoyo social y otros eventos estresantes como divorcio o muerte del esposo, etc. (Soares & Zitek, 2008).

- Pubertad

Burt y colaboradores (2002) afirman que la pubertad marca el inicio de riesgo elevado para la depresión en las mujeres. A partir de entonces una proporción significativa de mujeres reporta un agravamiento de los síntomas, tanto físicos como emocionales, lo suficientemente severos para ser diagnosticadas con Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) (Burt & Stein, 2002). Lo anterior coincide con los resultados obtenidos en un estudio realizado por Fisher y cols., quienes evaluaron la presencia y severidad de síntomas físicos y emocionales durante el ciclo menstrual de 207 adolescentes y 154 mujeres adultas, encontrando que los cambios en el estado de ánimo y alteraciones en el comportamiento eran significativamente más frecuentes en las adolescentes (49.8%) que en las mujeres adultas (34.4%), (Huerta, 2000). Otros estudios, como el realizado en la Cd. de León, Guanajuato con 860 adolescentes, han encontrado una relación positiva entre el nivel de desarrollo sexual y los problemas de afectividad de las adolescentes, es decir, que las jóvenes desarrolladas completamente a nivel sexual (estadio V en la escala de Tanner), presentan puntajes más altos en síntomas de depresión, ansiedad y estrés, y puntajes más bajos en su autoestima, en comparación con las menos desarrolladas (estadios I a IV). (Huerta, 2000). Sin embargo, aun cuando la producción de hormonas sexuales durante la pubertad pueda tener efectos en el sistema nervioso de las adolescentes, Lara (2008) y Huerta (2000) coinciden en señalar que los estudios realizados no son consistentes en cuanto a la existencia de una correlación directa entre los niveles hormonales y el estado de ánimo de las adolescentes y que factores como el aspecto físico y la imagen corporal sí tienen una relación con la autoestima y el estado de ánimo de las niñas y

adolescentes. El estudio realizado por Siegel y colaboradores, con 877 adolescentes de 13 a 18 años para evaluar su salud mental e imagen corporal, confirma que los sentimientos negativos sobre la imagen corporal contribuyen a una alta prevalencia de síntomas depresivos y baja autoestima en las adolescentes (Siegel, Yancey, Aneshensel & Schuler 1999; Hankin & Abramson, 1999). Otros investigadores han encontrado que más que los factores biológicos, son factores como adversidades en la infancia y roles de género los que han proporcionado más evidencia sobre las razones por las que las adolescentes se deprimen más que los hombres (Hankin & Abramson, 1999). De cualquier forma, es importante destacar que cuando este trastorno se presenta en la infancia o adolescencia, el impacto resulta severo, ya que interfiere con las tareas de desarrollo importantes en esta etapa de la vida como son la formación educativa y laboral, desarrollo de habilidades sociales y el desarrollo de la propia identidad, entre otras. (Medina-Mora, Borges, Lara & Benjet, 2005)

- Periodo Premenstrual

Durante el periodo premenstrual algunas mujeres se ven particularmente afectadas por síntomas disfóricos como cambios en el estado de ánimo, estados depresivos, incremento de irritabilidad y tensión, síntomas que caracterizan el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM), el cual generalmente se presenta en la última fase del ciclo menstrual (esto es, en los últimos 7 a 10 días) y continúa hasta los primeros días de la siguiente fase folicular (Soares & Zitek, 2008). La presencia de estos síntomas llega a afectar el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida de las mujeres. Aun cuando se han planteado diferentes hipótesis relacionadas con las diferencias en las concentraciones de hormonas esteroides por los ovarios para explicar la presencia de los síntomas premenstruales severos, estas no han sido

definitivas. Soares y Zitek (2008), coinciden en señalar que el Trastorno Disfórico Premenstrual ocurre en periodos de inestabilidad de las hormonas, progesterona y estrógeno, pero considera que también es importante tomar en cuenta los cambios en el sistema de la serotonina, en el Síndrome Premenstrual (SPM) y del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM). Cabe mencionar que la serotonina es un neurotransmisor que interviene en la aparición de algunos trastornos como la depresión y se ha sugerido que la progesterona aumenta el cambio en la serotonina y que una semana antes de la menstruación disminuye la captación de la serotonina plaquetaria. (Huerta, 2000).

- Embarazo y Posparto

El embarazo es un periodo de grandes cambios físicos y emocionales en el que algunas mujeres llegan a experimentar síntomas de depresión, afectando el desarrollo de sus actividades diarias,

En algún momento se pensó que para la mayoría de las mujeres, el embarazo podía ser protector contra los trastornos psiquiátricos, sin embargo Soares y Zitek (2008) afirman que la evidencia ha demostrado lo contrario, ya que en el caso de algunas mujeres el embarazo puede resultar un elevado riesgo para los trastornos de depresión y ansiedad (Soares & Zitek, 2008).

En un estudio de revisión de 29 estudios realizados en diferentes países, se encontraron rangos del 2 al 21% de Depresión Mayor en embarazadas y del 8 al 31% presentaba altos niveles de sintomatología depresiva. (Lara, Letechipia & Hochhausen, 2008). No obstante, Lara señala que la presencia de depresión en las mujeres durante el embarazo, es igual de frecuente que en las mujeres no embarazadas, y que la historia previa de depresión, es un factor de riesgo importante para que surja un episodio depresivo durante el embarazo. En el estudio realizado

por Lara y colaboradores (2006) en 3 instituciones públicas de la ciudad de México, realizado con embarazadas que acudieron a atención prenatal, se encontró que 30.7% de ellas presentaba síntomas significativos de depresión (CES-D ≥ 16), de las cuales el 59% mencionó haberlos padecido en el pasado. Lara también identifica otros factores psicosociales para la depresión en el embarazo, como la separación de los padres en la infancia, ser madre soltera, no desear estar embarazada, falta de apoyo social y baja escolaridad. (Lara, Navarro, Navarrete, Cabrera, Almanza, Morales, et al., 2006). Además de la baja escolaridad, Soares y Zitek, (2008) coinciden en señalar que las mujeres que experimentan un episodio depresivo mayor durante el embarazo son aquellas que son muy jóvenes, no casadas y de bajo nivel socioeconómico. En un estudio realizado con 4,398 mujeres en las cuales se analizó la presencia de depresión en las 39 semanas antes del embarazo, durante las 39 semanas del embarazo y 39 semanas después del nacimiento vivo de su hijo, se encontró que el 15.4% (678 de ellas), había padecido depresión durante al menos uno de esos periodos; el 8.7% tuvo un diagnóstico de depresión antes del embarazo, el 6.9% durante el embarazo y el 10.4% después del embarazo. El 54.2% de las que fueron identificadas con diagnóstico de depresión en el postparto, habían presentado depresión antes o durante el embarazo (Dietz, 2007). De ahí que los autores coincidan en señalar que el haber padecido un episodio depresivo previo al embarazo, sea un factor de riesgo importante para padecer depresión en ese periodo y/o haber padecido depresión durante el embarazo, sea un factor de riesgo para tener depresión en el posparto (Lara, et al., 2008; Lara et al., 2006; Dietz, et al., 2007; Soares y Zitek, 2008)

- Depresión posparto

Se ha considerado que la aparición de la depresión por vez primera y la depresión severa, es tres veces más alta en el periodo postnatal que en otros periodos de la vida de las mujeres.

Algunos autores han llegado a confirmar estos datos, sugiriendo que las tasas son particularmente altas durante el primer trimestre posterior al nacimiento del bebé (*Maternal mental health*, 2008). Por lo general, la depresión posparto aparece durante las cuatro semanas posteriores al parto y se caracteriza por mayor ansiedad, explosiones de llanto, poco interés en el bebé y sentimientos de culpa por no cubrir las expectativas sociales. Su prevalencia va de 12% hasta 47% en la población latinoamericana, (Lara, et al., 2005), mientras que en México la incidencia es de 19.3% después de la segunda semana del parto y de 22.5% después de la cuarta semana. (García, Ortega-Soto, Ontiveros & Cortes, 1991). En términos hormonales, la depresión posparto se caracteriza por una disminución abrupta en los niveles de estrógeno y progesterona. Estudios clínicos realizados apoyan la hipótesis de que estos cambios hormonales abruptos, que se presentan en el periodo inmediato del posparto, tienen una influencia clave en el aumento del riesgo de padecer depresión durante este periodo. En opinión de Soares & Zitek (2008), las amplias variaciones en los niveles hormonales observados durante los diferentes ciclos reproductivos (periodo premenstrual, embarazo, posparto y menopausia) sugieren que no son los niveles hormonales absolutos los que ocasionan los trastornos depresivos, ya que estos varían de una etapa a otra; sino más bien son las drásticas y caóticas fluctuaciones hormonales las que contribuyen al riesgo de padecer un trastorno depresivo (Soares & Zitek, 2008).

- Menopausia

La aparición de la menopausia o transición a la menopausia se caracteriza por la aparición de síntomas tales como bochornos, dolor en las articulaciones, problemas para dormir, falta de energía, disminución del deseo sexual, entre otros (Dennerstein & Soares, 2008). Estos

síntomas se presentan a raíz de los ciclos irregulares del ciclo menstrual (perimenopausia), hasta llegar a su terminación –menopausia: amenorrea durante 12 meses- llegando a la posmenopausia (4 años sin menstruar) (Soares & Zitek, 2008). En un estudio realizado por Freeman, Sammel, Lin y Nelson (2006), en el que dieron seguimiento durante 8 años, a 231 mujeres premenopausicas que no tenían antecedentes de trastorno depresivo encontraron que el cambio en los niveles hormonales de las mujeres, (aumento en los niveles de la hormona folículo estimulante, hormona luteinizante, y el incremento en la variabilidad de estradiol) tuvo una asociación significativa con altos puntajes en la escala de depresión CES-D. Huerta (2000), también observó que la hormona folículo estimulante (FSH) aumenta con la edad de la mujer y demostró que este factor tiene una relación positiva con los síntomas de depresión. No obstante, Burt y Stein (2002) especifican que de las mujeres en transición a la perimenopausia, las que tienen antecedentes psiquiátricos, son en particular quienes presentan síntomas depresivos.

De ahí que los síntomas de la depresión se traslapen con los cambios hormonales asociados a la menopausia, representando un problema su identificación, presentándose una controversia respecto a si los síntomas depresivos que se presentan en esta etapa, son causados por un estado psicológico relacionado con el envejecimiento cronológico y reproductivo de la mujer, además de sucesos vitales o si se deben a cambios hormonales.

En suma, desde un enfoque biológico, son diversos los factores implicados en la etiología de la depresión, como por ejemplo, la alteración del sistema de neurotransmisión en el que neurotransmisores como la serotonina y la noradrenalina, participan de forma desbalanceada.

Otro factor es el genético, a través del cual se ha observado que el trastorno de la depresión es más común entre miembros de la misma familia. Los estudios realizados con gemelos confirman la vulnerabilidad para padecer síntomas de depresión, sin embargo algunos autores coinciden en señalar que esto también se debe a influencias psicosociales. Los cambios hormonales a lo largo del ciclo reproductivo de la mujer es otro factor importante en la etiología de la depresión. No obstante, algunos autores señalan que no se deben descartar los factores psicosociales, adversidades en la infancia y roles de género en la aparición de síntomas de depresión durante las diferentes etapas del ciclo reproductivo.

2.1.2. Factores de riesgo psicosociales.

2.1.2.1. Sucesos vitales

De acuerdo a Lara, Navarro y Navarrete, (2004), los sucesos vitales son acontecimientos discretos que aparecen en un momento preciso. Estos sucesos incluyen la vivencia de pérdidas, no solo personales como la muerte o separación de un ser querido, sino también la pérdida de un papel social o de una idea. Los sucesos vitales tienen un importante papel en el desencadenamiento de un episodio depresivo y también influyen en la severidad de los síntomas de depresión (Lara et al.,2004, Kendler, Karkowski & Prescott, 1999, Horesh, Brunstein & Apter 2008). Lara y colaboradores (2008) señalan que entre el 75% y el 90% de los episodios depresivos que se presentan, ha habido al menos un suceso vital amenazante, que antecede al episodio depresivo (Lara, Letechipia y Hochhausen, 2008). En un estudio realizado por Horesh y colaboradores (2008), se observó que en particular los eventos relacionados con pérdidas y que se presentan en el año que antecede a la aparición del episodio de depresión, se da en mayor proporción entre los pacientes con Depresión Mayor, que entre los grupos controles (Horesh & Brunstein, 2008). Asimismo, la evidencia sugiere

que además de los sucesos vitales, en la clase de nivel socioeconómico más bajo, las dificultades crónicas contribuyen significativamente a la predominancia de trastornos no psicóticos, como son la depresión y ansiedad. (*Women's mental health*, 2000). A diferencia de los sucesos vitales, las dificultades crónicas son problemas que se prolongan por al menos cuatro semanas. De particular importancia son aquellos eventos y dificultades caracterizados por pérdidas, humillaciones, sentido de falta de control y un sentimiento de inferioridad. Kendler y colaboradores (1999) exploran la relación entre los sucesos vitales estresantes y la aparición de episodios de depresión mayor en una muestra de gemelas, con el interés particular de analizar si la exposición a los sucesos vitales estresantes está relacionada con factores genéticos y si estos factores se correlacionan con la predisposición a la depresión. Los investigadores concluyen que los sucesos vitales sí tienen una relación causal directa con los episodios de depresión, sin embargo observan que un tercio de la relación entre los sucesos vitales y la aparición de un episodio depresivo no tienen una relación causal, ya que los individuos con predisposición a Depresión Mayor, se exponen ellos mismos a situaciones de riesgo. De ahí que se hable de un conjunto de rasgos genéticos que predisponen a la exposición de sucesos vitales estresantes y a episodios de depresión mayor. (Kendler, Karkowsk & Prescott., 1999). Los sucesos vitales que entrarían dentro de esta categoría son los eventos controlables o dependientes en contraposición a los independientes o no controlables. Los rasgos de personalidad asociados al origen genético de los eventos controlables son impulsividad, tolerancia a la frustración y toma de riesgos (Harris, 2001)

Además de los sucesos vitales, otros factores que también se han asociado con el incremento en la depresión y ansiedad y que ha menudo interactúan entre ellos son: un nivel educativo bajo, el desempleo o no tener un buen empleo, la falta de vivienda o inseguridad en la tenencia

de la vivienda, un ingreso inadecuado y poco apoyo social, incluyendo relaciones insatisfactorias con vecinos y familiares (*Women's mental health*, 2000).

2.1.2.2. Apoyo social.

El apoyo social es otro de los factores involucrados en el desencadenamiento de un episodio de Depresión Mayor. Lara y colaboradores (2004) definen al apoyo social como “un constructo amplio - a veces considerado como un *metaconstructo*- que con frecuencia se define, según los propósitos de cada estudio. Este puede referirse al número o densidad de la red social de apoyo, a la calidad de ésta, a la percepción subjetiva respecto de que ciertas conductas brindan apoyo y al grado de intimidad con la pareja y puede aludir a aspectos emocionales o a instrumentales” (Lara Navarro & Navarrete, 2004). Estudios realizados han mostrado que contar con el apoyo de una sola persona tiene mejores resultados, que contar con varios contactos sociales, además de que contar con una relación de confianza, protege ante situaciones adversas (Lara et al., 2004). En comparación con los hombres, las mujeres tienen redes sociales más amplias e íntimas, y algunos estudios han evidenciado que las mujeres se ven más afectadas por la falta de apoyo social. En un estudio realizado por Kendler y colaboradores (2005), con 1,057 pares de gemelos dizigóticos de sexo opuesto (comparten estadísticamente el 50% de sus genes), se encontró que las mujeres recibían más apoyo social que sus hermanos varones gemelos, sin embargo cuando no recibían el apoyo por parte de sus hermanos gemelos, otros familiares, padres y/o esposos, ellas eran más susceptibles de padecer síntomas depresivos. . De ahí que se concluya que en el caso de las mujeres, las relaciones sociales de apoyo emocional son más protectoras contra la Depresión Mayor, que en el caso de los hombres (Kendler, Myers & Prescott. 2005). Estos resultados se ven

corroborados en el estudio realizado por Lara y colaboradores (2004)., en la cd de México entre 1998 y 2000, con 254 mujeres que presentaban síntomas de depresión. En este estudio se evaluó el apoyo social con el que contaban a partir de 4 reactivos, encontrándose que los tipos de apoyo con los que cuenta la mayoría son “para resolver problemas económicos” (67.7%), “apoyo para obtener información” (57.9%), y el “apoyo de un/una confidente” (48%). El apoyo que menos se mencionó fue el de “cercanía con la pareja” (41.9%) y fue mencionado por aquellos que en ese momento contaban con una pareja. Al evaluar si había diferencias en la presencia de síntomas de depresión entre las personas que contaban o no con cada uno de los apoyos, se encontró que en todos los casos, no disponer del apoyo mencionado se asoció de manera significativa con más síntomas de depresión. (Lara, Navarro & Navarrete, 2004).

2.1.2.3. Adversidad en la infancia.

Además de los anteriores, otro factor psicosocial que también ha mostrado contribuir significativamente a los episodios de Depresión mayor es el de adversidad en la infancia. Se le considera como factor de riesgo para el desarrollo de episodios depresivos, debido a la situación de vulnerabilidad en que deja a la persona que padece el acontecimiento y a la baja autoestima que le genera en su persona. (“*Women’s mental health*”, 2000). La adversidad en la infancia incrementa el riesgo de padecer depresión en etapas posteriores, a través de diferentes caminos, ya sea de tipo biológicos, por factores psicosociales adversos, por episodios de depresión en la adolescencia y por la situación de vulnerabilidad, (Piccinelli & Wilkinson, 2000) El abuso sexual durante la infancia es un factor de estrés experimentado principalmente por las mujeres, con un estimado de incidencia que va del 6% al 15% (Weiss, Longhurst & Mazure, 1999). En comparación con los daños que ocasiona un abuso sexual

sufrido en la adultez, las consecuencias del abuso sexual en la infancia son tan graves que llegan a ocasionar enfermedades psiquiátricas en la etapa adulta, En el caso de las mujeres en particular, se han identificado trastornos como el estrés postraumático, depresión, la ideación y el intento suicida, disfunciones sexuales, dependencia del alcohol o drogas, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja, entre otros. (González, Ramos, Vignau & Ramírez, 2001). Lara (2008) menciona que en comparación con un grupo control (6%), un alto porcentaje de mujeres que padecían depresión (25%) experimentaron abuso sexual en la infancia (Lara, 2008). Asimismo, en una revisión de siete estudios realizados en diferentes países, con mujeres de comunidades, Weiss y colaboradores (1999), encontraron que había una alta ocurrencia de episodios de depresión en las mujeres adultas que en su infancia habían padecido de abuso sexual, en comparación con las que no habían pasado por esta experiencia. Las consecuencias de vivir el abuso sexual en la infancia pueden ser tan graves como lo puede ser el suicidio. En una encuesta realizada en la ciudad de México en 1998 con 936 estudiantes de dos secundarias, se encontró que el 7% de las mujeres reportaron haber experimentado abuso sexual (vs. el 2% reportado por los hombres), y el 11 % de ellas habían intentado suicidarse (González et al., 2001). Otra de las consecuencias del abuso sexual en la infancia se evidencia en el estilo de vida de estas personas, el cual se distingue por tener una gran incidencia de matrimonios en la adolescencia, divorcios o separaciones, bajo nivel socioeconómico y otros varios factores estresantes. Se ha sugerido que en la relación entre abuso sexual en la infancia y la aparición de episodios depresivos en la adultez, interviene otra variable como lo es la falta de atención en la crianza de los niños, la cual puede incrementar la posibilidad de padecer ambas situaciones (Weiss, et al., 1999).

2.1.2.4. Roles de género

El rol social y cultural que desempeñan las mujeres en las diferentes culturas, las llevan a ubicarse en una posición de subordinación, de inequidad de género, dependencia financiera, exceso de carga de trabajo y pobreza, entre otros. (Lara, 2008). Estos roles contribuyen a que las mujeres presenten altas tasas de depresión. De acuerdo a Lagarde, la sociedad patriarcal ha construido espacios en los que confina a las mujeres, a los cuales denomina *cautiverios*, por la opresión patriarcal que los caracteriza y en los cuales ellas sobreviven y de hecho llegan a sentirse felices, a pesar del sufrimiento que padecen, de su rol de subordinación ante el poder de los hombres, y de la privación de su autonomía, asumiendo una servidumbre voluntaria. Así, el *cautiverio de la madresposa* está construido sobre la sexualidad procreadora, la filialidad y la conyugalidad. El *cautiverio* produce frustración y ésta a su vez produce hostilidad y resentimiento, sentimientos que los hacen inconscientes, ante la imposibilidad de externarlos abiertamente, y se manifiestan en forma de síntomas depresivos principalmente (Lara, Fernández, Acevedo & López, 1996). Esta situación de inequidad y subordinación, implica limitaciones y falta de oportunidades que las llevan a vivir un sentimiento de fracaso, que se auto reprochan al confundirlo con una falla personal, (Lara, 2008). Por otra parte, las demandas específicas que le plantea el matrimonio, hacen que este tenga efectos perjudiciales en ellas, y que sea limitado el número de roles que puede desempeñar de forma simultánea. Razones similares explican que las que se dedican a cuidar a sus hijos tengan un mayor riesgo de padecer depresión (Piccinelli & Wilkinson, 2000). En el caso de las mujeres que son madres, el desempeño de roles múltiples, le genera un conflicto de roles, al cual se le ha relacionado con la depresión. En un estudio realizado por Lara y colaboradores (1993), con 103 madres empleadas (enfermeras) y 108 madres no empleadas, ambos grupos con hijos

entre 5 y 6 años y con una relación de pareja al momento del estudio; se encontró que las mujeres que no contaban con un empleo, presentaban mayores niveles de depresión y mayores puntajes en el conflicto de roles, en comparación con las mujeres que trabajaban (Lara, Acevedo, López & Fernández, 1993). Lo anterior indica por un lado, que las mujeres casadas, sin un empleo pagado tienen que mantener su identidad y autoestima en el rol de ama de casa, el cual conlleva muchos elementos frustrantes y ha sido altamente devaluado en las sociedades modernas (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Por otro lado, en el caso de las madres que trabajan fuera del hogar, los resultados indican que aun cuando se enfrentan a una discriminación económica y a conflicto de roles por la doble y pesada carga de trabajo, dentro y fuera del hogar, obtienen satisfacciones psicológicas importantes.

