

Sintomatología depresiva, estrés y funcionamiento familiar en madres adultas del norte de México

Depressive symptomatology, stress and family functioning in adult mothers from northern Mexico

Efraín Gaytán-Jiménez^{1*}, Gonzalo García-Vargas¹, Darío Gaytán-Hernández¹, Manuel Rosales-González¹, Humberto Reyes-Hernández², Omar Sánchez-Armáss Capello³ & Jaqueline Calderón-Hernández²

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez del Estado de Durango. Calzada las Palmas 1 y Sixto Ugalde, Col. Revolución C.P. 35050. Gómez Palacio, Durango, México. Tel. (871) 714 51 22 Ext. 6

*Correo electrónico: egaytanjimenez@gmail.com

² Programa Multidisciplinario en Ciencias Ambientales, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

³ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

*Autor de correspondencia

Resumen

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de la sintomatología depresiva y analizar su relación con el estrés percibido y el funcionamiento familiar en una muestra de madres adultas del norte de México. Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal en una muestra de 118 mujeres residentes en la Zona Metropolitana de la Laguna (ZMLL), México. Para evaluar la sintomatología depresiva se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés); para el estrés percibido se empleó la Escala de Estrés Percibido; y el funcionamiento familiar se evaluó mediante la Escala de Relaciones Intrafamiliares. Se utilizó el coeficiente r de Pearson para determinar el nivel de correlación entre las variables y regresión logística binomial para determinar los factores de riesgo para sintomatología depresiva en los grupos de participantes, formados de acuerdo a la edad. Los resultados indican una prevalencia del 12.7% de sintomatología depresiva clínicamente relevante, estableciendo un riesgo ocho veces mayor de presentar sintomatología depresiva para las participantes menores de 30 años que refieren niveles bajos de funcionamiento familiar (RM= 9.60, IC 95%= 1.1-84.5). Para las participantes mayores de 30 años se determinó un riesgo 15 veces mayor de presentar sintomatología depresiva, si presentan estrés percibido elevado (RM = 16.65, IC 95% = 2.7-101.3). Los factores de riesgo para presentar sintomatología depresiva varían de acuerdo a la edad de la mujer. Esto hace indispensable instrumentar medidas que amplíen la cobertura preventiva, privilegiando modelos comunitarios, sobre todo en los grupos más vulnerables.

Palabras clave: Sintomatología depresiva; mujeres; madres; estrés; funcionamiento familiar.

Abstract

The objective of this study was to determine the prevalence of depressive symptomatology and to analyze its relationship with perceived stress and family functioning in a sample of adult mothers from northern Mexico. An analytical, observational, cross-sectional research was conducted in a sample of 118 women residing in the Metropolitan Area of La Laguna, Mexico (ZMLL). To evaluate the depressive symptoms, the Beck Depression Inventory (BDI) was used; to measure the perceived stress, the perceived stress scale was used; and to assess the family functioning, the intrafamily relations scale was used. The Pearson r coefficient was used to determine the level of correlation between the variables and binomial logistic regression to determine the risk factors for depressive symptomatology in the groups of participants, organized according to age. The results indicate a prevalence of 12.7% of clinically-relevant depressive symptomatology, establishing an eightfold higher risk of presenting depressive symptomatology for participants under 30 years of age, who report low levels of family functioning (OR = 9.60, 95% CI = 1.1-84.5). For participants older than 30 years of age, a 15 times greater risk of presenting depressive symptomatology, when presenting high perceived stress, was determined (OR = 16.65, 95% CI = 2.7-101.3). The risk factors to present depressive symptoms vary according to the age of the woman. This makes it indispensable to implement measures that expand preventive coverage, favoring community models, especially among the most vulnerable groups.

Keywords: Depressive symptomatology; women; mothers; stress; family functioning.

Recibido: 7 de septiembre de 2017

Aceptado: 11 de diciembre de 2018

Publicado: 2 de septiembre de 2019

Como citar: Gaytán-Jiménez, E., García-Vargas, G., Gaytán-Hernández, D., Rosales-González, M., Reyes-Hernández H., Sánchez-Armáss Capello O., & Calderón-Hernández, J. (2019). Sintomatología depresiva, estrés y funcionamiento familiar en madres adultas del norte de México. *Acta Universitaria* 29, e2063. doi: <http://doi.org/10.15174/au.2019.2063>

Introducción

Los trastornos mentales constituyen uno de los principales desafíos en salud pública debido a los costos económicos y sociales que generan. Representan, junto con los trastornos por uso de sustancias, el 13% de la carga global de las enfermedades (Lara, Medina-Mora, Borges & Zambrano, 2007; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004; OMS, 2013a; Whiteford *et al.*, 2013; *World Economic Forum & the Harvard School of Public Health*, 2011). Entre dichas condiciones, la depresión figura entre las más importantes debido a su alta prevalencia, su aparición temprana y como causa principal de discapacidad. Actualmente, la depresión ha sido clasificada por la OMS como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial, causando más del 7.5% de todos los años vividos con discapacidad en 2015 y, de acuerdo con las previsiones, será la primera causa de discapacidad en el año 2030 (OMS, 2013b; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