2.1.2.5. Condiciones de pobreza

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (2000) han mostrado que la pertenencia a un nivel socioeconómico bajo se relaciona con ciertos trastornos psiquiátricos como esquizofrenia, trastornos de personalidad antisocial, abuso de sustancias, además de depresión mayor. Y una de las explicaciones que se da a esta relación es en términos de la gran adversidad psicológica y social que acompaña a las personas de niveles socioeconómicos bajos y que en consecuencia les produce altos niveles de estrés y depresión ("*Women's mental health*", 2000). En opinión de Brown (Lara, 2008), la pobreza reduce las posibilidades de controlar la adversidad en las mujeres y en otros miembros de la familia, incrementa la experiencia negativa de abuso y desatención en la infancia y duplica el riesgo de padecer depresión mayor (Lara, 2008). Asimismo, se ha visto que la carencia de recursos conlleva estrés, tristeza, aislamiento, incertidumbre, hechos negativos frecuentes y escasas

posibilidades de acceso al sistema de salud. En un estudio realizado en la Cd. de México por Berenzon y colaboradores (2005) con hombres y mujeres de nivel socioeconómico bajo y medio bajo, se encontró que la mayor prevalencia de trastornos depresivos se presentó en las mujeres y en la población de menores recursos económicos. En particular se observó que sus síntomas depresivos se asociaban, entre otros aspectos, con su situación económica desventajosa, como el bajo ingreso económico familiar, aunado a una familia numerosa y extensa (Berenzon, Tiburcio & Medina-Mora, 2005). Otros estudios realizados, como el de Whitaker y colaboradores (2006) han evidenciado que la restricción de recursos económicos se vincula además de los síntomas de depresión y ansiedad en las madres, con problemas de comportamiento en los niños. Estudios cualitativos han mostrado que la inseguridad de la comida, definida como una limitada o incierta disponibilidad de alimentos nutritivos, como resultado de la falta de recursos económicos, es una forma particular de privación que puede estresar a las madres y a sus hijos (Whitaker, Phillips y Orson, 2006). Los datos sugieren que las condiciones de pobreza en las que viven algunas mujeres, hacen que se incremente en ellas el riesgo de padecer depresión y una baja calidad de vida, comprometiendo también la salud física y emocional de sus hijos.

2.1.2.6. Violencia

La violencia contra la mujer es un gran problema de salud pública que ocasiona graves consecuencias físicas y psicológicas a quien la padece. Las mujeres que han experimentado violencia, ya sea en la infancia o en su vida adulta, presentan altas tasas de depresión y ansiedad, (Lara, 2008; Rivera-Rivera, Alen B, Rodríguez-Ortega G., Chávez Ayala R., Lazcano Ponce E, 2006; “*Women’s mental health*”, 2000), baja autoestima, altos niveles de

auto-crítica, poca capacidad de afecto (Lara, 2008), uso de alcohol y drogas, trastorno de estrés postraumático, suicidio o intento de suicidio, entre otros. (Lara, 2008; Rivera-Rivera, Alen B, Rodríguez-Ortega G., Chávez Ayala R., Lazcano Ponce E, 2006; Valdés R. & Juárez C., 1998). En las relaciones de pareja, el problema de la violencia inicia desde el noviazgo, y en estudios recientes se ha observado que en algunas poblaciones, este problema afecta a casi la mitad de las mujeres adolescentes y puede ser un precursor de la violencia durante la vida marital. La violencia física en el noviazgo se puede incrementar hasta en 51% en los primeros 18 meses de vida en pareja, teniendo como resultado, que entre el 30% y 72% de las mujeres mexicanas es víctima de violencia por parte de su pareja (Rivera-Rivera et al., 2006). De acuerdo a Silverstein y colaboradores, (2006), la depresión y los síntomas traumáticos coexisten con frecuencia y entre el 62% y el 81% de las mujeres víctimas de violencia doméstica, presentan el trastorno de estrés postraumático. En un estudio realizado por Silverstein y colaboradores (2006), para conocer los efectos de la depresión materna y su exposición a violencia doméstica y violencia en la comunidad, sobre el desempeño cognitivo de niños preescolares, se encontró que los síntomas depresivos fueron dos veces más comunes entre las madres que habían estado expuestas a la violencia comparadas con las que no habían estado expuestas (33% vs. 15%; $p > 0.0001$) (Silverstein, Augustyn, Cabral, & Suckerman, 2006). Asimismo, en un estudio de seguimiento, realizado por Campbell y Kub (Valdés y Juárez, 1998), durante 2.5 años, a 43 mujeres maltratadas, se observó que de las 32 mujeres que habían dejado de ser maltratadas, en el 91% de ellas, hubo un claro decremento de los niveles de depresión. Esta misma tendencia se ha observado en mujeres maltratadas, que dejaron de estar expuestas a la violencia, porque fueron atendidas en los albergues y desde el momento en el que los abandonan e incluso hasta 10 semanas después de salir del albergue,

presentan menores niveles de depresión (Valdés y Juárez., 1998). De ahí que la violencia sea un importante factor de riesgo para que las mujeres padezcan altos niveles de depresión, los cuales llegan a disminuir cuando el maltrato cesa.

Suicidio, consecuencia más grave de la depresión

De acuerdo al INEGI, en México en el 2001 se cometieron 3 mil 089 suicidios, lo cual equivale a 3.1 suicidios consumados por cada 100,000 habitantes en el país. El 18% de los casos de suicidio se dio en mujeres y de estos, el 46% se ubica en el grupo de 15 a 29 años de edad. La enfermedad mental se encuentra entre las principales causas por las que se suicidaron (7%), además de disgusto familiar (11.9%) y causas amorosas (7.9%). (*Estadísticas a propósito día de muertos*, 2003). Lara y colaboradores (2008), afirman que los altos niveles de ideación suicida tienen una relación positiva con diagnóstico de trastorno emocional, aumento en la severidad de su auto-reporte de depresión y aumento en los niveles negativos de expectativas sobre el futuro (Lara et al., 2008). Al respecto cabe mencionar que el intervalo entre la primera comunicación de ideación suicida o el comportamiento suicida y el realizar el suicidio, varían de acuerdo al trastorno mental coexistente, pero ese intervalo es más corto en los trastornos depresivos que en los trastornos psicóticos o de la personalidad. En los resultados de un estudio de seguimiento en Suecia, a una cohorte de 39,685 personas que ingresaron al hospital de 1973 a 1982 por haber intentado suicidarse, se encontró que los trastornos que representaron un riesgo más fuerte para completar el suicidio fueron esquizofrenia, trastorno bipolar, unipolar y otros trastornos de depresión (Tidemalm, Langstrom, Lichtenstein, Runeson, 2008).

De ahí que el trastorno de la depresión deba ser considerado como un grave problema de salud pública que puede tener consecuencias fatales de no atenderse de forma oportuna.

En suma, los sucesos vitales juegan un importante papel como factor de riesgo de la depresión, no obstante en opinión de algunos autores se confunden con rasgos genéticos que en algunos casos predisponen a la exposición de sucesos vitales estresantes (controlables) y por consiguiente a episodios de depresión mayor. El apoyo social es un factor protector contra el riesgo de padecer depresión, siendo las mujeres quienes se ven más afectadas por la falta de apoyo social. El haber padecido abuso sexual en la infancia es un importante factor de riesgo para padecer depresión en la etapa adulta. Asimismo, los roles de género asignados a la mujer como el de procreadora y ama de casa, además del rol de subordinación ante el poder de los hombres, conllevan muchos elementos frustrantes, que las llevan a padecer altos índices de depresión. Diversos estudios muestran que el bajo nivel socioeconómico y las carencias que implica, representan un factor de riesgo más para que las mujeres padezcan depresión, además de afectar la salud física y emocional de sus hijos. Las mujeres violentadas presentan altas tasas de depresión y baja autoestima, que en algunos casos llegan a terminar en suicidios.

III Depresión materna

Como se mencionó, son varios los factores de riesgo implicados en la presencia de síntomas de depresión en las madres, como el tener una historia previa de depresión, (factor de riesgo en el embarazo, y en opinión de algunos autores también es un factor de riesgo en el posparto) (Dietz, 2007; Yonkers et al., 2001; Kahn, Brandt & Whitaker, 2004), además de ser madre soltera, tener un embarazo no planeado y/o no deseado, tener un embarazo en la adolescencia, tratarse del primer embarazo, y la falta de apoyo social (Lara, et al., 2008). Algunos autores

identifican que también el bajo nivel educativo es un factor de riesgo importante para padecer depresión, tal y como se señala en el estudio realizado en Turquía, con población de bajo nivel socioeconómico de zonas rurales y urbanas, en el que se encontró que en las mujeres sin estudios, el riesgo de padecer depresión era el doble que en aquellas que habían obtenido grado universitario (RM= 2.8, 95% CI: 1.39-3.11) (Inandi, Elci, Ozturk, Egri, Polat, & Sahin, 2002).

La presencia del trastorno de depresión durante el embarazo y el periodo postnatal, se asocia con una carga de enfermedad significativa que afecta no solo a la madre, sino que puede llegar a tener efectos a corto y largo plazo sobre los hijos (Mian AI, 2005, Kahn, Brandt & Whitaker, 2004).

Es importante señalar que aun cuando la mayor parte de la información sobre depresión materna se centra en la etapa del posparto, existe información que indica que las madres pueden sufrir de síntomas severos de depresión más allá de la etapa del posparto, es decir, en los primeros años de vida de sus hijos y que la severidad de estos síntomas tienen relación con problemas más severos en los niños (Horwitz, Briggs-Gowan, Storfer-Isser & Carter, 2009)

En el estudio mencionado realizado en varias provincias de la zona Este de Turquía, en zonas urbanas y rurales con características muy similares a las de nuestro país, (zonas marginadas, bajos niveles de educación, discriminación de género, oportunidades limitadas de empleo y educación) se evaluaron los niveles de depresión de 2,514 madres, cuando sus hijos cumplieron un año de edad, encontrándose que más del 25% de ellas presentó un elevado riesgo de padecer depresión, durante el primer año de vida de su hijo. Los autores afirman que no es raro que las madres continúen presentando problemas psicológicos hasta 1 o 2 años después del nacimiento de su hijo. Las variables de riesgo que encontraron para padecer

depresión fueron bajos niveles de escolaridad, ocupación y situación económica. Las mujeres con condiciones de pobreza muy marcadas presentaron 6 veces más riesgo de tener depresión (OR= 6.15, 95%, CI: 2.04-19.03) que aquellas que tenían una mejor situación económica. Asimismo, los resultados del estudio realizado por McLennan y colaboradores (2001) con una muestra nacional de mujeres en dos puntos de tiempo (1988 y 1991) muestran también la prevalencia y persistencia de síntomas de depresión en madres incluso más allá de los 12 meses de edad de sus hijos, en tanto que el 24% de las madres presentaron síntomas de depresión en el tiempo 1 (a los 17 meses de edad de sus hijos) y el 17% de las madres presentó síntomas en el Tiempo 2 (a los 35 meses de edad) (CES-D \geq 16). El 36% de las que presentaron puntajes elevados en el T1 también los presentaron en el T2 (McLennan, Kotelchuck, & Cho, 2001). Horwitz y colaboradores (2009) también encontraron la persistencia de síntomas de depresión en un grupo de 864 mujeres con hijos preescolares, (17.4% presentaron síntomas elevados en la línea basal, 35.6% en uno de los 2 seguimientos y 27.4% en ambos seguimientos). La persistencia de los síntomas fue asociada con bajo nivel de escolaridad, altos niveles de ansiedad, alto estrés por el hecho de ser padres y bajos niveles de apoyo emocional en la etapa basal (Horwitz, Briggs-Gowan, Storfer-Isser & Carter, 2009). Además de los anteriores, otros factores que se asocian con la persistencia de síntomas de depresión en las madres son tener salud física precaria, falta de recursos económicos, sucesos vitales estresantes (stressful life events), y tener hijos pequeños y los eventos en la relación de los hijos con sus padres (life events) (Horwitz, Briggs-Wogan, Storfer-Isser & Carter, 2007). En el caso de las mujeres con pareja, los factores asociados con altos niveles de depresión son la calidad de la relación y su involucramiento con la pareja.

De ahí la importancia de que se realicen estudios en las etapas subsecuentes al parto, para identificar la presencia de síntomas de depresión en las madres, así como las causas que los provocan, para de esta manera evitar que afecten de forma negativa el desarrollo de sus hijos.

3.1. Depresión en madres de menores de 5 años.

Por lo general, las madres que padecen depresión tienen una imagen negativa de sí mismas en su rol de madres, ya que se sienten con poco control personal sobre el desarrollo de sus hijos y se sienten menos capaces de influir positivamente en ellos (*“Maternal mental health”*, 2008). En el estudio mencionado realizado en Turquía (Inandi et al, 2002), se encontró que el género de los hijos puede ser también un factor que influye en la presencia de depresión de las madres. En dicho estudio se observó que el riesgo de depresión en las madres de 2 o 3 niñas fue casi 2 veces más alto (OR= 1.73, 95%, CI: 1.23-2.44), que en el caso de las madres con hijos varones, y controlando la variable del género de los hijos previos, se observó que las madres que tenían niñas presentaron mayor riesgo de depresión, que las madres cuyos hijos eran varones, siendo este un indicador de discriminación y del estatus social de las mujeres en ese país (Inandi et al., 2002). Estudios realizados muestran que el comportamiento de las madres con depresión es heterogéneo.

Investigaciones realizadas indican que en cada dominio de comunicación – cara, voz y tacto- la cantidad, la calidad y el tiempo del comportamiento social y afectivo de las madres con depresión, difiere de forma contrastante, del comportamiento de las madres sin depresión, (Frankel, Lindahl & Harmon, 1992) comprometiendo el buen funcionamiento social, emocional y cognitivo de los niños (Weinberg & Tronick, 1998).

Algunos investigadores han encontrado que el comportamiento y el afecto de madres con depresión pueden aparentar ser muy normales, mientras que otras mujeres con puntajes de depresión similar, presentan una sintomatología muy evidente. Algunas madres con depresión, se desentienden y apartan al momento de interactuar con sus hijos, son hostiles, juegan poco, hablan poco con ellos, el afecto que demuestran es plano y triste y en general muestran menos interacciones positivas con sus hijos (Paulson, et al, 2006) (Weinberg & Tronick, 1998) . En otros casos, las madres tienen un comportamiento intrusivo, expresan coraje e interfieren con las actividades del niño. Mientras que otras logran interactuar positivamente con sus hijos (Weinberg & Tronick, 1998). Otros autores consideran que las madres con síntomas depresivos son menos sensibles y responsables en su interacción diaria con sus hijos, son negativas en su trato con ellos, utilizan el castigo corporal (McLearn, Minkovitz, Strobino, Marks & Hou, 2006) y no aplican prácticas preventivas para asegurar el bienestar de los niños (McLearn, et al. 2006; Leiferman, 2002; Kahn, Brandt & Whitaker, 2004). El comportamiento materno negativo como la hostilidad y los intentos físicos o verbales para controlar al niño, son a menudo concomitantes con la depresión materna y puede ser el camino a través del cual la depresión materna afecta al niño. Estos comportamientos generan a su vez problemas de comportamiento en el niño, los cuales a su vez contribuyen a generar síntomas depresivos en la madre, la cual responde con mayor comportamiento negativo (Marchand, Hock & Widaman, 2002).

Factores de estrés en las madres de niños pequeños.

La crianza de los niños pequeños conlleva diversas dificultades para las madres, ocasionando estrés psicológico y/o síntomas de depresión. Por ejemplo, en un estudio realizado por Mistry

y colaboradores (2007) con madres de niños desde 4 hasta 35 meses de edad se encontró que los siguientes factores relacionados con el estrés de ser padres, afectaban la salud mental de la madre: aspectos sociales (apoyo social y emocional -cantidad de tiempo que pasaban con sus hijos) y financieros (dificultades para pagar los gastos médicos y de salud de los niños). Asimismo, se observó que el número de hijos era otro factor de estrés, ya que la salud mental de las madres se veía más afectada en las que tenían 2 ó 3 ó más hijos, en comparación a las que sólo tenían un hijo (Mistry, Stevens, Sareen, De Vogli, Halfon, 2007). Otros autores consideran que la exposición a factores de estrés psicológicos en madres de niños pequeños, anteceden a los síntomas de depresión materna y que por ello es importante identificarlos oportunamente. Asimismo, señalan que a mayor exposición a factores de estrés, mayor es el riesgo de que las madres padezcan depresión (Orr, James, Burns & Thompson, 1989)

En suma, aun cuando una gran parte de la información se centra en la depresión en el embarazo y posparto, estudios realizados muestran que la depresión materna se puede presentar en etapas posteriores al posparto y que la severidad de sus síntomas se ve reflejada en la presencia de problemas más severos en sus hijos. La madre expresa su depresión a través de diferentes comportamientos con sus hijos, pero en general, tienen un comportamiento plano e interactúan poco con ellos. Algunos estudios señalan que la crianza de niños pequeños puede llegar a ocasionar estrés psicológico en las madres, aumentando así el riesgo de que las madres padezcan síntomas de depresión.

3.2. Efectos de la depresión materna en el niño

Efectos adversos en su desarrollo.-

Estudios realizados en otros países como en India, Paquistán y Bangladesh han mostrado que los hijos de las madres con depresión, presentan bajo peso al nacer, bajo crecimiento, altos niveles de diarrea, una duración más corta de la lactancia materna (Engle, 2009; Paulson, Dauber & Leiferman, 2006), comorbilidad con asma, heridas físicas, un bienestar pobre en términos generales (Kahn, Brandt & Whitaker, 2004) y un desarrollo más lento particularmente cuando los niños son percibidos como problemáticos (Engle, 2009).

3.2.1. Efectos en su desarrollo emocional, del comportamiento y cognitivo.

Los efectos adversos que han sido identificados en los niños como consecuencia de la depresión materna son: problemas de comportamiento, estilos de comportamiento depresivo, y desarrollo cognitivo pobre (Kahn, Brandt & Whitaker, 2004). Es bien sabido que la depresión materna tiene importantes implicaciones en el desarrollo social y emocional de los niños, desde la temprana infancia, hasta la niñez y adolescencia (Marchand, Hock & Widaman, 2002). La depresión que la madre padece, la lleva a desarrollar ciertos comportamientos que afectan directa o indirectamente el bienestar de sus hijos (Leiferman, 2002; Kahn, Brandt & Whitaker, 2004). Por ejemplo, a los tres meses de nacidos, los bebés ya pueden detectar la depresión de sus madres y su funcionamiento se ve afectado. Son niños que voltean a ver a sus madres con menos frecuencia, muestran menos afecto positivo y tienen menores niveles de actividad (Weinberg y Tronick, 1998). Asimismo, los infantes y niños pequeños de madres deprimidas tienden a presentar más problemas relacionados con el sueño, que los hijos de madres sin depresión (Paulson, Dauber & Leiferman, 2006). En el caso de niños preescolares y escolares, la depresión en madres se asocia con la seguridad y apego del infante y patrones de expresión del afecto, así como con problemas de comportamiento de externalización e internalización (Marchand, Hock & Widaman, 2002). La disponibilidad emocional de la

madre resulta ser un componente importante en el desarrollo de la respuesta emocional del niño. Cuando la disponibilidad emocional de la madre está comprometida por la depresión, ella no puede responder a las demostraciones de su hijo y se da una falla en la respuesta empática del niño a la situación de angustia de la madre (Frankel, Lindahl & Harmon, 1992).

Un gran número de estudios muestra que la interacción entre las madres con depresión y sus hijos se ve obstaculizada por esta condición de la madre, dando como resultado problemas en el comportamiento de los niños, como comportamiento agresivo y la inhabilidad para interactuar con los demás de forma estable (Leiferman, 2002). Por otra parte, algunos estudios como el realizado por Silverstein y colaboradores (2006) han evidenciado que los efectos adversos que la depresión materna genera en el niño, son incuestionables. En dicho estudio se estudiaron los efectos de la depresión materna sobre el comportamiento del niño y sobre sus habilidades cognitivas, evaluando su desempeño en aspectos como la lectura, matemáticas y conocimientos generales. En los resultados obtenidos fue evidente el efecto negativo de la depresión materna en el niño, tanto a nivel emocional y de comportamiento, como a nivel cognitivo, efecto que se veía agudizado cuando en el hogar coexistía depresión materna y violencia intrafamiliar. (Silverstein, Augustyn, Cabral, & Suckerman, 2006).

Edad del niño

Luoma y colaboradores (2001) opinan que al estudiar los efectos de la depresión de la madre en el niño, se debe considerar la frecuencia, duración y tiempo en el que se presenta este fenómeno en la madre y la etapa del desarrollo en la que se encuentra el niño, ya que los niños tienen fortalezas distintas en las diferentes etapas de su desarrollo y un niño se puede recuperar bien en una etapa de su vida y ser vulnerable en otra (Luoma, Tamminen,

Kaukonen, Laippala, et al., 2001). En un estudio conducido por Goodman y colaboradores, los niños de la mediana infancia resultaron ser más vulnerables a los múltiples factores de riesgo asociados con la depresión de los padres, que los niños pequeños, (Luoma, Tamminen, Kaukonen, Laippala, et al., 2001). Por otra parte, los resultados de un estudio longitudinal realizado por O'Connor, Heron, Holding, Beveridge & Glover, (2002), mostró que la ansiedad de la madre antes y después del parto, representa riesgos separados a los problemas de comportamiento y emocional en los niños y actúan de forma acumulativa. En dicho estudio se observó que los altos niveles de ansiedad de la madre, durante la última etapa del embarazo, se asociaban con problemas de hiperactividad y falta de atención, en niños varones de 4 años, así como con problemas de comportamiento y emocionales en niños de ambos sexos, a los 4 años de edad, (niños: OR= 2.14, 95% CI 1.48 - 3.10; niñas: OR=1.88, 95% CI 1.3 - 2.69). El efecto significativo persistió aun después de controlar por la ansiedad materna a los 33 meses posparto. Los autores atribuyen estos resultados a un efecto directo del estado de ánimo de la madre sobre el desarrollo del cerebro en el feto, el cual posteriormente afecta el comportamiento del niño. (O'Connor, Heron, Holding, Beveridge & Glover, 2002).

En resumen, los efectos adversos de la depresión materna en los niños pueden ser desde enfermedades físicas como asma, o un estado depresivo y/o problemas de comportamiento y desarrollo cognitivo pobre. Estos efectos se pueden presentar desde la temprana infancia, niñez y adolescencia. Se debe tomar en cuenta la edad del niño en el momento en que la madre presenta los síntomas de depresión, ya que al parecer los niños de la mediana infancia son más vulnerables que los niños pequeños.

3.3 Búsqueda de ayuda profesional

En el estudio realizado por Lara y colaboradores (1996), en el que analizó 3 estudios previos de otros investigadores, en uno de los 3 estudios se encontró que las razones por las que las mujeres con depresión moderada solicitaron ayuda especializada con menos frecuencia, fue *“por pensar que otra persona podría ayudarles, porque nadie podría ayudarles, porque nadie podría entender su problema o por vergüenza”* y la principal razón que dieron para no acudir a los servicios formales fue *la no disponibilidad* de estos (Lara, Medina-Mora, Salgado de Snyder, Acevedo, Díaz- Pérez MJ., & Villatoro, JA., 1996). La poca disponibilidad de servicios de salud en las zonas marginadas es una realidad.

En opinión de Caraveo y colaboradores (1997), son muchos los factores implicados en la búsqueda de ayuda profesional cuando se padecen síntomas de depresión. Lo califica como un proceso complejo, el cual se ve influido por factores como tipo de diagnóstico, persistencia y severidad de los síntomas, sensibilidad, percepción de conflictos y síntomas, características sociodemográficas, actitudes familiares e historia, redes sociales, factores de personalidad, información y conocimientos médicos, disponibilidad y accesibilidad a instituciones y servicios, y su actitud hacia estos, así como las formas de enfrentar los problemas (Caraveo-Anduaga, Martínez, Rivera & Polo, 1997). Por su parte García López agrega que además de las barreras geográficas de acceso a los servicios de salud, se encuentran las culturales, las cuales incluyen aspectos lingüísticos, creencias sobre la enfermedad y las barreras de tipo financiero (García-López, 2008).

3.3.1. El estigma social

En el estudio “*Epidemiología de la Morbilidad Psiquiátrica*”, realizado en 1995, en hogares de la Cd. de México, se encontró que el estigma social es un obstáculo importante para la búsqueda de atención especializada. En particular son las mujeres quienes en su mayoría consideran que los problemas emocionales o de salud mental, deben resolverlos por sí mismas, y por lo mismo no acudían a buscar ayuda especializada. En opinión de estas mujeres la ayuda que les podía ofrecer el médico general o familiar era suficiente (Caraveo-Anduaga, Martínez, Rivera & Polo, 1997). Estos datos coinciden con los encontrados por Medina Mora en un estudio realizado en 4 comunidades del sur de la ciudad de México, de niveles medio bajo y bajo, en el que el 42.2% de las mujeres con algún trastorno afectivo habían acudido al médico general, y el 26 % al ministro o sacerdote. No obstante, en ese estudio sí se observó que una proporción considerable (42.2%) acudió a solicitar la ayuda de un psicólogo. (Medina-Mora, Berenzon, López-Lugo, Solís, Caballero & González, 1997). Belló y colaboradores coinciden en señalar que es escasa la proporción de personas que recurre a los servicios de salud por problemas de depresión, y que las razones de esto tienen que ver con el desconocimiento del lugar a dónde pueden solicitar ayuda y por el estigma social relacionado con los trastornos mentales (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora & Lozano, 2005).

IV. Depresión en mujeres de zonas rurales

4.1 Las comunidades rurales

De acuerdo al INEGI las localidades rurales son aquellas poblaciones que se encuentran en una superficie de 100 km² y que tienen menos de 2,500 habitantes. Mientras que CONAPO las define como poblaciones distribuidas en “pequeños asentamientos dispersos, con una baja

relación entre el número de habitantes y la superficie que ocupan, así como predominio de actividades primarias, niveles bajos de bienestar y de condiciones de vida” (Villalvazo, Corona & García, 2002). No obstante, estos criterios no alcanzan a reflejar la situación de marginalidad en la que se encuentran las poblaciones rurales. El medio rural en México se caracteriza por los altos índices de analfabetismo, desnutrición, desempleo, subempleo y la falta de infraestructura básica como alumbrado, pavimentación, alcantarillado y agua entubada, entre otros (Salgado de Snyder & Díaz Perez, 2002). La pérdida de años de vida saludables (AVISAs), el peso de la enfermedad y la muerte de la población es mayor que en las zonas urbanas, “*debido principalmente a estilos de vida poco saludables, matizados por la pobreza el desaliento y las múltiples limitaciones que enfrentan los pobladores rurales de nuestro país*”(Salgado de Snyder, Díaz Pérez & González-Vazquez, 2003)

4.2 Prevalencia de depresión en mujeres de zonas rurales

De acuerdo a la *Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED)*, realizada en México, entre el 2002 y 2003, la prevalencia de depresión en mujeres es un poco más alta en las zonas rurales¹ (5.9%), que en zonas metropolitanas (5.7%), y es considerablemente más alta al compararla con la prevalencia de depresión en los hombres de zona rural (3.5%), urbana (2.9) y metropolitana (1.9%) (Belló et al., 2005)

Aun cuando son pocos los estudios sobre depresión realizados en zonas rurales de nuestro país, algunos de éstos han mostrado altos índices de sintomatología depresiva y de ese malestar emocional conocido popularmente como “nervios”. Como lo señala Salgado de Snyder y cols. (1999), aun cuando esta condición no es una categoría diagnóstica reconocida

¹ Rural = menos de 2,500 habitantes. Urbano= 2,500 a 100,000 habitantes. Metropolitano = más de 100,000 habitantes

en los sistemas de clasificación de enfermedades, sí es reconocida por muchos pobladores de zonas rurales. Se manifiesta con síntomas semejantes a los del trastorno del afecto, como por ejemplo: irritabilidad, coraje, tristeza, angustia, llanto, falta de concentración, temores y desesperanza, entre otros. Esto es, los síntomas psicológicos y fisiológicos asociados con tener “nervios” incluyen manifestaciones conductuales, cognitivos y emocionales, que son síntomas muy parecidos a algunos de los criterios para depresión y ansiedad generalizada, señalados en el DSM-IV y en el ICD-10. En un estudio realizado por Salgado de Snyder en comunidades rurales de dos regiones del estado de Jalisco se encontró una prevalencia de por vida de “nervios” de (15.4%), presentándose con mayor frecuencia entre las mujeres (20.8%) que entre los hombres (9.5%). (Salgado-de Snyder, Díaz-Pérez, 1999; Salgado-de Snyder, Díaz-Pérez MJ & Ojeda VD., 2000). Estas mujeres que presentaban “nervios” eran precisamente las que tenían niveles de educación más bajo ($t= 2.7$; $p < 0.01$). Los autores afirman que la manifestación de “nervios” de estas mujeres son una forma de “clamar por ayuda” (Salgado-de Snyder et al., 2000).

Las mujeres de las comunidades rurales enfrentan día a día situaciones que producen altos niveles de estrés, como las relacionadas con el contexto de pobreza en el que viven, la distribución desigual del trabajo y responsabilidades con la familia, en el hogar e incluso de tipo financiero (DiGirolamo & Salgado-de Snyder, 2008).

4.3. Factores de riesgo en zonas rurales

Son varios los factores de riesgo involucrados en la presencia de síntomas de depresión en las mujeres de zonas rurales, de entre ellos destacan los roles de género, las condiciones de pobreza, el bajo nivel de escolaridad, violencia doméstica, además de la migración y alcoholismo del conyugue.

4.3.1. Roles de género

Los roles de género en el medio rural son muy tradicionales, el papel del hombre se caracteriza por su dominio y autoridad, es el proveedor y la paternidad es la prueba de su masculinidad. Mientras que a las mujeres se les asignan características de servicio, sumisión sacrificio y obediencia a la figura masculina. Sus funciones fundamentales son las de la procreación y mantener el bienestar de los miembros (Salgado de Snyder & Díaz Perez, 1999).

DiGirolamo y Salgado-de Snyder (2008) plantean que la maternidad es altamente valorada en la cultura mexicana y particularmente en las zonas rurales, donde se le considera como signo de feminidad y es la función más importante de las mujeres. En su opinión, la sociedad y el sistema de salud refuerzan el rol de la mujer como cuidadora principal de sus hijos, llegando incluso a culparlas si los esposos e hijos no reciben los cuidados médicos adecuados, quedando la salud de ellas al final (DiGirolamo & Salgado-de Snyder, 2008).

4.3.2. Condiciones de pobreza

En opinión de Salgado de Snyder la pobreza es el factor contextual más importante en las áreas rurales de México, que contribuye al desarrollo de una cultura propia, además de aislamiento geográfico, roles de género muy tradicionales, bajo nivel educativo, familias numerosas, desempleo o subempleo, y emigración laboral, entre otros (Salgado-de Snyder, 1999). En el medio rural, el número de pérdida de años de vida saludables (AVISAs), es mayor que en el medio urbano, debido al peso de la enfermedad, a las condiciones de pobreza

y a las limitaciones que enfrentan, entre otros factores (Salgado-de Snyder, 2003). La pobreza en zonas rurales se manifiesta de forma más drástica en la salud de las mujeres, ya que se vincula con sus carencias nutricionales, cargas excesivas de trabajo, viviendas y medio ambiente insalubre, embarazos frecuentes y falta de atención adecuada en la etapa reproductiva. (Salgado-de Snyder & Díaz-Pérez MJ, 2002). A través de estudios realizados en zonas rurales de nuestro país, se han identificado los factores de riesgo que interactúan y originan la constante presencia de depresión en la vida de las mujeres, como son las condiciones de marginación en las que viven, los bajos niveles de escolaridad, edades avanzadas y el hecho de vivir en zonas rurales (Belló, et al., 2005). A esta lista se pueden , agregar las excesivas cargas de trabajo, altas tasas de fecundidad, alcoholismo y migración del cónyuge, grandes responsabilidades derivadas del cuidado de enfermos, la atención de problemas en la familia, además de la violencia doméstica (Salgado-de Snyder, 2002, 1999).

4.3.3. Nivel de Escolaridad

Las poblaciones de comunidades rurales de México se caracterizan en general por ser familias numerosas y con una baja escolaridad de todos los miembros. Esto se debe en parte a los costos que implica enviar a los niños a la escuela y al contexto de pobreza en el que viven. Cuando hay posibilidades de enviar a alguno de los miembros a la escuela se da prioridad a los varones, y las niñas se quedan en casa a ayudar a las tareas domésticas (Salgado-de Snyder, 1999). La función fundamental de las mujeres rurales es la procreación y el mantener el bienestar de los miembros de la familia, tareas que implican un gran desgaste físico y emocional, sobre todo por las circunstancias de pobreza en las que se desenvuelven (Salgado-de Snyder, 1999). En México en el año 2000, la proporción de mujeres analfabetas,

incluyendo a las generaciones más jóvenes, superaba a la de los hombres y la población de mujeres con rezago educativo alcanzaba al 55% de las mujeres vs. el 50.9 % de los varones. En las áreas rurales esta diferencia se agudiza, ya que en el año 2000, el 43.2 por ciento de las mujeres de 15 años y más hablantes de alguna lengua indígena, no sabe leer ni escribir, mientras que el indicador desciende a 23.9 por ciento en el caso de los varones (CONAPO, 2004). Estos datos sugieren que las mujeres de zonas rurales presentan mayor riesgo de padecer síntomas de depresión, debido a su baja o nula escolaridad.

4.3.4. Alcoholismo del conyugue

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, la población que presenta abuso/dependencia al alcohol es preponderantemente masculina y se presenta en mayor proporción en zonas rurales (10.5%) que en urbanas (9.3%). En el caso de las mujeres es muy poca la proporción que presenta dependencia al alcohol. (0.4% zona rural y 0.7% zona urbana) (Medina Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleis, et al., 2003) El alcoholismo en los hombres de zonas rurales es una práctica común, que afecta de manera importante la salud mental de las mujeres, ya que estudios realizados han mostrado que cuando el hombre se encuentra bajo el influjo del alcohol tiene un comportamiento abusivo y por consiguiente es un factor de riesgo para que se desencadene la violencia en contra de la mujer, aun cuando no es la causa que provoca dicha violencia (Rivera, Lazcano, Salmerón, Salazar, Castro & Hernández, 2004). Asimismo, las mujeres cuyos maridos o hijos son alcohólicos tienen que tomar las responsabilidades del jefe del hogar y con frecuencia son víctimas de abuso físico, psicológico o sexual de parte de sus parejas o de sus hijos mientras se encuentran bajo el influjo del alcohol (DiGirolamo & Salgado de Snyder, 2008).

4.3.5. Violencia doméstica

La violencia doméstica es otro factor de riesgo de gran relevancia entre las mujeres de zonas rurales. González de Rocha (1988) señala que las mujeres pobres admiten que sus parejas las golpeen, las agreden verbalmente con tal de no ser abandonadas y que este temor entre las mujeres rurales tiene su origen en que consideran que carecen de las habilidades necesarias (educación, experiencia laboral) para trabajar y mantener a sus numerosos hijos (Salgado-de Snyder /& Díaz-Pérez, 2002). Pero esta violencia no proviene únicamente de sus parejas, sino también de sus hijos, padres y hermanos, la cual aceptan sin protestar por no tener alternativa (Salgado-de Snyder, Díaz-Pérez, 2002).

Díaz Olavarrieta & Sotelo (1996) destacan que en algunas zonas rurales *“las mujeres son golpeadas como una medida correctiva, dirigida a imponer la autoridad masculina y para disuadir conductas que cuestionen el principio de que las mujeres son posesiones y, por tanto, sujetas a medidas disciplinarias por medio de la fuerza física.”* (p.1938). La violencia doméstica se presenta en una proporción considerable de los hogares rurales, tal y como lo muestran los resultados de la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 (ENDIREH)*, en la que se reporta que en los últimos 12 meses, el 9.46% de las mujeres de zonas rurales, vivieron al menos un incidente de violencia física, el 9.02% tuvo al menos un incidente de violencia sexual y el 34.59% sufrió violencia emocional. (INEGI, 2004).

4.3.6. Migración del conyugue

La migración masculina hacia Estados Unidos con fines laborales es una práctica común de los habitantes de zonas rurales. Las condiciones de pobreza y las severas limitaciones en términos de salud, educación, seguridad social y empleo (Salgado de Snyder, González, Bojorquez & Infante, 2007) a las que se enfrentan, son las que orillan a los hombres a dejar sus lugares de origen, identificándose *“trastornos del afecto como depresión ansiedad y “nervios” en esposas de migrantes y abuso de alcohol y drogas entre los hijos”* (Salgado de Snyder, González, Bojorquez & Infante, 2007).

Lo anterior debido a que ante la ausencia de su pareja, las mujeres deben asumir la responsabilidad del cuidado de los hijos y sacar adelante a toda la familia, convirtiéndolas de un momento a otro, en jefas del hogar sin estar preparadas para realizar esta tarea (Salgado de Snyder & Díaz-Pérez, 2002). Las limitaciones económicas a las que tienen que enfrentarse son una importante causa de estrés, además de que la partida del conyugue les produce sentimientos de aislamiento, marginación y percepción de falta de apoyo emocional. La rápida desintegración familiar se convierte en una gran preocupación (Salgado de Snyder, 1996), aunada a su preocupación por la posibilidad de que su pareja forme una nueva familia en el otro país. Todo esta situación les crea una gran desesperanza, provocando *“niveles significativamente más altos de malestar psicológico generalizado, sintomatología depresiva, ansiedad y somatización que los que presentan las mujeres de las mismas comunidades con características similares, pero cuyos esposos no han emigrado”* (Salgado de Snyder, 1996).

4.4. Disponibilidad de servicios de salud mental

Las instituciones que brindan servicio de salud en las localidades rurales son la Secretaría de Salud y el IMSS Oportunidades. La Secretaría de Salud está presente en el 73% de la población de localidades rurales mientras que el IMSS Oportunidades atiende al 29.9%. Solo una pequeña porción de localidades cuenta con ambos prestadores de servicios (1.3%). Cabe señalar que el 55.1% de las localidades rurales no cuenta con un servicio de salud y se encuentra *a más de 2.5 km* de una localidad que sí lo tiene, y el 39.2% de dichas comunidades rurales se encuentran *a menos de 2.5 km.* de una localidad que cuenta con servicio de salud (García-López, 2008). Sin embargo, en los centros de salud no existe el servicio especializado en salud mental, ya que este tipo de servicios solo se proporcionan en los centros urbanos, los cuales generalmente están alejados de las pequeñas comunidades. Para las mujeres de estas comunidades implica diversas dificultades acudir a uno de estos centros de salud como son la lejanía y el costo del transporte, el dejar a sus hijos pequeños al cuidado de otros y el costo de la consulta y los medicamentos, entre otros. (Salgado-de Snyder & Díaz-Pérez, 2002). Aunado a lo anterior, Belló y colaboradores consideran que, aun cuando se llegue a consultar a los médicos generales de manera temprana, la poca capacitación de los médicos en el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos mentales, ocasiona que no se atienda de forma eficaz el padecimiento.. (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora & Lozano, 2005) De ahí que la poca disponibilidad de los servicios de salud mental y la poca capacitación de los médicos en el diagnóstico y tratamiento de este trastorno dificulta que las mujeres de poblaciones rurales sean atendidas de este tipo de padecimientos de forma eficaz y oportuna.

4.4.1. Estrategias para la atención de los problemas de salud mental

En las localidades rurales, los síntomas que en general los llevan a buscar ayuda son los de tipo somático, ya que los de tipo emocional tienden a ser ignorados, sobre todo si los padecen las mujeres, ya que en ellas se consideran normales, aun cuando sean crónicos o incapacitantes (Salgado de Zinder, Díaz-Pérez, & González-Vázquez, 2003). Lo anterior confirma lo mencionado por Moussavi y colaboradores en el sentido de que no se considera a la depresión a la par de otras condiciones crónicas de salud física, en términos de los efectos que llega a tener sobre la salud en su conjunto (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel & Ustun, 2007).

Son diversos los “caminos de atención”² que siguen los pobladores rurales para atender sus problemas de salud mental. Por ejemplo, ante la presencia de un síntoma, lo primero es el “autocuidado” (hierbas, dietas, medicamentos) - conducta más reportada en el estudio realizado por Salgado de Snyder en 33 comunidades rurales de Jalisco (Salgado de Snyder & Díaz-Pérez, 1999). Si no se logra aliviar el síntoma se recurre a las “redes sociales”, cuyos miembros ofrecen el apoyo emocional. Sí aun no se logra resolver el problema, se recurre al “sistema etnomédico local” (sacerdote, encargado de farmacia y los sanadores tradicionales como curandero, yerbero, sobador, inyeccionista). Si la molestia aun persiste - y tras haber evaluado los costos de transporte, consulta, medicamentos y consultas subsecuentes - se dirigen a los “Servicios de Medicina general”. Por consiguiente, es poco probable que acudan por ayuda a los servicios especializados en salud mental, debido ya sea a la dificultad de acceso geográfico, el costo de la consulta y a la distancia cultural que existe entre el

² Por caminos de atención se entiende “un patrón estructurado de interacción entre las redes sociales, los sistemas informales de ayuda (sistema etnomédico local) y los sistemas formales de cuidados a la salud” (Salgado de Zinder, Díaz-Pérez, & González-Vázquez, 2003)

especialista y el paciente, la cual es aún mayor que con el médico general. (Salgado de Snyder, Díaz-Pérez & González-Vázquez, 2003).