En el año 2015, el número total de personas con depresión a nivel mundial superó los 300 millones, lo cual se estimó en una prevalencia del 4.4%, siendo más común en mujeres (5.1%) que en hombres (3.6%) (OPS, 2017). Kohn *et al.* (2005) examinaron las tasas de prevalencia de trastornos mentales basadas en estudios epidemiológicos realizados en América Latina y el Caribe, encontraron que la depresión tuvo una prevalencia regional media de 4.9% y casi el doble en mujeres que en varones (Kohn *et al.*, 2005; Rodríguez, Kohn & Aguilar-Gaxiola, 2009). En México, la depresión es la primera causa de atención psiquiátrica; los resultados de la encuesta realizada por el *WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology* en 1995 reportaron una prevalencia de 4.5% de trastorno depresivo mayor en la población de 18 a 54 años, durante los últimos 12 meses (Andrade *et al.*, 2003). La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), realizada en 2002, estimó una tasa de prevalencia anual de dicho trastorno del 4.8% para la población general de 18 a 65 años (IC 95% = 4.0-5.6) (Medina-Mora *et al.*, 2005). La Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (END) 2002-2003 reportó una tasa similar del 4.5%, siendo más frecuente en mujeres que en hombres (5.8% y 2.5% respectivamente) (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora & Lozano, 2005; Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña & Gallo, 2012). Las diferencias de prevalencias respecto al sexo concuerdan con las reportadas en el estudio de carga mundial de morbilidad (2010), donde los datos a nivel país reportan que en México la depresión ocupa la cuarta causa principal de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en mujeres y el lugar 14 en hombres (Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud, Red de Desarrollo Humano & Banco Mundial, 2013; Lozano *et al.*, 2013).

Otra evidencia que han aportado los estudios epidemiológicos es la limitación en recursos y personal especializado para labores de prevención y atención de trastornos mentales, lo que deriva en una brecha (déficit) de tratamiento de estos, la cual en el caso de la depresión es del 58.9% en América Latina y el Caribe y del 78.2% para México. En otras palabras, en nuestro país, alrededor de tres cuartas partes de las personas que padecen depresión no recibe tratamiento (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista & Zambrano-Ruiz, 2004; Borges, Medina-Mora & López-Moreno, 2004; Kohn *et al.*, 2005; Medina-Mora *et al.*, 2005). Ante este escenario, el papel de modelos de prevención, detección y tratamiento temprano de este tipo de afecciones, al igual que la identificación e intervención sobre los factores asociados, es cada vez más relevante.

El estrés psicológico tiene un rol importante en el inicio y evolución de los trastornos mentales, particularmente en la depresión (Pechtel & Pizzagalli, 2011; Hammen, 2005; Paykel, 2001). En las últimas décadas, una amplia cantidad de literatura ha evidenciado la asociación entre mayores niveles de factores estresantes, ya sean de tipo personales o ambientales, con la aparición de episodios depresivos, lo anterior tanto en estudios con muestras clínicas, como en estudios con muestras comunitarias (Agid, Kohn & Lerer, 2000; Dean & Keshavan, 2017; Patten, Metz & Reimer, 2000). Tales factores varían de acuerdo al sexo, edad,

grupo étnico y nivel socioeconómico; sin embargo, las estimaciones mundiales y regionales indican que las mujeres son más vulnerables a padecer depresión (5.1%) en comparación con los hombres (3.6%) (OPS, 2017; Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet & Orozco2012). Dicha vulnerabilidad es especialmente importante al afectar negativamente la vida de las mujeres, sus hijos y sus familias. Diversos estudios han demostrado que las madres que presentan depresión tienen menor energía para cuidar de sí mismas y para cuidar a sus hijos pequeños (De Castro, Place, Villalobos & Allen-Leigh, 2015).

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de sintomatología depresiva (SD) en mujeres residentes de la Zona Metropolitana de la Laguna (ZMLL), México, durante el año 2014, así como analizar la asociación entre dicha sintomatología con los niveles de estrés y funcionamiento familiar percibidos por las participantes, considerando el impacto de las variables sociodemográficas.