En suma, la prevalencia de síntomas de depresión en las mujeres es un poco más alta en las zonas rurales de nuestro país, que en las zonas urbanas. Son varios los factores de riesgo para que las mujeres de zonas rurales padezcan depresión, entre ellos se encuentran las condiciones de pobreza y las limitaciones que esta implica, como pueden ser el bajo nivel de educación, alcoholismo y migración del conyugue, entre otros. En las áreas rurales el rezago educativo de las mujeres es muy marcado, ya que se da prioridad a los hombres cuando hay posibilidades de enviarlos a la escuela. Representando con esto un importante factor de riesgo para el padecimiento de síntomas de depresión en las mujeres. La violencia doméstica en contra de la mujer, ya sea de tipo físico, sexual o emocional, para demostrar el poder del hombre sobre ellas, es una práctica común en los hogares rurales, afectando también la salud mental de estas mujeres. La escasa presencia de servicios de salud mental en poblaciones rurales dificulta que las mujeres acudan en busca de ayuda. La lejanía, el costo del transporte, las dificultades para dejar a sus hijos pequeños al cuidado de otros, el costo de la consulta y de los medicamentos, son algunos de los factores que influyen para que las mujeres busquen otras alternativas para resolver sus síntomas de depresión.

Planteamiento del problema

El desencadenamiento de un episodio depresivo se puede presentar en diferentes etapas de la vida de las mujeres y obedecer a diversos factores de riesgo. Una de las etapas en las que las mujeres sufren del trastorno de la depresión, es cuando están a cargo de la crianza de sus hijos

pequeños, debido a que les genera gran cantidad de estrés. En el caso particular de las mujeres pertenecientes a zonas rurales, la maternidad es su función más importante y se enfrentan a la responsabilidad de ser las cuidadoras principales de sus hijos, y de que éstos reciban los cuidados médicos adecuados. Ellas están a cargo del cuidado no solo de sus hijos pequeños, que por la etapa en la que se encuentran requieren gran cantidad de atención, sino también de cuidar a varios hijos a la vez, además de estar a cargo del bienestar de su pareja y de otros miembros de la familia nuclear. Debido a los roles de género tradicionales predominantes en las zonas rurales, las mujeres se encuentran en una posición de desventaja frente a los hombres, ya que predomina su sumisión y obediencia a su pareja, se les adjudica excesivas cargas de trabajo y muchas veces son objeto de violencia física y/o emocional, en ocasiones en un contexto de alcoholismo del conyugue. Cuando sus parejas migran a otro país en busca de mejores condiciones de trabajo, las mujeres de zonas rurales toman el papel de jefas del hogar, cargando con la responsabilidad de sacar adelante a toda la familia. Todo esto enmarcado en un contexto de marcada pobreza y marginalidad, implicando con ello carencias de todo tipo. Su nula o baja escolaridad no les permite tener alternativas que posibiliten cambiar o mejorar su situación. El conjunto de estos factores pone a estas madres ante una situación de gran vulnerabilidad para que se desencadene un episodio depresivo. De ahí que se plantee la siguiente pregunta de investigación: Las madres de niños pequeños de una comunidad semi rural de Morelos, ¿presentan síntomas de depresión?, ¿hay severidad, cronicidad y/o cambios temporales en sus síntomas? ¿Cuáles son las variables socio-económicas y demográficas con las que se relacionan estos síntomas?,

Justificación

Por lo general, los estudios realizados en nuestro país sobre el trastorno de la depresión, se enfocan en mujeres de zonas urbanas y algunos de ellos en zonas rurales. Son pocos los estudios realizados en la población general que se interesan por indagar la presencia de síntomas de depresión en madres con hijos pequeños. Y mucho menos aun son los estudios realizados en nuestro país, enfocados en conocer la presencia del trastorno de la depresión en madres pertenecientes a zonas rurales, con hijos menores de 5 años. Es muy posible que el padecimiento de síntomas de depresión se vea agudizado aun más en el caso de las madres de zonas rurales, quienes como se mencionó anteriormente, en muchos de los casos tienen la responsabilidad de sacar adelante a toda la familia y se encuentran en una situación de gran desventaja y vulnerabilidad.

De ahí la importancia de realizar el presente estudio, ya que permitirá conocer si en particular las madres de niños menores de 5 años, residentes de una comunidad semi-rural del estado de Morelos, presentan síntomas de depresión. Se podrá conocer el grado de severidad de sus síntomas y si existe una relación con variables socio-económicas y demográficas como la escolaridad, el nivel socioeconómico, la edad y la presencia de una pareja. De igual forma, el estudio permitirá conocer si la presencia de los síntomas y el grado de severidad de éstos se manifiesta de la misma manera (cronicidad), cuando los niños son más pequeños (15 meses de nacidos), o cuando son un poco un poco más grandes (60 meses de edad) (cambios temporales) o si no hay diferencia.

Los resultados obtenidos serán de gran utilidad para diseñar políticas públicas que ayuden a identificar de forma temprana la presencia de este trastorno entre las madres de niños menores de 5 años, de zonas rurales y enfocarse en aquellas madres que por su perfil socio económico,

demográfico, y edad de sus hijos, se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad para padecer síntomas de depresión. Estas medidas contribuirán en gran parte a mejorar la salud física y mental de las madres y por consiguiente la salud física y mental de sus hijos pequeños.

Objetivos

Objetivo General.

Determinar la presencia, severidad, cronicidad y cambios temporales de los síntomas de depresión en madres con hijos pequeños, así como su relación con variables socio-económicas y demográficas, cuando sus hijos tienen 15 meses de edad y cuando tienen 60 meses.

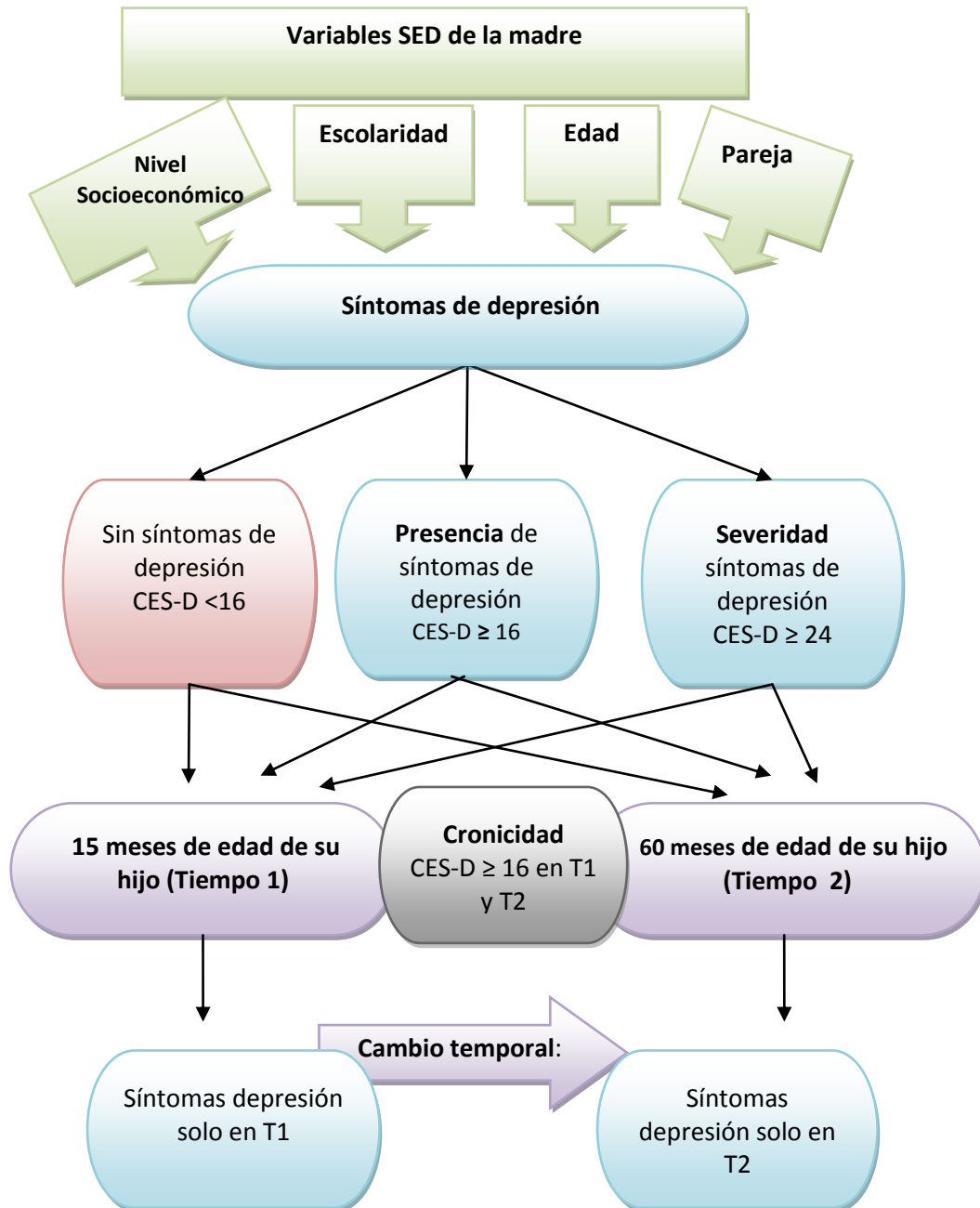
Hipótesis conceptuales

- a) Existe una alta prevalencia y severidad de síntomas de depresión entre las madres de niños pequeños de zonas rurales.
- b) Existe cronicidad de síntomas de depresión entre las madres de niños pequeños de zonas rurales.
- c) La presencia y severidad de los síntomas de depresión en las madres de zonas rurales es mayor cuando sus hijos tienen 15 meses de edad (T1), que cuando tienen 60 meses (T2).
- d) A menor nivel socioeconómico y menor escolaridad de la madre, mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos y mayor grado de severidad de sus síntomas.
- e) A menor edad de la madre, mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos y mayor grado de severidad de sus síntomas.

- f) La ausencia de pareja implica una mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos y mayor grado de severidad de sus síntomas.

Diagrama de Flujo # 1. Modelo

Presencia, severidad, cronicidad y cambios temporales de los síntomas de depresión y su relación con variables socio-económicas y demográficas (SED)



Metodología.

Variables.

Definición y operacionalización de variables

1. Variable independiente

1.1 Variables socio- económicas y demográficas (SED) – Con base en los resultados

obtenidos por estudios similares a éste, se eligieron las siguientes variables para determinar su influencia en los síntomas de depresión en las madres

1.1.1) Edad:

Se calculó con base en la fecha de nacimiento de la participante.

Para el caso de esta variable se establecieron dos categorías tomando como punto de corte la mediana de la distribución para cada uno de los tiempos:

Tiempo 1 = 14.8 a 24.9 años y 25.1 a 40.4 años

Tiempo 2 = 18.6 a 28.5 años y 28.6 a 44.3 años

De esta manera se aseguró que las categorías estuvieran proporcionadas en cuanto a número de integrantes:

1.1.2) Nivel socioeconómico:

Se desarrolló un índice socioeconómico a través del análisis de componentes principales, tomando en cuenta variables como el material de piso, techo y paredes de la casa, así como la disponibilidad dentro del hogar de drenaje, agua potable y electricidad, además de la posesión de algunos aparatos como televisión, radio, etc. Otras variables que se consideraron para determinar el índice socioeconómico fueron si tenía pareja o no, si la mujer o su pareja trabajaban fuera del hogar, si la mujer estaba embarazada en ese momento, la

edad materna, escolaridad materna³ y el sexo de los niños. Se consideró que las mujeres eran de nivel socioeconómico bajo cuando éstas se encontraron por abajo de la mediana de la distribución del índice (Ramakrishnan ,Gonzalez-Cossio, Neufeld, Rivera & Martorell, 2003). Con base en este criterio y para efectos del análisis de los datos de este estudio, se establecieron dos categorías: Nivel bajo y Nivel Muy bajo. Cabe señalar que en el caso de la variable nivel socioeconómico, únicamente se tomó el índice obtenido en la medición del Tiempo 1. Lo anterior por considerar que no se presentarían cambios significativos en el nivel socioeconómico de estas mujeres en el periodo transcurrido entre el Tiempo 1 y Tiempo 2.

1.1.3) Pareja:

Se determinó preguntando a la madre su estado civil, clasificando sus respuestas en alguna de las siguientes categorías:

Soltera, unión libre, casada, separada, divorciada viuda. En el caso de esta variable se tomó en cuenta el estado civil de la madre tanto en el Tiempo 1 como en el Tiempo 2.

Para efectos de análisis de este estudio el estado civil se agrupó en dos categorías:

- a) Con pareja
- b) Sin pareja

³ La escolaridad materna se definió como menos de primaria completa

1.1.4) **Escolaridad:**

Se estableció preguntando a las mujeres cuál había sido el último año que había aprobado en la escuela. Esta variable se obtuvo tanto en el Tiempo 1 como en el Tiempo 2. Para efectos del análisis de este estudio, la escolaridad de las mujeres se reagrupó en tres categorías y se le denominó de la siguiente manera:

Nivel de escolaridad	Categorías
Sin escolaridad-Primaria incompleta	“Sin/con baja escolaridad”
Primaria completa-Secundaria incompleta	“Escolaridad básica”
Secundaria completa o más	“Escolaridad intermedia”

2. Variable dependiente

2.1 Presencia y severidad de los síntomas de depresión en la madre

Para determinar la presencia de síntomas de depresión en las madres, se aplicó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) de Radloff (1977) (Ver pag.79 y Apéndice) en cada uno de los dos tiempos, esto es, cuando sus hijos tenían 15 meses y de nuevo cuando tenían 60 meses de edad. Se tomó como base un puntaje en el CES-D ≥ 16 como indicador de la **presencia** de síntomas de depresión tal y como lo sugirieron Radloff y Locke y el cual ha sido utilizado a nivel comunitario (Aguilera-Guzmán, Carreño García & Juárez García, 2004). Para determinar la **severidad** de los síntomas se consideró que podían presentar sintomatología depresiva *Alta* a partir de un puntaje en el CES-D ≥ 24 . (Lara, 2004; (Lara MA., Le HN., Letechipia G., Hochhausen L., 2008; Lara, Navarro & Navarrete, 2010).). Se consideró que a partir del punto de corte ≥ 16 presentaba sintomatología depresiva

Significativa ya que este puntaje es el que generalmente se utiliza como un indicador de posible caso de depresión (Beeghly, Weinberg, & Olson, 2002).

2.2 Cronicidad y cambios temporales en los síntomas de depresión en las madres

Para evaluar si hubo un cambio de los síntomas de depresión en las madres, entre una y otra medición, se tomó como base el punto de corte CES-D ≥ 16 . Se consideró que existía **cronicidad** de los síntomas de depresión cuando las madres presentaban síntomas con este puntaje (CES-D ≥ 16) tanto en el T1 como en el T2. Y se estableció que había **cambios temporales** si las madres presentaban síntomas de depresión (CES-D ≥ 16) sólo en T1 o sólo en T2.

Población del presente estudio

Los datos del presente estudio provienen de dos estudios previos, realizados en dos tiempos - 2001 y 2005 - con un grupo de madres de niños menores de 5 años, pertenecientes a una comunidad semi-rural ubicada al sur de la ciudad de Cuernavaca, Morelos denominada Xoxocotla, perteneciente al municipio de Puente de Ixtla.

De acuerdo a estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en Xoxocotla hay 18,318 habitantes. En el grupo de 15 años o más el 18.86% es analfabeta y el 34.86% no tiene la primaria completa (CONAPO⁴). Lo anterior indica que más de la mitad de la población de 15 años o más (53.72%), tiene una escolaridad mínima o carece de ésta.

El 25.12% de las viviendas de esta comunidad carecen de servicio sanitario exclusivo y más de la mitad de las viviendas (58.84%) tienen piso de tierra. Esta situación aunada al hecho de

⁴ con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000

que casi dos terceras partes de la población (63.44%) recibe solo hasta dos salarios mínimos hacen, entre otros factores, que esta comunidad sea clasificada como con grado de marginación Alto (CONAPO⁵).

Las mujeres del presente estudio formaron parte de un estudio previo llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Pública en colaboración con la Universidad de Emory, Atlanta, de 1996 a 2002. Dicho estudio fue un *Ensayo controlado aleatorizado con embarazadas*, a las cuales se les dio un suplemento múltiple de vitaminas y minerales durante su embarazo hasta el nacimiento de sus hijos. Posteriormente, se les invitó a un estudio de seguimiento de ellas y sus hijos, desde los 3 hasta los 24 meses de edad, para conocer los efectos de la suplementación con micronutrientes múltiples, en el crecimiento y desarrollo en la infancia⁶. A los tres meses de edad, los infantes de ambos grupos del estudio prenatal fueron asignados al azar para recibir, ya fuera el suplemento de vitaminas y minerales múltiples o el suplemento control, es decir, hierro y vitamina A. El tamaño de muestra requerido para este estudio fue de 650 niños en total.

Muestra del Tiempo 1: estudio original

Cuando el estudio de seguimiento de suplementación con micronutrientes múltiples aun se estaba llevando a cabo, se seleccionó a partir de junio 2001, a aquellas mujeres cuyos hijos tenían en promedio 15 meses de edad⁷ (n=322) y se les invitó a participar en otro estudio de seguimiento consistente en observaciones de las interacciones entre las cuidadoras principales

⁵ con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000

⁶ “*Crecimiento y desarrollo en la infancia: efectos de una suplementación con micronutrientes múltiples*” (*Effects of multiple micronutrient supplements during early childhood on child growth and development.*)

⁷ Algunas entrevistas se realizaron a los 9 meses de edad. Esto se hizo para detectar si existían diferencias entre los 15 y 9 meses de edad. Sin embargo, la hipótesis principal del estudio se centró en los niños que tenían en promedio 15 meses de nacidos.

de los niños y en entrevistas con ellas⁸. Este estudio se realizó también en colaboración con la Universidad de Emory. De este grupo de mujeres, 60 abandonaron el estudio de suplementación antes de que sus hijos cumplieran los 15 meses y 30 se rehusaron a participar. No se encontraron diferencias significativas entre aquellas que aceptaron participar (n=232) y aquellas que no lo hicieron (n=90) para variables como edad materna, educación, estrato socioeconómico, paridad y peso de su hijo al nacer. No obstante, el estudio se centró en 222 niños cuyas madres biológicas eran las cuidadoras principales y a las cuales se les aplicó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), para conocer su estado de ánimo. El estudio fue revisado y aprobado por la Comisión de ética de la Universidad de Emory y por la del Instituto Nacional de Salud Pública. El estudio se realizó con financiamiento otorgado por Fogarty International Center (K01 TW00013 The Effects of Caregiving on Child Malnutrition).

Muestra del Tiempo 2: estudio original

Posteriormente, en el 2005, cuando la mayoría de los niños había cumplido en promedio 60 meses de edad (alrededor de 5 años), se realizó otro estudio de seguimiento⁹ con un subgrupo de 258 madres de las 650 que formaron parte del estudio original. . En esta ocasión se obtuvo también información sobre el estado de depresión de las madres, mediante la aplicación de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) El estudio se realizó en colaboración con la Universidad de Emory, la Universidad de California, en Berkeley y el Instituto Nacional de Salud Pública de México y se obtuvieron las aprobaciones de las

⁸ *“Efectos del cuidado del niño y del estado de ánimo y percepciones del apoyo social de las cuidadoras principales, sobre el desarrollo, crecimiento y estado de nutrición de los niños menores de 2 años”*

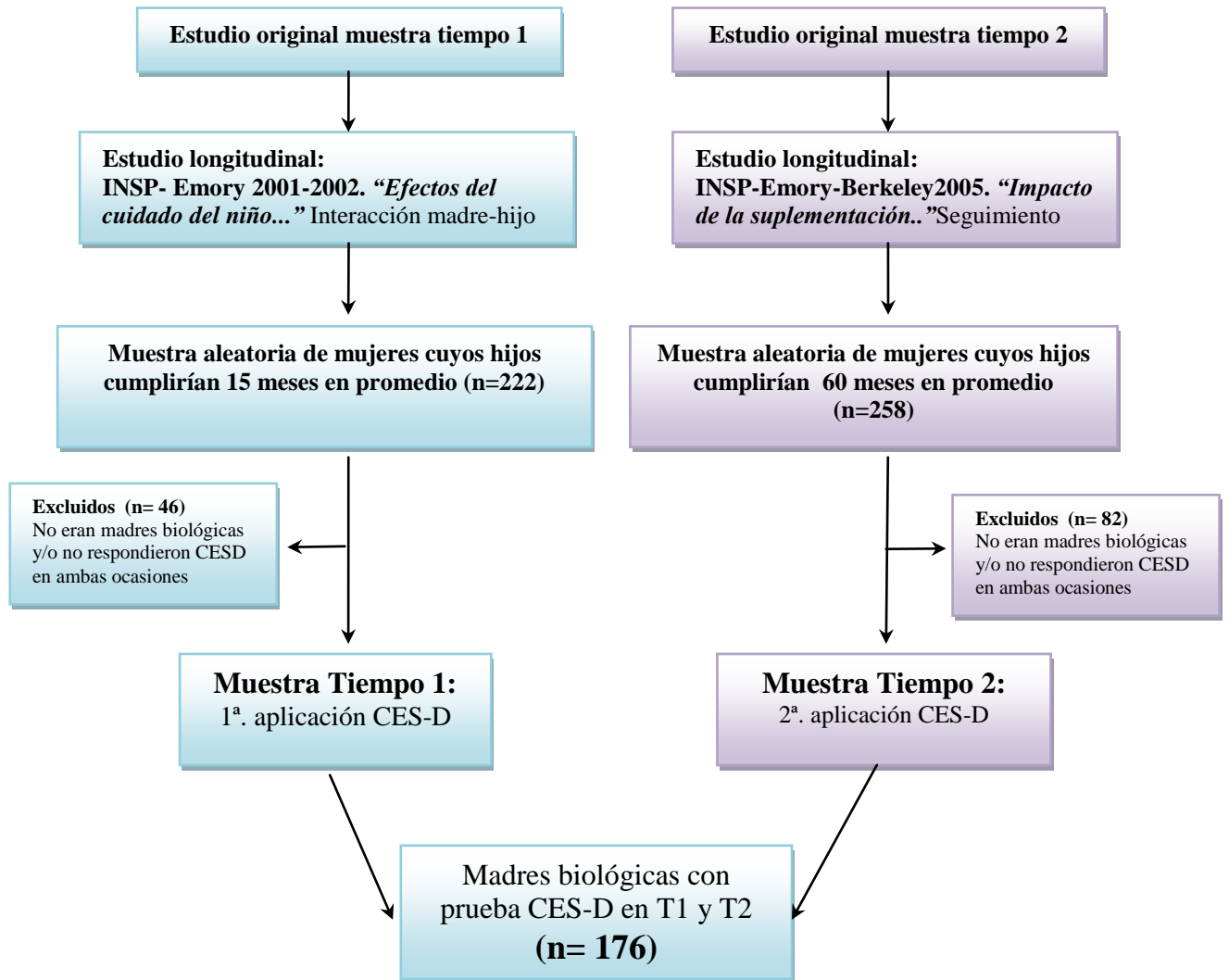
⁹ *“Impacto de la suplementación con micronutrientes durante la gestación y la infancia: estudio de seguimiento de los niños y sus madres”*

Comisiones de ética de cada institución. El presente estudio se realizó con el apoyo de Berkeley Consortium Population Health, el cual recibió financiamiento del NIMH (*R21 MH70950, PI Tom Boyce*).

Muestra del presente estudio (sub-muestra de madres del Tiempo 1 y Tiempo 2)

De las 222 madres a las que se les aplicó la prueba de depresión CESD en el 2001 y de las 258 a las que se les aplicó la misma prueba en el 2005, únicamente 176 mujeres cumplieron con el criterio de ser la madre biológica del niño y haber dado respuesta a la prueba de depresión en ambas ocasiones. De ahí que, la muestra del presente estudio haya quedado formada por un grupo de 176 mujeres (Ver Diagrama 2).

Diagrama # 2 Flujo de la muestra del presente estudio



Procedimientos

Dado que se contaba con un listado de las mujeres participantes de los estudios previos: 2001 y 2005, para el presente estudio se seleccionó de forma aleatoria a las participantes potenciales. Se visitó en sus hogares a las mujeres seleccionadas para invitarlas a participar y se les comentó que en caso de aceptar, debían asistir a la Coordinación de Nutrición, ubicada en el Centro de salud de la comunidad de Xoxocotla, lugar en el que el INSP cuenta con un espacio para realizar las mediciones y entrevistas a las mujeres. Un grupo de enfermeras con experiencia en los estudios previos, fueron las encargadas de realizar las mediciones antropométricas, así como de aplicar los diferentes instrumentos, entre ellos el cuestionario socioeconómico que forma parte de este estudio. En el caso del estudio original del Tiempo 1, la prueba de depresión CES-D, fue aplicada por una psicóloga capacitada para este fin, mientras que en el caso del estudio original del Tiempo 2 la prueba de depresión CES-D fue aplicada por la autora de esta tesis. Cabe mencionar, que el espacio con el que cuenta el INSP en el Centro de salud, incluye una oficina privada en la que se pudieron llevar a cabo las entrevistas con las mujeres. En el interés de que las madres no se distrajeran con sus niños, se les pedía que los dejaran en la habitación contigua, en la que había espacio suficiente y material para que los niños hicieran dibujos mientras las esperaban. Esto se realizó también con el fin de que los niños no escucharan las respuestas de sus madres.

Consideraciones éticas

Una vez que las mujeres acudían a la Coordinación de Nutrición en el Centro de Salud de Xoxocotla, se les leía la carta de consentimiento informado, en la que se les explicaba el

objetivo del estudio, así como los procedimientos que se le realizarían y se les aclaraban todas sus dudas. Se les comentó que así como no había riesgos por participar, tampoco habría un beneficio directo. Las mujeres que aceptaban participar firmaban la carta de consentimiento, así como sus dos testigos. Dado que desde los estudios previos cada una de las mujeres y sus hijos contaban ya con un número de identificación, se siguió manejando este código en todos los instrumentos y cuestionarios que se les aplicaron. Esto se realizó en el interés de salvaguardar la identidad del participante y la confidencialidad de su información. El personal que participó en el estudio recibió una capacitación en aspectos de ética de la investigación en donde en particular se subrayó la importancia de no comentar con personas ajenas al estudio la información proporcionada por las participantes. Cabe señalar que tanto en el Tiempo 1 como en el Tiempo 2 a las mujeres que en la prueba de depresión presentaron un puntaje ≥ 16 (T1), ≥ 24 (T2), se les canalizó al Hospital de Puente de Ixtla, municipio al que pertenece la comunidad de Xoxocotla y la cual contaba con un psicólogo.

Diseño del estudio

El diseño de este estudio es descriptivo, analítico y longitudinal en tanto que la medición de síntomas depresivos se realizó en el mismo grupo de madres, en dos puntos de tiempo determinado, esto es, cuando la mayoría de sus hijos tenían 15 meses de edad en promedio (T1) y de nuevo cuando tenían 60 meses de edad en promedio (T2), es decir, alrededor de 5 años de edad.

La primera medición del CES-D aplicada a las madres se llevó a cabo entre julio 2001 y noviembre 2002, mientras que la segunda medición del CES-D se realizó en octubre del 2005.

Instrumentos

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) de Radloff (1977).

Esta escala se desarrolló para ser utilizada en estudios de epidemiología de la sintomatología depresiva de la población en general. Se diseñó para medir el nivel actual de síntomas depresivos de la persona, con énfasis en el componente afectivo y en el estado de ánimo deprimido. Los síntomas que se indagan, son aquellos en los que se basa un diagnóstico de depresión clínica, pero que puede ser acompañado por otros diagnósticos incluyendo el de “normal”. Los ítems de esta escala fueron seleccionados de otras escalas de depresión previamente validadas. Los principales componentes de la sintomatología depresiva fueron identificados de la literatura clínica, tales como, estado de ánimo deprimido, sentimientos de culpa y de poco valor, de indefensión y desesperanza, de actividad retardada, pérdida de apetito y problemas del sueño. Solo se seleccionaron unos cuantos ítems para representar cada uno de esos componentes (Radlof, 1977). La escala cuenta con 20 reactivos y de acuerdo con el análisis factorial de la escala, los reactivos quedan agrupados en cuatro apartados: I Afecto negativo; II Afecto positivo; III Relaciones Interpersonales; y IV Actividad retardada y somatización (Salgado de Snyder & Maldonado, 1994).

Debido a su sencillez, esta prueba puede ser aplicada prácticamente a cualquier tipo de población, además de que no se requiere de gran cantidad de tiempo para ser realizada. Su aplicación consiste en preguntar al entrevistado sobre el número de días que se sintió, en la semana previa a la aplicación de la prueba, de acuerdo a cada uno de los 20 reactivos. De ahí que la prueba mida tanto la presencia como la persistencia del síntoma.

Como se mencionó anteriormente, esta prueba no es un instrumento de diagnóstico clínico para evaluar la depresión, sino una escala que proporciona indicadores de riesgo de esa

enfermedad, a través de la expresión de sintomatología depresiva. Estudios realizados en nuestro país han demostrado que esta prueba tiene una elevada consistencia interna y validez de criterio (Salgado de Snyder & Maldonado, 1994).

Análisis de datos

Inicialmente se obtuvo el promedio de cada una de las escalas de las dos mediciones de los síntomas de depresión y se efectuó una prueba de medias, para conocer si la diferencia promedio en el puntaje de la escala, en ambas mediciones, era estadísticamente significativa. Para evaluar la presencia, severidad, cronicidad y cambios temporales de los síntomas de depresión en las madres de niños pequeños, se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de la prueba de depresión CES-D con todas las mujeres de la muestra en el T1 y en el T2.

Como se mencionó, se tomó como base un puntaje en el CESD ≥ 16 para determinar la **presencia** de los síntomas de depresión, y para determinar la **severidad** de los síntomas se tomó como base un puntaje en el CESD ≥ 24 , al cual se le denominó como sintomatología de depresión *Alta*. A través de este análisis se podrá conocer si la **prevalencia** de los síntomas de depresión **es mayor** en T1, cuando sus hijos tenían 15 meses ó en T2, cuando tenían 60 meses de edad, y si **la severidad** de sus síntomas es **mayor** en alguno de esos dos tiempos, T1 ó T2.

Por otra parte, para evaluar si las madres presentaban **cronicidad** o **cambios temporales** en sus síntomas de depresión se tomó como base un puntaje en el CES-D ≥ 16 y se formó una variable para determinar si había un *cambio a través del tiempo*. Con la ayuda de esta variable se determinó que las madres presentaban **cronicidad** cuando reportaban síntomas de depresión tanto en el T1 como en el T2. Mientras que las madres que presentaban **cambios**

temporales eran aquellas que presentaban síntomas depresivos ($CES-D \geq 16$) sólo en el T1 o sólo en el T2. Para ello se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de cada una de estas categorías de la variable de cambio a través del tiempo.

Posteriormente, con objeto de identificar si algunas variables socio-económicas y demográficas (SED) tenían relación con la **presencia** de síntomas depresivos en las madres, en cada uno de los tiempos por separado, se realizó un análisis de regresión logística. Uno de ellos fue únicamente entre las variables SED del Tiempo 1, (nivel socioeconómico, escolaridad, edad y pareja) y los resultados obtenidos en la prueba de depresión CES-D en el T1, con todas las mujeres de la muestra. El otro análisis se realizó con las variables SED del Tiempo 2¹⁰, y los resultados obtenidos en la prueba de depresión CES-D en el T2, con todas las mujeres de la muestra.

Asimismo, para identificar si alguna de las variables SED (nivel socioeconómico, escolaridad, edad y pareja), tenía relación con el grado de **severidad** de los síntomas, en cada uno de los tiempos por separado, se realizó otro análisis de regresión logística. Uno de ellos fue únicamente entre las variables SED del Tiempo 1, con el grado de severidad de los síntomas obtenido en el tiempo 1. El otro análisis se realizó con las variables SED del Tiempo 2 y el grado de severidad de los síntomas del Tiempo 2.

Con objeto de determinar si existía una relación entre la **presencia** de síntomas de depresión con la escolaridad y el nivel socioeconómico de las madres, se realizó de forma adicional una interacción entre dichas variables. Así como también otra interacción entre escolaridad y edad

¹⁰ En el caso de variable nivel socioeconómico, el índice derivado de la medición del T1, fue utilizado para todos los análisis en los que estaba involucrada esta variable. Lo anterior debido a que no se espera que haya cambios significativos en el nivel socioeconómico de estas mujeres, en el periodo transcurrido entre el T1 y T2

de las madres. Estas interacciones se realizaron en cada uno de los dos tiempos por separado y también por grado de **severidad** de los síntomas de depresión.

De igual forma, se realizaron varios modelos, mediante regresión logística, con cada una de las variables SED (escolaridad, nivel socioeconómico, edad y presencia de pareja), para determinar si existía una relación entre estas variables y **la cronicidad y los cambios temporales** en los síntomas de depresión. En particular, este análisis permitirá conocer cuáles son las variables socio-económicas y demográficas (SED) que pudieran estar influyendo en la **cronicidad** de los síntomas de depresión de las madres (presencia de depresión en T1 y T2) o en la presencia ausencia de sus síntomas de depresión. Es decir, se podrá conocer si las madres que presentan síntomas de depresión cuando sus hijos tienen 15 meses continúan presentándolos cuando tienen 60 meses o si únicamente los presentan cuando sus hijos son más pequeños(15 meses) o cuando son un poco más grandes (60 meses).

Resultados.

Se entrevistó a 176 madres en dos puntos de tiempo determinado, Tiempo 1: entre 2001 y 2002, siendo la media de edad de sus hijos de 15.2 meses (DE=3.02); y Tiempo 2: en 2005, con una media de edad de sus hijos de 58.8 meses (4.9 años) (DE=0.47).¹¹. En ambas ocasiones se aplicó a las madres la prueba de depresión CES-D.

Características socio-económicas y demográficas de las madres.

Edad. En el Tiempo 1, la edad promedio de las madres fue de 25.5 (5.5 DS), siendo la edad mínima 14 años y la máxima 40. Dado que casi la mitad de la muestra (47.2%) se agrupaba en

¹¹ De los 176 niños, no se obtuvo la fecha de nacimiento de uno de ellos.

la categoría de edad de 20 a 26 años, se decidió utilizar la mediana en lugar de la media. Así, en el Tiempo 1 la mediana de edad fue de 24.9, y en el Tiempo 2, la mediana de edad fue de 28.5. (Cuadro 1).

Nivel socioeconómico. Con base en el Índice socioeconómico desarrollado, mencionado en la pág. 69 y tomando en cuenta la mediana de su distribución, se obtuvieron dos categorías: nivel Bajo y nivel Muy bajo. En esta muestra, se observó que casi el 70% de las madres se ubicaron en la categoría de nivel Muy bajo (por debajo de la mediana), mientras que el 30% restante se ubicó en la categoría de nivel Bajo (por arriba de la mediana). (Cuadro 1).

Pareja. Mientras que en el T1 casi la totalidad de las mujeres (96.6%) dijeron tener pareja, en el T2, este porcentaje disminuyó a un 71%, es decir, una cuarta parte de las que tenían pareja en el 2001, dejaron de tener pareja para el 2005 (Cuadro 1).

Escolaridad. La media de años de estudio de estas mujeres fue tan solo de 6.7 años (3.5 SD), en ambos tiempos (T1 y T2), ya que en el T2 se mantuvo el porcentaje de mujeres que reportaron no contar con estudios (29%). En el T1, casi una tercera parte (32.4%) tenía una *Escolaridad básica*, esto es con primaria pero sin haber terminado la secundaria. Mientras que un poco más de la tercera parte de las mujeres de este grupo (38.6%) dijo contar con secundaria completa o más, es decir con *Escolaridad Intermedia*. (Cuadro 1).

Cuadro 1. Características socio-económicas y demográficas de la muestra

Variables SED	Tiempo 1		Tiempo 2	
	F	%	F	%
Edad*				
*Mediana	24.9	años	28.5	años
Nivel socioeconómico				
Muy bajo*	123	69.89		
Bajo**	53	30.11		
Total	176	100.0		
Pareja				
Con pareja	170	96.6	125	71.0
Sin pareja	6	3.4	50	28.4
Casos perdidos			1	.6
Total	176	100.0	176	100
Escolaridad de las madres				
Sin/con baja escolaridad*	51	29.0	51	29.0
Escolaridad Básica**	57	32.4	54	30.7
Escolaridad Intermedia***	68	38.6	71	40.3
Total	176	100.0	176	100

Nivel socioeconómico

Se desarrolló un índice socioeconómico a través de diversos componentes como materiales de los que está hecha la casa, servicios con los que cuentan y posesión de aparatos, además de algunas variables socio-económicas y demográficas

* Se denominó Muy Bajo a las que se ubican por debajo de la mediana de la distribución del índice

** Se denominó Bajo a las que se ubican por encima de la mediana de la distribución del índice

Escolaridad* Media de años de estudio: 6.7 años (3.5 SD)

* Sin escolaridad-Primaria incompleta,

** Primaria completa- Secundaria incompleta

*** Secundaria completa o más

Presencia y severidad de los síntomas de depresión en las madres.

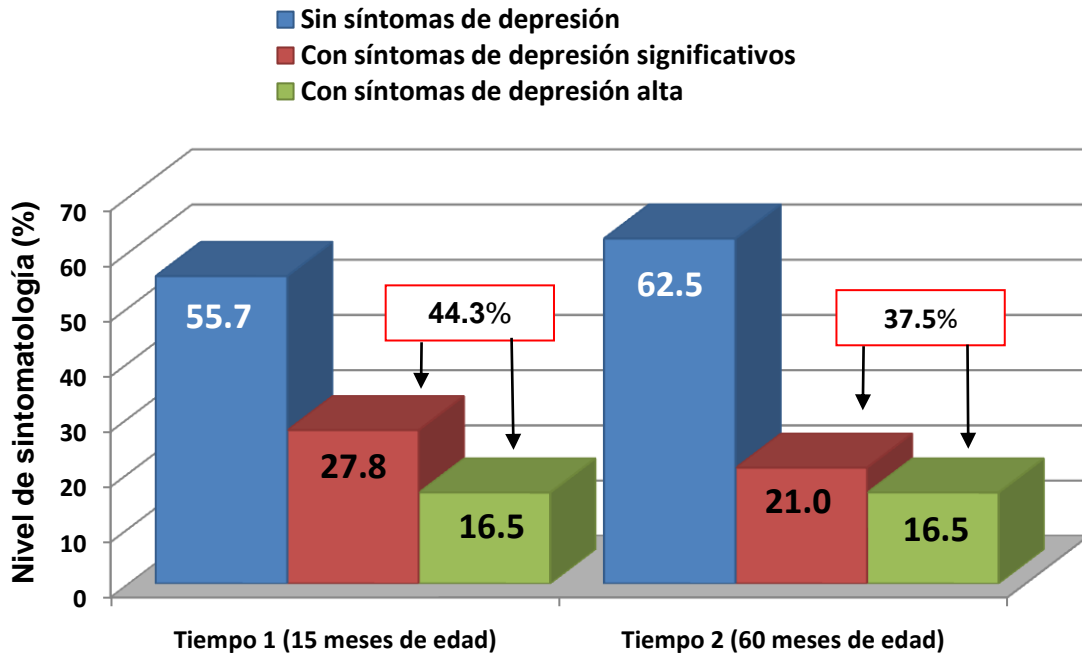
Para responder a la pregunta relacionada con la presencia y severidad de los síntomas de depresión de las madres, se realizaron los siguientes análisis.

En primer lugar, se obtuvo el promedio de cada una de las escalas de las dos mediciones de los síntomas de depresión, observándose que en el T1 el intervalo de la escala fue de 1 a 42 con un puntaje promedio de 15.08 (± 8.25). En el T2 el intervalo de la escala fue de 0 a 53, y en promedio se observó un puntaje de 15.43 (± 10.43). Los resultados muestran que en ambos tiempos el puntaje promedio está ligeramente por debajo del punto de corte en el que la prueba indica presencia de síntomas de depresión ($CES-D \geq 16$). La diferencia promedio en el puntaje de la escala entre T2 y T1 fue de 0.35 (± 10.61) puntos, pero ésta no fue estadísticamente significativa ($p=0.67$).

Posteriormente, se analizó la **presencia** ($CES-D \geq 16$) de los síntomas depresivos que presentaron las madres en cada uno de los tiempos por separado. Al respecto se pudo observar que en el T1 (cuando sus hijos tenían 15 meses), fue mayor el porcentaje de madres que presentó síntomas de depresión (44.3%) ($CESD \geq 16$) en comparación con la proporción que presentó estos síntomas en el T2, cuando sus hijos tenían 60 meses (37.5%) ($\chi^2 p < 0.001$).

En segundo lugar, se analizó el grado de **severidad** de los síntomas de depresión de las madres. En este sentido se observó que la misma proporción de madres presentó sintomatología depresiva *Alta* ($CESD \geq 24$), tanto en el T1 (16.5%) como en el T2 (16.5%) ($\chi^2 p < 0.001$). Por otra parte, se observó que en el T1 una mayor proporción de madres presentó sintomatología de depresión *significativa* (27.8%) ($CESD \geq 16$), en comparación con las mujeres del T2 (21%) ($\chi^2 p < 0.001$). (Gráfica 1)

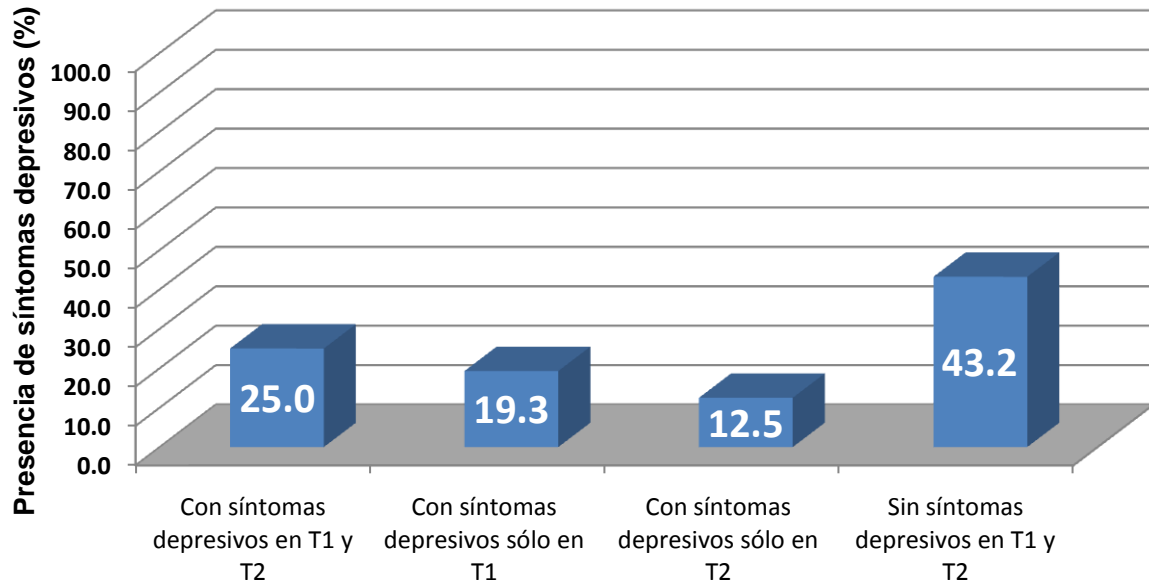
Gráfica 1. Presencia y severidad de los síntomas de depresión



*Las diferencias fueron significativas (χ^2 $p < 0.001$)

Cronicidad y cambios temporales en los síntomas de depresión de las madres.

Con objeto de analizar si se registró un cambio en los síntomas de depresión de las madres, del tiempo 1 al tiempo 2, esto es, de cuando sus hijos tenían 15 meses a cuando tenían 60 meses, se creó una variable de cambio a través del tiempo, tomando como base el punto de corte CESD ≥ 16 . Los resultados obtenidos mostraron que el 25% de las madres presentó **cronicidad** en síntomas de depresión, ya que presentaron síntomas en ambas mediciones (T1 y T2) (CESD ≥ 16). Los cambios temporales se observaron en el 19.3% de las madres que presentaron depresión en el T1 pero no en el T2, y en el 12.5% de las que presentaron depresión en el T2 pero no en el T1. El 43.2% de las madres no presentó depresión en ninguna de las dos mediciones, (Gráfica 2)

Grafica 2. Cronicidad y Cambios temporales en los síntomas de depresión del T1 al T2

Por otra parte, con objeto de determinar si en cada uno de los tiempos por separado (T1 ó T2), existía una relación entre la **presencia** de síntomas de depresión ($CES-D \geq 16$) con las variables SED correspondientes a cada uno de los tiempos (edad, escolaridad, nivel socioeconómico y presencia/ausencia de pareja), se desarrollaron los siguientes modelos de regresión logística.

El primero de ellos consistió en analizar la **presencia** de síntomas depresivos de todas las mujeres de la muestra **en cada uno de los tiempos, T1 (n= 176), T2 (n=175) y su relación con las variables SED.** En este modelo se observó que en el T1 después de ajustar por las variables del modelo (edad, escolaridad, pareja y nivel socioeconómico), la variable escolaridad tiene una relación significativa con la presencia de síntomas de depresión, ya que las mujeres “Sin/con baja escolaridad” tuvieron 2.26 veces más probabilidades de padecer algún grado de depresión, que aquellas que tienen “Escolaridad básica o Escolaridad intermedia” (CI 95%: 1.06, 4.82; $p=0.034$). Por el contrario, los resultados mostraron que en

el T2, ninguna variable SED se relacionó significativamente con la presencia de síntomas depresivos, únicamente se observó una tendencia protectora entre las madres que tienen pareja a no presentar síntomas de depresión. (Cuadro 2).

Cuadro 2.

Presencia de sintomatología depresiva y su relación con variables socio-económicas y demográficas.

Análisis del Tiempo 1 y Tiempo 2 por separado

Variables	Tiempo 1 No. Observaciones= 176			Tiempo 2 No. Observaciones= 175		
	RM	IC 95%	P	RM	IC 95%	P
Edad						
Edad medición basal	1.04	0.56 - 1.93	0.893	0.84	0.45 - 1.57	0.592
T1 \geq 25 años, T2 \geq 28.5 años *	1.00	----	----	1.00	--	----
Escolaridad						
Sin/con baja escolaridad	2.26	1.06 - 4.82	0.034	1.24	0.59 - 2.61	0.566
Escolaridad básica	1.08	0.51 - 2.25	0.835	0.60	0.27 - 1.32	0.210
Escolaridad Intermedia*	1.00	----	----	1.00	---	----
Pareja						
Mujeres con pareja	0.42	0.07 - 2.53	0.348	0.59	0.29 - 1.16	0.130
Mujeres sin pareja*	1.00	----	----		---	----
Nivel SE						
Muy bajo	1.79	0.90 - 3.56	0.094	1.19	0.59 - 2.39	0.619
Bajo*	1.00	----	----		---	----

* Categoría de referencia.

Posteriormente, con objeto de determinar si existía una relación entre el grado de **severidad** de los síntomas de depresión y las variables socio-económicas y demográficas de las madres, se realizaron los siguientes modelos para cada uno de los tiempos por separado.

En primer lugar se analizó la relación entre las madres con sintomatología de depresión *Alta* ($CES-D \geq 24$) y las variables socio-económicas y demográficas del Tiempo 1. En este análisis se compara a las madres con depresión *Alta* ($CES-D \geq 24$), con las mujeres *sin depresión* ($CES-D < 16$) por lo que sólo se incluyen 125 de las 176 mujeres de la muestra.

Los resultados obtenidos en este modelo muestran que en el T1 la variable *escolaridad* se asocia de manera positiva con la presencia de síntomas de depresión *Alta*, ya que aquellas

mujeres que no tuvieron escolaridad o con escolaridad baja, presentaron casi **4 veces** más probabilidades de padecer síntomas de depresión *Alta* con respecto a las mujeres con *Escolaridad básica* y con *Escolaridad Intermedia* (CI 95%: 1.36, 11.57; p=0.011). De igual forma, se observó una tendencia positiva entre las mujeres del nivel socioeconómico *Muy bajo* a tener **casi 3 veces** más probabilidades de presentar síntomas de depresión *Alta* que las mujeres del nivel socioeconómico Bajo (CI 95%: 0.93, 8.24; p=0.066) (Cuadro 3).

En segundo lugar, se analiza nuevamente la relación entre la presencia de **sintomatología de depresión *Alta* (CES-D ≥ 24)** y las variables SED del tiempo 1, pero en esta ocasión se les compara con madres con depresión *significativa* (CES-D ≥16), por lo que sólo quedaron 74 de las 176 mujeres. En este modelo se observó que la *edad* se asoció positivamente con la presencia de síntomas de depresión *Alta*, ya que las mujeres menores de 25 años tuvieron casi 2.8 veces más probabilidades de desarrollar *síntomas de depresión Alta* que las mayores de 25 años (Cuadro 3).

Cuadro 3: Severidad de los síntomas						
Madres con síntomas de depresión <i>Alta</i> (CES-D≥24) en Tiempo 1						
VARIABLES SED	Comparando con mujeres sin depresión (CES-D<16)			Comparando con mujeres con depresión significativa (CES-D ≥16)		
	No. de observaciones= 125			No. de observaciones = 74		
Tiempo 1	RM	IC 95%	p	RM	IC 95%	p
Edad						
< de 25 años	0.63	0.25 - 1.55	0.318	2.78	1.03– 7.50	0.043
≥ 25 años *	1.00	---	----	1.00	----	---
Escolaridad						
Sin/con baja escolaridad	3.97	1.36- 11.57	0.011	2.47	0.73 - 8.30	0.275
Escolaridad Básica	1.33	0.42 - 4.14	0.622	1.21	0.33 - 4.34	
Escolaridad Intermedia*	1.00	---	----	1.00	----	---
Nivel SE						
Muy bajo	2.77	0.93 - 8.24	0.066	1.33	0.36 - 4.83	0.66
Bajo*	1.00	---	----	1.00	----	---

* Categorías de referencia.

Otro de los análisis realizados para conocer la relación entre el **grado de severidad** de los síntomas y las variables SED, consistió en analizar la relación entre las **madres que presentaron de síntomas de depresión significativa (CES-D \geq 16) en el T1** y las variables SED correspondientes, **comparándolas con las madres sin depresión** (n= 147). Los resultados observados mostraron que en las mujeres con pareja, hay una tendencia protectora, en cuanto a que existe menor probabilidad de padecer *síntomas de depresión significativa*, que las mujeres sin pareja (CI 95%: 0.36, 1.33; p=0.099).

(Cuadro 4)

Cuadro 4: Severidad de los síntomas			
Madres con síntomas de depresión significativa (CES-D \geq16) en T1 comparando con madres sin depresión (CES-D<16)			
VARIABLES SED	No. de observaciones= 147		
Tiempo 1	RM	IC 95%	P
Edad			
< de 25 años	1.45	0.70 – 2.98	0.309
\geq 25 años *	1.00	---	---
Escolaridad			
Sin/con baja escolaridad	1.62	0.67 - 3.89	0.275
Escolaridad Básica	0.96	0.41 - 2.24	0.938
Escolaridad Intermedia*	1.00	---	---
Pareja			
Con pareja	0.22	0.36 – 1.33	0.099
Sin pareja*	1.00	---	---
Nivel SE			
Muy Bajo	1.55	0.71 - 3.38	0.270
Bajo*	1.00	---	---

*Categorías de referencia

De forma adicional se realizó un análisis de la **interacción entre la presencia de síntomas de depresión de las madres en el T1 y las variables escolaridad y nivel socioeconómico**, con objeto de determinar si existía alguna relación entre ellas. Al respecto se observó que las madres *sin/con baja escolaridad* y del nivel *socioeconómico Muy bajo*(n=48), tuvieron 11 veces más probabilidades de presentar sintomatología de depresión, que las madres *sin/con baja escolaridad* pero del nivel *socioeconómico Bajo* (CI 95%: 2.13, 60.99; p=0.004). (Cuadro 5). Al hacer esta misma **interacción entre las madres con depresión Alta, en comparación con las madres sin depresión**, se pudo observar también que las madres

Sin/con baja escolaridad, y de nivel socioeconómico *Muy bajo* tuvieron 11 veces más probabilidades de padecer síntomas de depresión *Alta* que las madres de nivel socioeconómico *Bajo* (CI 95%: 1.24, 104.41; p=0.032). (Cuadro 5). **Asimismo, al realizar el análisis de dicha interacción entre las madres con depresión significativa (CES-D≥16), en comparación con las mujeres sin depresión**, se pudo observar que las mujeres *Sin/con baja escolaridad*, y de nivel socioeconómico *Muy bajo* tienen casi 11 veces más probabilidades de padecer *síntomas de depresión significativa* que las mujeres *sin/con baja escolaridad* pero de nivel socioeconómico *Bajo* (CI 95%: 1.18, 102.30; p=0.035). Cabe señalar, que al realizar el análisis con las mujeres de *Escolaridad Básica* y de *Escolaridad Intermedia*, en ninguno de los casos se observaron diferencias significativas en la variable de nivel socioeconómico (Cuadro5).

Cuadro 5:

**Interacción entre presencia síntomas de depresión en T1
estratificada por escolaridad y nivel socioeconómico**

Variables SED	CES-D=16 N= 48			CES-D≥24** N=35			CES-D≥16*** N=34		
	Sin/con baja escolaridad			Sin/con baja escolaridad			Sin/con baja escolaridad		
Tiempo 1	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	P
Edad									
< de 25 años	0.91	0.25– 3.33	0.898	0.56	0.12 -2.58	0.459	2.08	0.42-10.22	0.366
≥ 25 años *	1.00	---	---	1.00	---	---	1.00	---	---
Nivel SE									
Muy bajo	11.40	2.13-60.99	0.004	11.38	1.24-104.4	0.032	10.99	1.18- 102.3	0.035
Bajo*	1.00	---	---	1.00	---	---	1.00	---	---

* Categorías de referencia

**Sintomatología de depresión Alta, comparando con mujeres *sin depresión*

***Sintomatología de depresión *significativa* en comparación con mujeres sin depresión

Nota: Todas las mujeres *sin/con baja escolaridad* tenían pareja por lo que el modelo excluyó la variable pareja al no observarse diferencias en esta.

Otro de los análisis realizados de forma adicional fue el de la **interacción** entre la presencia de síntomas de **depresión** y las variables *escolaridad* y *edad*. En el siguiente modelo se presenta la interacción entre *escolaridad* y *edad* en madres con síntomas de **depresión Alta**, **comparando con madres con depresión significativa**.

Los resultados mostraron que las madres *Sin/con baja escolaridad* y que son menores de 25 años, tuvieron **4.8** veces más probabilidad de padecer *síntomas de depresión Alta*, en comparación con las mujeres *Sin/con baja escolaridad* pero que son mayores de 25 años (CI 95%: 0.86, 26.78; p=0.074). Dado que todas las mujeres *Sin/con baja escolaridad* tuvieron pareja, el modelo excluyó esta variable del modelo. Al realizar el análisis entre los estratos de *Escolaridad Básica* (p=0.46) y de *Escolaridad Intermedia* (p= 0.36), no se observaron resultados significativos en la variable de edad (Cuadro 6).

Cuadro 6:

Interacción entre presencia síntomas de depresión *Alta*, comparando con mujeres con depresión *significativa* , estratificando por escolaridad y edad

Variables		N= 27			N=23			N=24		
SED		Sin/con baja escolaridad			Escolaridad Básica			Escolaridad Intermedia		
Tiempo 1	Edad	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	P
< de 25 años		4.8	0.86 – 26.78	0.074	1.91	0.33-1.13	0.467	2.33	0.37-14.37	0.361
≥ 25 años *		1.00	---	---	1.00	---	---	1.00	---	---
	Nivel SE									
	Muy Bajo	2.66	0.12 – 57.62	0.532	0.81	0.13-4.97	0.822	2.33	0.21-25.59	0.488
	Bajo*	1.00	---	---	1.00	---	---	1.00	---	---

* Categorías de referencia.

Con el propósito de determinar si existía una relación entre las variables socio-económicas y demográficas y la **cronicidad** de la sintomatología depresiva materna, se realizaron varios modelos mediante regresión logística, utilizando la variable de cambio a través del tiempo.

Para responder a la pregunta sobre la cronicidad de los síntomas de depresión (CES-D ≥ 16 en **T1** y **T2**) y su relación entre las variables SED (edad, escolaridad, pareja y nivel socioeconómico), se creó un modelo mediante regresión logística, en el que la categoría de referencia era *no tener depresión en T1 y T2, no tener depresión en T1 ó no tener depresión en T2*. Sin embargo, no se observaron resultados estadísticamente significativos. (Cuadro 7).

Cuadro 7: Variable de cambio a través del tiempo**Cronicidad en los síntomas de depresión (T1 y T2)* y su relación con variables socio-económicas y demográficas**

Variables SED	No. de observaciones= 175		
	RM	IC 95%	P
Edad			
< de 25 años	0.92	0.45 - 1.87	0.829
≥ 25 años **	1.00	---	---
Nivel socioeconómico			
Muy bajo	1.37	0.61 – 3.04	0.438
Bajo**	1.00	---	---
Escolaridad			
Sin/con baja escolaridad	1.49	0.64 – 3.46	0.352
Escolaridad Básica	1.00	0.42 - 2.38	0.985
Escolaridad Intermedia**	1.00	---	---
Pareja			
Mujeres con pareja en tiempo 1 y 2	0.31	0.03 – 2.47	0.270
Mujeres con pareja tiempo 1	0.40	0.04 – 3.37	0.404
Mujeres con pareja Tiempo 2	0.88	0.02– 28.36	0.945
Mujeres sin pareja en tiempo 1 y 2 **	1.00	---	---

* Categoría de referencia: No tener depresión en tiempo 1 y 2, No tener depresión en tiempo 1 ó No tener depresión en tiempo 2

** Categorías de referencia

Asimismo, se realizó otro modelo mediante regresión logística, para determinar si, en particular, existía una relación entre la variable *presencia de pareja en el T1 y T2*, con las madres que presentaron **cronicidad** en sus síntomas de depresión (CES-D \geq 16 en T1 y T2), incluyendo la influencia de otras variables como edad, escolaridad y nivel socioeconómico. Al respecto se observó que las madres que tuvieron pareja en T1 y T2 y que eran madres sin/con baja escolaridad tendieron a presentar 2.3 veces más probabilidades de presentar cronicidad en sus síntomas de depresión, en comparación con las mujeres con pareja, pero de mayor escolaridad (CI 95%: 0.78, 6.95; p=0.125). (Cuadro 8)

Cuadro 8: Variable de cambio a través del tiempo**Madres con pareja en T1 y T2 y cronicidad en sus síntomas de depresión (CESD \geq 16 T1 y T2)**

Variables SED	No. Observaciones= 123		
	RM	IC 95%	P
Edad			
< de 25 años	1.31	0.55- 3.11	0.532
\geq 25 años *	1.00	---	---
Nivel socioeconómico			
Muy bajo	1.37	0.49 – 3.83	0.534
Bajo*	1.00	---	---
Escolaridad			
Sin/con baja escolaridad	2.34	0.78 – 6.95	0.125
Escolaridad Básica	1.37	0.48 – 3.90	0.552
Escolaridad Intermedia*	1.00	---	---

*Categorías de referencia

Considerando que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre las madres que presentaron cronicidad en sus síntomas de depresión y las variables socio-económicas y demográficas, se decidió analizar si entre las madres que **no presentaron depresión en T1 y T2** existía alguna **relación** con las variables SED: edad, nivel socioeconómico, escolaridad y presencia o ausencia de pareja. En este modelo las categorías de referencia fueron *No tener depresión en T1 ó No tener depresión en T2 y Tener depresión en T1 y T2*. Al respecto se observó que la variable escolaridad juega un papel importante, ya que las mujeres con escolaridad intermedia, tuvieron casi 2.5 veces más probabilidad de no presentar síntomas de depresión (*sin depresión* en T1 y T2) con respecto a las mujeres sin/con baja escolaridad (CI 95%: 1.09, 5.55; $p=0.029$). Asimismo, las mujeres con *escolaridad básica* tuvieron 2.7 veces más probabilidad de no presentar síntomas de depresión (*sin depresión* en T1 y T2) con respecto a las mujeres *sin/con baja escolaridad* (CI 95%: 1.15, 6.11; $p=0.022$). (Cuadro 9).

**Cuadro 9: Variable de cambio a través del tiempo
Madres sin depresión en T1 y T2 ***

Variables SED	No. Observaciones=175		
	RM	IC 95%	P
Edad			
< de 25 años	1.11	0.59 – 2.10	0.727
≥ 25 años **	1.00	---	---
Escolaridad			
Escolaridad Intermedia	2.46	1.09 – 5.55	0.029
Escolaridad Básica	2.65	1.15 – 6.11	0.022
Sin/con baja escolaridad **	1.00	---	---
Nivel socioeconómico			
Muy bajo	0.64	0.32 – 1.27	0.203
Bajo**	1.00	---	---
Pareja			
Mujeres con pareja en tiempo 1 y 2	2.39	0.22– 25.85	0.471
Mujeres con pareja tiempo 1	1.19	0.10- 13.58	0.887
Mujeres con pareja Tiempo 2	3.71	0.08-154.68	0.490
Mujeres sin pareja en tiempo 1 y 2 **	1.00	---	---

*Categorías de referencia

** Categoría de referencia: No tener depresión en T1 ó No tener depresión en T2. Tener depresión en T1 y T2

Cabe señalar que al probar este mismo modelo para determinar la relación existente entre alguna variable socio-económica y demográfica, con los **cambios temporales** en los síntomas de depresión de las madres (**presencia de depresión solo en el T1, (pero no en el T2) y presencia de depresión solo en el T2 (pero no en el T1)**) no se observó una relación estadísticamente significativa con las variables SED del modelo. (Cuadro 10)

**Cuadro 10: Variable de cambio a través del tiempo
Madres con depresión solo en Tiempo 1. Madres con depresión solo en Tiempo 2.**

Variables SED	No. de observaciones= 176			No. de observaciones = 175		
	Mujeres con depresión T1			Mujeres con depresión T2		
	RM	IC 95%	p	RM	IC 95%	p
Edad						
Edad medición basal	1.15	0.53 – 2.48	0.711	0.79	0.32 – 1.96	0.618
T1 ≥25 años, T2 ≥28.5 años *	1.00	---	---	1.00	---	---
Nivel socioeconómico						
Muy bajo	1.75	0.70 – 4.36	0.228	0.76	0.29 – 1.97	0.573
Bajo*	1.00	---	---	1.00	---	---
Escolaridad						
Sin/con baja escolaridad	2.12	0.84 – 5.34	0.109	0.91	0.31 – 2.65	0.872
Escolaridad Básica	1.19	0.45 – 3.13	0.722	0.59	0.18 – 1.87	0.376
Escolaridad Intermedia*	1.00	---	---	1.00	---	---
Pareja						
Con pareja	1.33	0.14 – 12.45	0.799**	0.57	0.22 - 1.46	0.245***
Sin pareja*	1.00	---	---	1.00	---	---

* Categorías de referencia. ** Con pareja en tiempo 1. *** Con pareja en tiempo 2

Discusión

El objetivo del estudio fue identificar la presencia, severidad, cronicidad y cambios temporales de los síntomas de depresión de madres con hijos pequeños y su relación con variables socio-económicas y demográficas, en particular cuando sus hijos tenían 15 meses (T1) y posteriormente cuando tenían 60 meses de edad (T2).

El análisis de los datos indica que de las 176 madres participantes del estudio, a las cuales se aplicó la prueba de depresión CES-D en dos tiempos distintos, la gran mayoría (70%) pertenece a un nivel socioeconómico *Muy bajo*, y casi una tercera parte no cuenta con estudios, siendo la media de años de estudio de este grupo de madres, de tan solo 6.7 años (3.5 SD). Aun cuando en el T1 casi la totalidad de ellas reportó tener pareja (96.6%), para el T2, es decir, alrededor de 4 años después, poco más de una cuarta parte ya no contaba con pareja. En opinión de varios autores, características como la pertenencia a un nivel socioeconómico *Muy bajo*, la baja o nula escolaridad y la ausencia de una pareja, son factores de riesgo para que se desarrolle el trastorno de la depresión en las mujeres (*Women's mental health*, 2000, Lara, 2008, Inandi, Elci, Ozturk, Egri, Polat, & Sahin, 2002, Hall, Williams & Greenberg, 1985). Por lo que la presencia de dichas características indica que muy posiblemente las madres pertenecientes a esta comunidad semi-rural, sean particularmente vulnerables al desarrollo de síntomas de depresión.

Prevalencia

Los resultados obtenidos mostraron, que efectivamente existe una elevada prevalencia de síntomas de depresión ($CESD \geq 16$) entre las madres de niños menores de 5 años, pertenecientes a esta zona semi-rural, indicando posibles casos de depresión clínica. Este

trastorno se pudo observar en ellas, tanto a los 15 meses de edad de sus hijos (T1) (**44.3%**), como a los 60 meses (T2) (**37.5%**). Resulta interesante destacar que aun en países desarrollados como Estados Unidos, se observa una proporción muy similar, como la obtenida por Hall y colaboradores (1985), en su estudio realizado con madres de niños preescolares de bajo nivel socioeconómico (48%), en donde también se tomó como base un puntaje en la prueba de depresión CESD ≥ 16 . En dicho estudio se observó que los factores que se asociaron con la sintomatología de depresión, (en particular entre las madres solteras), fue el *estrés diario* (everyday stressors), siendo la falta de empleo, problemas en el hogar y un inadecuado ingreso, los principales factores de estrés (Hall, Williams & Greenberg, 1985). Asimismo, en el estudio realizado por Orr y colaboradores (1989) en Baltimore, E.U., se observa una prevalencia más baja (38.3%), pero también importante, de los síntomas de depresión materna en madres de niños pequeños. En este caso, los investigadores también encuentran que el factor de predicción más fuerte para que las madres presenten estos síntomas, es el de “factores de estrés psicosociales”. Para ello aplican el Social Environment Inventory (SEI), el cual mide además de exposición a eventos adversos, factores de estrés crónicos como los de tipo financiero, de empleo, problemas maritales y problemas relacionados con el hogar. Por otra parte, estudios realizados en nuestro país como el de Fleischer, Fernald & Hubbard (2007), con 5,457 mujeres de bajo nivel socioeconómico, pertenecientes a zonas rurales de 7 estados de México, se observó que el 51% presentaba síntomas de depresión (CES-D ≥ 16), proporción muy parecida a la observada en el T1 de nuestro estudio (44.3%). En el estudio de Fleischer, la variable de riesgo que mostró tener una relación más fuerte con los síntomas de depresión fue también de tipo psicosocial, en particular su *percepción del estrés*, seguida del control personal, falta de apoyo social, estatus

social y educación, entre otras (Fleischer, Fernald & Hubbard, 2007). De ahí que se pueda considerar que los factores psicosociales como el estrés, puedan tener relación con la prevalencia de síntomas de depresión en las madres de niños pequeños, de zonas rurales en México.

De igual forma, cabe destacar la coincidencia de los resultados del presente estudio, con obtenidos por McLennan y colaboradores (2001). En dicho estudio aplicaron también a madres de niños pequeños, la prueba de depresión CES-D en dos momentos distintos. Al analizar los datos de acuerdo al puntaje obtenido en el CES-D ≥ 16 y <23 , se observa que los investigadores obtuvieron una proporción muy similar a la obtenida en nuestro estudio, ya que mientras que en su estudio, el 24% de las madres presentó síntomas de depresión a los 17 meses de edad de sus hijos, en nuestro estudio una proporción parecida (27.8 %) presentó síntomas de depresión a los 15 meses de edad. Por otra parte, en el tiempo 2 del estudio de McLennan, cuando los niños tenían 35 meses de edad, el 17 % de las madres presentó síntomas de depresión, (McLennan, Kotelchuck & Cho, 2001), mientras que en el tiempo 2 del presente estudio, una proporción similar (21%), presentó síntomas de depresión a los 60 meses de edad de sus hijos. Los datos anteriores sugieren que la prevalencia de síntomas de depresión en las madres, es más alta cuando sus hijos son más pequeños - en este caso a los 15 meses de edad - que cuando son un poco más grandes - 60 meses de edad-. Cuando los niños son más pequeños son más dependientes de sus madres y requieren de mayor atención y dedicación, generando gran estrés en ellas. Asimismo, hay que recordar que es común que las mujeres de zonas rurales tengan varios hijos pequeños, a los cuales tienen que ofrecer sus cuidados a la vez. Mistry y colaboradores observaron que el número de hijos es otro factor de

estrés para las madres, ya que la salud mental de las que tienen 2 ó 3 ó más hijos, se ve más afectada que las que solo tienen un hijo (Mistry et al., 2007)

Severidad

Una proporción significativa de las madres (16.5%) presentó un grado de **severidad** en sus síntomas de depresión ($CESD \geq 24$), tanto en primera medición - a los 15 meses de edad de sus hijos - como en la segunda- a los 60 meses de edad - indicando con ello casos probables de depresión clínica. Esta proporción es más elevada que la observada en el estudio de McLennan y colaboradores (2001), quienes toman como base un puntaje en el $CES-D \geq 23$ y reportan una proporción de 12.1% para las madres con niños de 17 meses y de 7.8% para las madres con niños de 35 meses (McLennan et al., 2001). Cabe señalar que la diferencia en las proporciones observadas en ambos estudios puede tener relación con el hecho de que las mujeres del presente estudio pertenecen a una comunidad semi-rural de muy escasos recursos y al menos en México, de acuerdo a los resultados obtenidos en la *Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED)*, la prevalencia de depresión en las mujeres es un poco más alta en las zonas rurales que en las zonas metropolitanas (Belló et al., 2005). Por su parte, Mistry y colaboradores (2007) opinan que la crianza de los niños pequeños requiere de una cantidad considerable de recursos “sociales”, “financieros” y del “cuidado de la salud” y la carencia de estos recursos se ve reflejada en los factores relacionados con el estrés de ser padres. Es claro que en el caso de las madres de zonas rurales de nuestro país, su situación de pobreza y marginación hace que carezcan de estos recursos, dificultando el cuidado de la salud de sus hijos y agudizando sus síntomas de depresión. En el estudio realizado por Mistry y colaboradores (2007), las madres de niños de entre 12 y 35 meses tendían a reportar más

factores de estrés, que las madres de niños de otras edades ($p < .05$), aumentando la probabilidad de presentar un estado de salud mental pobre. En su opinión, el riesgo de padecer síntomas de depresión es alto, cuando se encuentran presentes al mismo tiempo factores de tipo “social” y “financiero” relacionado con el estrés de ser padres, y el riesgo se incrementa aun más cuando se carece de “apoyo emocional” y “funcional” (Mistry et al, 2007). Considerando las carencias económicas que padecen las mujeres de zonas rurales y la falta de apoyo de sus parejas, debido a los roles de género tradicionales predominantes, que las ubican en posición de desventaja frente a los hombres, hacen que una proporción significativa de las madres de niños pequeños de esta comunidad, presenten un estado de salud mental pobre y por consiguiente, severidad en sus síntomas de depresión.

Cronicidad y cambios temporales en los síntomas de depresión

Cronicidad en los síntomas de depresión.

Los resultados observados en el presente estudio indican, que una cuarta parte de las madres de esta comunidad semi-rural padece cronicidad en sus síntomas de depresión ($CES-D \geq 16$), ya que presentaron esta sintomatología tanto en el T1, a los 15 meses de edad de sus hijos, como en el T2, cuando sus hijos ya tenían 60 meses de edad.

Algunos autores consideran que es común que las madres continúen presentando problemas psicológicos hasta 1 o 2 años después del nacimiento de su hijo (Inandi, Elci, Ozturk, Egri, Polat, & Sahin, 2002). Sin embargo, son pocos los estudios que para determinar la cronicidad de la depresión materna, hayan dado seguimiento a los casos de madres con depresión posparto, hasta la infancia o incluso hasta la etapa preescolar de sus hijos. En realidad es escasa la información relacionada con la cronicidad de los síntomas de depresión de las

madres de niños pequeños, y en opinión de McLennan (2001) esta situación es preocupante, considerando que la depresión materna de tipo crónico tiene mayores efectos negativos sobre los niños, que otras formas de depresión (McLennan et al., 2001). McLearn y colaboradores (2006) encontraron que las madres que presentaban cronicidad en sus síntomas de depresión eran aquellas que utilizaban prácticas estrictas de disciplina (McLearn, et al., 2006).

La proporción de sintomatología depresiva crónica observada en el presente estudio (25%), es muy similar a la observada en el estudio realizado por Horwitz y colaboradores (2009) con madres de niños preescolares (27.4%). En dicho estudio la persistencia de sus síntomas se asoció con el bajo nivel de escolaridad, altos niveles de ansiedad, alto estrés por el hecho de ser padres y bajos niveles de apoyo emocional en la etapa basal (Horwitz, Briggs-Gowan, Storfer-Isser & Carter, 2009). Considerando las características socio-económicas y demográficas y psicosociales de las madres de la comunidad estudiada, los factores encontrados por Horwitz y colaboradores podrían ayudar a comprender en cierta medida, la cronicidad de los síntomas de depresión de las madres del presente estudio. A esto habría que agregar los factores observados por McLennan, quien refiere que además del bajo nivel de educación, la cronicidad de los síntomas de depresión de las madres se relaciona con su estado de salud pobre y con el hecho de no vivir con su pareja.

Cambios temporales en los síntomas de depresión.-

Al hacer un seguimiento de los cambios temporales de los síntomas de depresión de las madres a través del tiempo, también se observó que es más común que las madres presenten depresión cuando sus hijos son más pequeños (15 meses) que cuando son un poco más

grandes (60 meses). En opinión de Olson y DiBrigida, los primeros años de vida son particularmente estresantes para los padres, en tanto que los niños de entre uno y dos años de edad necesitan de una vigilancia constante para garantizar su seguridad física, además de que es precisamente en esta etapa en la que los niños luchan constantemente por su autonomía (Olson y DiBrigida, 1994). Asimismo, a esta edad los niños requieren de un mayor cuidado, atención y dedicación, ya que su salud se puede ver afectada fácilmente y de forma severa, a diferencia de cuando son un poco más grandes. Esta situación puede generar un gran estrés en las madres, hasta llegar a ocasionarles síntomas de depresión. Es importante destacar que los expertos sugieren que la presencia de síntomas de depresión materna, en los primeros meses de vida de los niños, tienen un impacto negativo mayor en ellos, a que si se presentan en etapas posteriores de su vida. Esto debido a que en las relaciones primarias los niños son más dependientes de sus cuidadores, para iniciar y mantener interacciones a cuando son un poco más grandes (McLearn, et al., 2006). Lo anterior muestra la importancia de detectar lo más temprano posible la presencia de los síntomas de depresión en las madres y proporcionar la atención adecuada. Esto en el interés de evitar que la salud mental de la madre afecte de forma negativa la salud física y mental de sus hijos pequeños.

Presencia, severidad y cronicidad de los síntomas de depresión y su relación con variables socio-económicas y demográficas.

Presencia

De entre las diferentes variables socio-económicas y demográficas evaluadas (edad, escolaridad, nivel socioeconómico y presencia de pareja), la que mostró tener relación con la presencia de síntomas de depresión en las madres, en particular cuando sus hijos eran

pequeños (15 meses de edad) fue la de *escolaridad*, ya que las mujeres *Sin escolaridad* o con *baja escolaridad* tuvieron más probabilidades de padecer algún grado de depresión, que aquellas que tenían mayor escolaridad (RM 2.26, CI 95%: 1.06, 4.82; $p=0.034$). Estos datos coinciden con los encontrados en el estudio realizado en Turquía, con población similar a la de este estudio, en donde las mujeres sin estudios presentan también el doble de riesgo de padecer depresión, en comparación con las que habían obtenido grado universitario (RM= 2.8, 95% CI: 1.39-3.11) (Inandi, Elci, Ozturk, Egri, Polat, & Sahin, 2002).

Severidad

Entre las madres que presentaron severidad en sus síntomas de depresión ($CES-D \geq 24$), también se observó una relación significativa con la variable escolaridad, ya que aquellas *Sin escolaridad* o con *baja escolaridad*, presentaron más probabilidades de padecer síntomas de depresión *Alta*, con respecto a las mujeres de mayor escolaridad (RM=3.97, CI 95%: 1.36, 11.57; $p=0.011$). Lo anterior indica que la baja o nula escolaridad de las madres afecta en mayor medida su propio estado emocional. En el estudio de McLennan también se observó que el bajo nivel de escolaridad alcanzado por la madre, fue uno de los factores predictores más fuertes para padecer síntomas de depresión severos, además de su estado de salud pobre. Otra de las variables que tienen una relación estadísticamente significativa con la severidad de los síntomas de depresión de las madres, es la del *nivel socioeconómico*, ya que mientras más bajo es su nivel socioeconómico, mayores son las probabilidades de padecer síntomas de depresión *Alta* (RM=2.77, CI 95%: 0.93, 8.24; $p=0.066$). La edad también mostró tener una relación estadísticamente significativa con la severidad de los síntomas de depresión, ya que se observó que las madres más jóvenes (menores de 25 años), son las que tienen más

probabilidades de desarrollar síntomas de depresión *Alta* (RM=2.78, CI 95%: 1.03, 7.50; $p=0.043$). Por el contrario, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la variable pareja y la presencia de síntomas de depresión *Alta*.

Al evaluar la interacción entre las madres que presentaron síntomas de depresión *Alta* en el T1 y las variables *escolaridad* y *nivel socioeconómico*, se observó que aquellas madres con menor escolaridad (*sin/con baja escolaridad*) y con nivel socioeconómico *Muy bajo*, son las que tuvieron más probabilidades de presentar síntomas de depresión *Alta*, que las madres de mejor nivel socioeconómico (RM=11, CI 95%: 1.24, 104.41; $p=0.032$). Lo anterior indica que cuando en las madres de niños pequeños se encuentran presentes estas dos condiciones, baja escolaridad y bajo nivel socioeconómico, las posibilidades de padecer síntomas de depresión “severos” son muy elevadas y en consecuencia son casos probables de depresión clínica. Por consiguiente, el riesgo de afectar la salud mental de los niños y su desarrollo futuro es mayor.

Cronicidad

Los análisis realizados no mostraron alguna relación entre las madres que presentaron cronicidad en sus síntomas de depresión ($CES-D \geq 16$ en T1 y T2), con alguna de las diferentes variables socio-económicas y demográficas evaluadas (edad, escolaridad, pareja y nivel socioeconómico). Tan solo se pudo observar una tendencia entre las madres que tuvieron pareja en ambos tiempos (T1 y T2) y sin escolaridad o con mínima escolaridad (*Sin/con baja escolaridad*), a presentar síntomas de depresión de forma crónica, en comparación con las mujeres con pareja, pero de mayor escolaridad (RM=2.34, CI 95%: 0.78, 6.95; $p=0.125$). Estos datos indican que aun cuando las mujeres tengan una pareja, su escaso nivel de

escolaridad las afecta de forma severa en su estado emocional, impidiendo que lleguen a tener una buena salud mental.

Por el contrario, al analizar si existía una relación con alguna variable socio-económica y demográfica, entre las madres que no presentaron síntomas de depresión en ninguno de los dos tiempos (*sin depresión* en T1 y T2), nuevamente se observó que la variable escolaridad sigue siendo un importante factor de predicción, ya que las madres que contaban con un mayor nivel de escolaridad, como secundaria completa o más, fueron las que tuvieron más probabilidad de no presentar síntomas de depresión en T1 y T2 (RM=2.5, CI 95%: 1.09, 5.55; $p=0.029$). Esta misma relación se presentó incluso entre las madres que tenían un nivel de *escolaridad básica*, es decir, primaria completa (RM=2.7, CI 95%: 1.15, 6.11; $p=0.022$), en relación a las mujeres *sin/con baja escolaridad*. Estos datos confirman que el nivel de escolaridad de las madres es una variable de riesgo no solo para que las madres de niños pequeños padezcan síntomas de depresión, sino para que presenten síntomas de depresión severos. Estos datos muestran la importancia de implementar políticas públicas enfocadas a elevar el nivel educativo de las mujeres de zonas rurales, y de forma particular el nivel educativo de las madres con niños pequeños, ya que la severidad de sus síntomas de depresión, puede afectar también de forma severa, la salud mental de sus hijos pequeños.

Limitaciones del estudio.

Una de las limitaciones del presente estudio es que por el tamaño de la muestra, los resultados observados solo pueden ser extrapolados a mujeres de zonas semi-rurales con características socioeconómicas similares a las de estas madres. Otra de las limitaciones es que el tamaño de muestra reducido de las mujeres que se ubicaron en la categoría de *cronicidad de síntomas de depresión*, impidieron que se pudiera observar una relación estadísticamente significativa con las diferentes variables socio-económicas y demográficas. Posiblemente, una muestra más amplia arrojaría resultados significativos que explicarían en mejor medida las variables socio-económicas y demográficas relacionadas con la cronicidad de los síntomas de depresión de estas mujeres.

En el interés de que los resultados hubieran sido más consistentes, en términos de estudio longitudinal, hubiera sido conveniente realizar dos mediciones más de los síntomas de depresión materna entre el tiempo 1 y tiempo 2. De igual forma, la inclusión de otras variables como la medición del estrés de las madres, habría dado mayor claridad en términos de si es una variable de riesgo, para que las madres de niños pequeños de esta comunidad, presenten síntomas de depresión.

Conclusiones

La elevada prevalencia de síntomas de depresión observada entre las madres de niños menores de 5 años de esta comunidad semi-rural, muestra la importancia de identificar este trastorno como un problema de salud serio, que debe ser atendido de forma urgente por las instituciones de salud. Los resultados del estudio mostraron que los síntomas depresivos en la madre, se dan en mayor medida cuando sus hijos son más pequeños (15 meses de edad) que cuando son un poco más grandes (60 meses) y los expertos señalan que el impacto negativo de los síntomas depresivos de la madre en los niños, es mayor en los primeros meses de vida, que cuando son un poco más grandes. Algunos autores afirman incluso que la depresión materna de tipo crónico tiene mayores efectos negativos sobre los niños, que otras formas de depresión (McLennan et al., 2001). Situación que también pudo ser observada en una proporción significativa de madres del estudio, las cuales presentaron síntomas de depresión de forma crónica, esto es, tanto a los 15 como a los 60 meses de edad de sus hijos. De ahí que implementar un sistema de monitoreo de identificación temprana de la presencia de síntomas de depresión en las madres, a través de las clínicas o centros de salud de la localidad, ayudaría en gran medida a frenar la evolución de este padecimiento en las madres y por consiguiente a evitar la afectación de la salud física, mental y cognitiva de sus hijos pequeños. Sin embargo, para lograr la atención eficaz de esta problemática se requiere contar con personal de salud capacitado y sensibilizado que pueda identificar de forma temprana, los posibles casos de depresión clínica e intervenir de forma oportuna.

Los resultados del estudio mostraron también que un porcentaje considerable de las madres presentó severidad en sus síntomas de depresión, los cuales tuvieron una relación significativa con su bajo nivel de escolaridad, indicando con ello que la escasa o nula

escolaridad es un factor de riesgo importante para el desarrollo de síntomas de depresión *Alta* entre las madres de niños pequeños. De ahí la importancia de que las instituciones correspondientes, y/o programas sociales, implementen estrategias de educación enfocadas, no solo a las mujeres de estas comunidades en general, sino también a las madres con niños menores de 5 años, en particular. Estas estrategias deberán focalizarse también en las madres jóvenes, ya que fueron las menores de 25 años las que presentaron más probabilidades de desarrollar síntomas de depresión *Alta*. Este tipo de medidas ayudarían a mejorar la salud mental de las madres, la de sus hijos y la relación emocional entre ambos.

Además de la baja escolaridad, otro factor de riesgo observado en el estudio, para que las madres desarrollen síntomas de depresión “severos”, es su bajo nivel socioeconómico. Considerando el contexto de pobreza y marginalidad en el que viven las mujeres de las zonas semi-rurales, como las de este estudio, es comprensible que presenten severidad en sus síntomas de depresión. De ahí que además de las medidas mencionadas, también sea importante diseñar intervenciones enfocadas a aliviar la situación de pobreza extrema y marginalidad en la que viven las madres de niños pequeños de estas comunidades, de manera que tengan posibilidades de una seguridad alimentaria, acceso a servicios básicos y a servicios de salud.

No obstante, se plantea como necesario realizar más estudios que ayuden a profundizar en los factores de riesgo, que favorecen el desarrollo de síntomas de depresión entre las madres de niños pequeños, de comunidades rurales, de manera que además de éstas, se puedan plantear otras estrategias que incidan y beneficien a estas mujeres y a sus hijos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera-Guzmán RM., Carreño García MS., Juárez García F. (2004) Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental.*, 27 (6)
- American Psychiatric Association. (2000) . Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC.
- Beeghly M, Weinberg MK, Olson KL. Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *J Affect Disord.* 2002; **71 (1-3)**:169–180
- Belló M., Puentes-Rosas E., Medina-Mora ME, Lozano R. (2005) Prevalencia y diagnóstico de Depresión en Población Adulta en México. *Salud Pública de México.*, 47(S1).
- Berenzon GS., Tiburcio SM., Medina-Mora ME. (2005). Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental.*, 28 (6)
- Bierut LJ, Heath AC., Bucholz KK., Dinwiddie S H., Madden Pamela A. F., Statham D J., et al. (1999). Major Depressive Disorder in a Community-Based Twin Sample. Are There Different Genetic and Environmental Contributions for Men and Women? *Arch Gen Psychiatry.* 56:557- 563
- Bojorquez Chapela I.,Salgado de Snyder (2009). Características Psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Mental.*, 32 (4)
- Burt VK, Stein K. (2002). Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *J Clin Psychiatry.* 63 (S7): 9-15.
- Caraveo-Anduaga J., Martínez Vélez NA., Rivera Guevara BE., Polo DA. (1997). Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Revista Salud Mental.* 20 Suplemento Julio. México.
- CONAPO (2004). Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2003. México Informe

- Dennerstein L., Soares CN. (2008). The unique challenges of managing depression in mid-life women. *World Psychiatry*. 7: 137-142
- Díaz-Olavarrieta C. & Sotelo J. (1996) Domestic Violence in Mexico. *JAMA*. 275 (24): 1937-1941.
- *Diccionario de especialidades Farmacéuticas del Sistema Nervioso Central*. (2008). 8ª.Edición.
- Dietz P., Williams SB., Callaghan WM., Bachman DJ., Whitlock E., Hornbrook MC. (2007). Clinically Identified Maternal Depression Before, During, and After Pregnancies Ending in Live Births. *Am J Psychiatry*. 164: 1515-1520.
- DiGirolamo AM, Salgado de Snyder V. (2008). Women as primary caregivers in Mexico: challenges to well-being. *Salud Pública Mex*.50:516-522
- Engle PL. (2009). Maternal Mental Health: program and policy implications. *Am J Clin Nutr*.: 963S-6S
- *Estadísticas a propósito del día de muertos* (2003). INEGI.
<http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2003/Muerto03.pdf>
- Fleischer NL.,Fernald LC. & Hubbard AE. (2007). Depressive Symptoms in Low-income women in Rural Mexico. *Epidemiology* 18 (6): 678-685.
- Frankel KA.,Lindahl k.,Harmon RJ. (1992). Preschoolers´ Response to maternal sadness: Relationships with maternal depression and emotional availability. *Infant Mental Health Journal*. 13(2): 132-146.
- Freeman EW, Sammel MD, Lin H & Nelson DV. (2006). Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 63: 375-382
- García-López JE. (2008). Grado de Acceso Geográfico a los servicios de salud en *La situación demográfica de México 2008*. CONAPO (2008)
- García L, Ortega-Soto H., Ontiveros M., & Cortes J. (1991). La incidencia de depresión ´posparto. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*.2:54-59. México.
- Grantham-McGregor, Bun-Cheung, Cueto S., Glewwe P., Richter L., Strupp B. and the International Child development Steering Group (2007). Developmental potential

in the first 5 years for children in developing countries. *Child Development in Developing countries 1. The Lancet*. 369.

- Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto (2008). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC.
http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf
- *Global Burden Disease Report*, (2004).
- (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part3.pdf)
- González FC., Ramos LL., Vignau BL., Ramírez VC. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24 (6).
- Hall LA., Williams CA., Greenberg RS. (1985). Supports, Stressors and Depressive Symptoms in Low-Income mothers of young children. *American Journal of Public Health*, 75 (5)
- Hankin BL, Abramson LY. (1999). Development of gender differences in depression: description and possible explanations. *Ann Med*. 31(6): 372-9.
- Harris T. (2001) Recent developments in understanding the psychosocial aspects of depression. *British Medical Bulletin*. 57:17-32
- Herrero J., Gracia E. (2007). Una medida breve de la sintomatología depresiva. *Salud Mental*, 30(5)
- Horesh N., Brunstein A., Apter A. (2008). Stressful life events and major depressive disorders. *Psychiatry Res*. 160 (2): 192-199
- Horowitz J., Garber J. (2006). The Prevention of Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (3).
- Horwitz SM., Briggs-Gowan MJ., Storfer-Isser A., Carter AS.(2007) Prevalence Correlates and Persistence of Maternal Depression. *Journal of Women's Health*. 16(5): 678-691.

- Horwitz SM., Briggs-Gowan MJ., Storfer-Isser A., Carter AS.(2009) Persistence of Maternal Depressive Symptoms throughout the early years of Childhood. *Journal of Women´s Health*.18 (5): 637-645
- Huerta MR, (2000). El estado de ánimo de la mujer durante su ciclo reproductivo. *Salud Mental*. 23(3)
- Inandi T., Elci OC., Ozturk A., Egri M., Polat A., Sahin TK. (2002). Risk Factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology*. 31: 1202-1207.
- INEGI (2004) Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003 (ENDIREH). INEGI, INMUJERES, UNIFEM.
- Kahn S.R., Brandt D., Whitaker C.R. (2004) Combined Effect of Mothers´ and Fathers´ Mental Health Symptoms on Children´s Behavioral and Emotional Well-being. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 158.
- Kendler KS, Kessler RC, Neale MC, Heath AC and Eaves LJ. (1993). The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. *Am J Psychiatry*., 150:1139-1148
- Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA.(1999). Causal Relationship between Stressful Life Events and the Onset of Major Depression. *Am J Psychiatry*. 156:837–841
- Kendler KS, Gardner CO, Neale MC, Prescott CA. (2001). Genetic risk factors for major depression in men and women: similar or different heritabilities and same or partly distinct genes? *Psychological Medicine*. May; 31(4): 605-16
- Kendler KS., Kuhn J., Prescott CA. (2004). The Interrelationship of Neuroticism, Sex, and Stressful Life Events in the Prediction of Episodes of Major Depression. *Am J Psychiatry*. 161:631–636
- Kendler KS, Myers J., Prescott CA. (2005).Sex Differences in the Relationship Between Social Support and Risk for Major Depression: A Longitudinal Study of Opposite-Sex Twin Pairs. *Am J Psychiatry*., 162:250–256
- Kendler KS., Gatz M., Gardner CO., Pedersen NL. (2006). A Swedish National Twin Study of Lifetime Major Depression. *Am J Psychiatry*; 163:109–114

- Lara MA., Acevedo M., López EK., Fernández M. (1993) La salud emocional y las tensiones asociadas con los papeles de género en las madres que trabajan y en las que no trabajan. *Salud Mental.*, 16(2).
- Lara MA., Acevedo M., López EK., Fernández M. (1994). La conducta de apego en niños de 5 y 6 años: influencia de la ocupación materna fuera del hogar. *Revista Latinoamericana de Psicología.*, 26(2); 283-313
- Lara MA., Fernández M., Acevedo M., López EK. (1996) Síntomas emocionales y roles familiares en mujeres mexicanas: estudio proyectivo e interpretación de género. *Acta psiquiát Psicol. Am lat.* 42(4) 329-340.
- Lara MA., Medina-Mora ME., Salgado de Snyder VN., Acevedo M., Díaz-Pérez MJ., Villatoro J. (1996) Utilización de Servicios para problemas de salud mental en población femenina: Tres estudios. *Salud Mental.*, 19 (2) 42-49.
- Lara MA., Navarro C., Navarrete L. (2004) Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Pública de México.*, 46 (5): 378-387
- Lara MA., Navarro C., Navarrete L. (2005). Salud de mamás y bebés: prevención de la depresión posparto. *Rev.Sanid Milit.* 59(4): 265-278
- Lara MA., Navarro C., Navarrete L., Cabrera A., Almanza J., Morales F., et al. (2006) Síntomas Depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Revista de Salud mental.*, 29 (4).
- Lara MA, Navarro C, Navarrete L. (2010). Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *J Affect Disord.* 122(1-2):109-117
- Lara MA. (2008). Women and Depression: The Influence of Gender in Major Depressive Disorder. En Aguilar- Gaxiola & Gullotta TP (Eds). *Depression in Latinos. assessment, treatment and prevention:* 239-261. USA. Springer.
- Lara MA., Le HN., Letechipia G., Hochhausen L. (2008). Prenatal Depression in Latinas in the U.S. and Mexico. *Matern Child Health J.* Springer.
- Lara Muñoz MC., Medina-Mora MA., Borges G., Zambrano J. (2007) Social Cost of Mental Disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental.*, 30 (5).

- Leiferman, J. (2002). The effect of Maternal Depressive Symptomatology on Maternal Behaviors Associated with Child Health. *Health Education and Behavior.*, 29 (5): 596-607
- Luoma I., Tamminen T., Kaukonen P., Laippala P., Puura K., Salmelin R., Almqvist F. (2001). Longitudinal Study of Maternal Depressive Symptoms and Child Well-Being. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry.* 40:12.
- Marchand JF., Hock E., Widaman K. (2002). Mutual Relations between mothers' depressive symptoms and hostile-controlling behavior and young children's externalizing and internalizing behavior problems. *Parenting: Science and Practice.* 2 (4): 335-353
- McLearn KT., Minkovitz CS., Strobino DM., Marks E., Hou W. (2006). The Timing of Maternal Depressive Symptoms and Mothers' Parenting Practices with Young Children: Implications for Pediatric Practice. *Pediatrics.*, 118 (1): 174-182.
- McLennan JD., Kotelchuck M., Cho H. (2001). Prevalence, Persistence and Correlates of Depressive symptoms in a National Sample of Mothers of Toddlers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 40 (11): 1316-1323.
- Medina-Mora ME, Berenzon S., López-Lugo EK, Solis L., Caballero MA, González J. (1997). El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. *Revista Salud Mental.*, 20, Suplemento Julio. México.
- Medina-Mora ME., Borges G., Lara MC., Benjet C., Blanco JJ., Fleis BC., Villatoro VJ., Rojas GE., Zambrano RJ., Casanova RL., Aguilar-Gaxiola. (2003). Prevalencia de Trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental.*, 26 (4).
- Medina-Mora ME., Borges G., Lara MC., Benjet C. (2005). La salud mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Rivero L. y Zarate L. Manual de Trastornos Mentales. Edición 2005 12-24. México. Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Mian AI, (2005) Depression in pregnancy and the postpartum period: balancing adverse effects of untreated illness with treatment risks. *Journal of Psychiatric Practice.*, 11: 389-96.

- Miller A., Fox NA., Cohn JF., Forbes EE., Sherrill JT., Kovacs M. (2002). Regional Patterns of Brain Activity in Adults with a History of Childhood-Onset Depression: Gender Differences and Clinical Variability *Am J Psychiatry* 159:6, June
- Mistry R., Stevens GD., Sareen H., De Vogli R., Halfon N. (2007) Parenting-related Stressors and Self-reported mental health of Mothers with young children. *Am J Public Health* 97:7 July
- Moreno J., Campos MG, Lara C., Torner C. (2005). El Sistema Serotoninérgico en el Paciente Deprimido. Primera Parte. *Salud Mental*, 28 (6) Diciembre.
- Moussavi S., Chatterji S., Verdes E., Tandon A., Patel V, Ustun (2007) Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370 (8) September.
- National institute of mental health, depression. US department of health and human services. NIH publication No. 07-3561. Revised 2007.
- Olson, AL., DiBrigida, LA. (1994). Depressive symptoms and work role satisfaction in mothers of toddlers. *Pediatrics*, 94(3), 363-367.
- Organización Mundial de la Salud from http://www.who.int/mental_health/management/depression
- Orr ST. James SA., Burns BJ., Thompson B. (1989) Chronic Stressors and Maternal Depression: Implications for Prevention. *Am J Public Health* 1989; 79: 1295-1296
- Paulson JF., Dauber S., Leiferman JA. (2006). Individual and Combined Effects of Postpartum Depression in Mothers and Fathers on Parenting Behavior. *Pediatrics*. 118: 659-668.
- Piccinelli M., Wilkinson G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *British Journal of Psychiatry*., 177: 486-492.
- Radlof L.S. (1977). The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measuremen.*, 1:385-401.
- Ramakrishnan U, Gonzalez-Cossio, Neufeld LM, T, Rivera J, Martorell R. (2003) Multiple micronutrient supplementation during pregnancy does not lead to greater infant birth size than does iron-only supplementation: a randomized

controlled trial in a semirural community in Mexico *Am J Clin Nutr*; 77 (3):720-725.

- Rivera-Rivera L., Lazcano-Ponce E., Salmeron-Castro J., Salazar-Martínez E., Castro R., Hernández-Ávila M. (2004). Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: A population-based study. *Salud Publica Mex.* 46:113-122.
- Rivera-Rivera L., Allen B., Rodríguez-Ortega G., Chávez-Ayala R., Lazcano-Ponce E. (2006). Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud Pública Mex.*, 48 (2): S288- S296.
- Salgado de Snyder VN, Maldonado M., M.A. (1994) Características Psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública de México.*, 36: 200-209
- Salgado de Snyder VN (1996) Problemas psicosociales de la migración internacional. *Salud Mental.* 19 (S1): 53-59. Abril.
- Salgado-de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ. (1999). Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental*, número especial, México.
- Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ. (2000). The prevalence of nervios and associated symptomatology among inhabitants of Mexican rural communities. *Culture, Medicine and Psychiatry.*, 24: 453-470.
- Salgado-de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ. (2002). Salud mental de las mujeres rurales: problemas necesidades y alternativas. (cap.8). En: Lara MA., Salgado de Snyder VN ed. *Cálmese, son sus nervios, tómese un tesito: La salud mental de las mujeres mexicanas: 151-172. México, DF: Pax*
- Salgado de Snyder VN, Díaz Pérez MJ & González-Vázquez T. (2003) Modelo de Integración de Recursos para la atención de la Salud Mental en la población rural de México. *Revista Salud Pública de México.*, 45(1).México.
- Salgado de Snyder VN., González VT., Bojorquez ChI., Infante XC. (2007) Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. *Salud Pública de Mex.* 49:S1: 8-10
- Siegel JM, Yancey AK, Aneshensel CS, Schuler R. (1999). Body image, perceived pubertal timing, and adolescent mental health. *J Adolesc Health.* 25(2):155-65.

- Silverstein M., Augustyn M., Cabral H., Suckerman B. (2006) Maternal Depression and Violence Exposure: Double Jeopardy for Child School Functioning. *Pediatrics.*, 118: 792 -800.
- Soares CN., Zitek, B. (2008). Reproductive Hormone sensitivity and risk for depression across the female cycle: A continuum of vulnerability?. *J Psychiatry Neurosci.*, 33 (4): 331- 43.
- Sullivan, PF, Neale MC, Kendler KS. (2000). Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis *Am J Psychiatric.* 157: 1552-1562.
- Tidemalm D., Langstrom N., Lichtenstein P, Runeson B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *British Medical Journal.*, 337:2205
- Valdés R., Juárez C. (1998). Impacto de la Violencia Doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental.*, 21(6).
- Villalvazo PP., Corona MJP., García MS. (2002) Urbano-Rural constante búsqueda de fronteras conceptuales. Datos, hechos y lugares. *Revista de Información y análisis.* 20
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/articulos/sociodemograficas/urbano03.pdf>
- Weinberg MK., Tronick EZ. (1998). Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics.*, 102 (5): 1298-1304
- Weiss EL., Longhurst JG., Mazure CM. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and Neurobiological correlates. *Am. J. Psychiatry* 156: 816-828.
- Whitaker RC, Phillips ShM.& Orzol SM. (2006). Food Insecurity and the risks of Depression and Anxiety in Mothers and Behavior problems in their Preschool-Aged Children. *Pediatrics*; 118: 859-868
- *Women´s mental health, an evidence based review*, (2000). *Mental Health determinants and populations. Department of Mental Health and substance dependence.* World health organization.
- *Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries*: report of the meeting held in Geneva, Switzerland, 30 January - 1

February, 2008. Department of Mental Health and substance abuse. World Health Organization & UNFPA.

- Who (2010) http://www.who.int/mental_health/en/
- Yonkers KA., Ramin SM., Rush AJ., Navarrete CA., Carmody T., March D., et al. (2001) Onset and Persistence of Postpartum Depression in an Inner-City Maternal Health Clinic System. *Am J Psychiatry.*, 158:1856–1863. Nov.

ANEXO I

Lista de Cuadros

Resultados

- Cuadro No. 1. Características socio-económicas y demográficas de la muestra
- Cuadro No. 2. Presencia de sintomatología depresiva y su relación con variables socio-económicas y demográficas. Análisis del Tiempo 1 y Tiempo 2 por separado.
- Cuadro No. 3. Severidad de los síntomas. Madres con síntomas de depresión *Alta* ($CES \geq 24$) en Tiempo 1.
- Cuadro No. 4. Severidad de los síntomas. Madres con síntomas de depresión *significativa* ($CES-D \geq 16$) en T1 comparando con madres *sin depresión* ($CES-D < 16$).
- Cuadro No. 5. Interacción entre presencia síntomas de depresión en T1, estratificada por escolaridad y nivel socioeconómico.
- Cuadro No. 6. Interacción entre presencia síntomas de depresión *Alta*, comparando con mujeres con depresión *significativa*, estratificando por escolaridad y edad.
- Cuadro No. 7. Variable de cambio a través del tiempo. Cronicidad en los síntomas de depresión (T1 y T2) y su relación con variables socio-económicas y demográficas.
- Cuadro No. 8. Variable de cambio a través del tiempo. Madres con pareja en T1 y T2 y cronicidad en sus síntomas de depresión ($CESD \geq 16$ T1 y T2).
- Cuadro No. 9. Variable de cambio a través del tiempo. Madres *sin depresión* en T1 y T2.
- Cuadro No. 10. Variable de cambio a través del tiempo. Madres con depresión solo en Tiempo 1. Madres con depresión solo en Tiempo 2.

Lista de Figuras

Objetivos

Diagrama de Flujo # 1. Modelo Conceptual

Población del presente estudio

Diagrama # 2. Flujo de la muestra del presente estudio

Resultados

Gráfica 1. Presencia y severidad de los síntomas de depresión

Gráfica 2. Cronicidad y Cambios temporales en los síntomas de depresión del T1 al T2

APENDICE I

Instrumento:

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) de Radloff (1977).

En ambas mediciones se aplicó la prueba de depresión CES- D. Se leyeron cada uno de los 20 reactivos de la prueba y se dieron las siguientes instrucciones a todas las participantes:

“A continuación le voy a leer una lista de las formas en las que usted se puede sentir o comportar. Por favor indique qué tan frecuente se ha sentido de esta forma en los últimos siete días...”. En el interés de que las participantes comprendieran las opciones de respuesta, se utilizó un apoyo visual en el que aparecían las respuestas tanto en frases de frecuencia como en términos de número de días.

Rara vez, nunca	De repente, Alguna vez	Varias Veces	Todo el tiempo o la mayor parte del tiempo
Menos de 1 día	1 a 2 días	3 a 4 días	5 a 7 días

¿Durante los últimos siete días se ha sentido así...?:

a) Me molestaron cosas que usualmente no me molestan
b) No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito
c) Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, ni con la ayuda de familiares y amigos
d) Sentía que era tan buena (capaz) como cualquier otra persona
e) Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo
f) Me sentía deprimida
g) Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo (un sacrificio)
h) Me sentía optimista sobre el futuro
i) Pensé que mi vida era un fracaso (se me ha ocurrido pensar)
j) Me sentía con miedo (temerosa)
k) Mi sueño era inquieto (insomnio)
l) Estaba contenta
m) Hablé menos de lo usual
n) Me sentí sola
o) La gente no era amigable
p) Disfruté de la vida
q) Pasé ratos llorando
r) Me sentí triste
s) Sentí que no le caía bien a la gente
t) No tenía ganas de hacer nada

Cabe mencionar que 4 de los 20 reactivos se presentan en forma positiva, esto con el fin de romper la tendencia hacia un conjunto de respuestas, así como para evaluar la presencia del afecto positivo o de su ausencia. Los ítems positivos se codificaron en el orden inverso.

El puntaje total de la escala es la sumatoria de los puntos obtenidos en cada uno de los 20 reactivos, la cual puede variar entre 0 y 60.