Materiales y Métodos

Sitio y participantes

Durante el periodo agosto–diciembre de 2014, se llevó a cabo un estudio observacional analítico de corte transversal, cuyo objetivo fue caracterizar la salud mental de las familias de la ZMLL (Gaytán, Rosales, Reyes, Díaz-Barriga & Calderón, 2015). Aleatoriamente se seleccionaron tres escuelas primarias ubicadas en zonas de marginación alta media y baja, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (Conapo, 2012). Se invitó a las madres de familia de primero y segundo de primaria a participar en el estudio junto con sus hijos. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez del Estado de Durango (Folio PI-2014-08-01) y las madres o tutoras firmaron un consentimiento informado. Para ser incluidas en la muestra se les pidió ser residentes en la zona de estudio y ser mayores de edad. Se planeó excluir a madres con algún trastorno mental previamente diagnosticado o a aquellas que estuviesen consumiendo medicamentos psicoactivos. Sin embargo, no se detectó ningún caso.

Instrumentos

Evaluación de la Sintomatología Depresiva (SD). Se utilizó el inventario de depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés) (Beck, Steer, & Garbin, 1988). Este inventario, estandarizado para la población mexicana (Jurado *et al.*, 1998), consta de 21 reactivos que evalúan la intensidad sintomática de la depresión en muestras clínicas y no clínicas. El instrumento posee una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.83$, $p < 0.01$). Cada reactivo contiene varias frases autoevaluativas, de las cuales se debe escoger la que más se ajuste al propio estado de ánimo de los últimos seis meses. Las puntuaciones obtenidas en la prueba se agrupan en cuatro grados de depresión: mínima (0 puntos a 9 puntos), leve (10 puntos a 16 puntos), moderada (17 puntos a 29 puntos), y severa (30 puntos a 63 puntos).

Evaluación del Estrés Percibido (EP). El estrés se midió a través de la escala de estrés percibido (EEP) en su versión de 14 reactivos (Cohen, Kamarak & Mermelstein, 1983), adaptado culturalmente para México por González & Landero (2007). El EEP evalúa la percepción de estrés durante el último mes. Cada pregunta tiene un patrón de respuesta politómica de cinco opciones: *nunca*, *casi nunca*, *de vez en cuando*, *a menudo* y *muy a menudo*, arrojando puntuaciones de 0 a 4. Los puntajes de los reactivos 4, 5, 6, 7, 9 y 10 son inversos. Los puntajes totales pueden variar de 0 a 56. A mayor puntuación, se infiere un mayor nivel de estrés. La confiabilidad de este instrumento es de $\alpha = 0.83$. Para el presente estudio se utilizó un punto de corte de 28

puntos, equivalente a la media muestral más una desviación estándar, para determinar un nivel elevado de estrés.

Evaluación del Funcionamiento Familiar (FF). Se utilizó una escala denominada evaluación de las relaciones intrafamiliares (ERI) (Rivera & Andrade, 2010), en su versión de doce reactivos, mismos que están organizados para evaluar tres dimensiones: unión, expresión y dificultades. Cuenta con cinco opciones de respuesta que varían de *totalmente de acuerdo* a *totalmente en desacuerdo*. La confiabilidad de cada una de las dimensiones es de $\alpha = 0.81$ para unión y apoyo, $\alpha = 0.88$ para expresión y $\alpha = 0.78$ para dificultades (Rivera & Andrade, 2010).

Evaluación del Nivel Socioeconómico (NSE). Se midió a través de la regla 10x6 establecida por la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública (AMAI 10 x 6), que es un índice que clasifica el nivel socioeconómico de los hogares en seis niveles (A/B, C+, C, D+, D y E). El nivel A corresponde al nivel socioeconómico alto con disminución progresiva hasta E. La escala toma en cuenta el nivel de educación del jefe de la familia o de las personas que más contribuyen a los gastos del hogar, así como de nueve características o posesiones del hogar (López, 2011). En este estudio distribuimos estos niveles en tres categorías: Bajo (D y E), Medio (C y D+) y Alto (A/B y C+).

Variables Sociodemográficas. Se recabo información sobre edad, nivel educativo, estructura familiar y número de hijos mediante un instrumento *ad hoc* (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra de madres adultas de la Zona Metropolitana de la Laguna, México, estratificadas en dos grupos de acuerdo a la edad.

Variable	Total (N= 118) %	Edad		χ^2	p
		< 30 (n= 49) % (n)	≥ 30 (n= 69) % (n)		
Edad (M ± DE)	32.3 ± 6.3	26.1 ± 2.4	36.7 ± 4.1		< 0.01
Nivel educativo					
< Bachillerato	61.0	71.4 (35)	53.6 (37)	3.81	0.03
≥ Bachillerato	39.0	28.6 (14)	46.4 (32)		
Estructura familiar					
Con pareja	76.3	73.5 (36)	78.3 (54)	0.36	0.34
Sin pareja	23.7	26.5 (13)	21.7 (15)		
Núm. de hijos					
≤ 2	55.9	71.4 (35)	44.9 (14)	8.16	< 0.01
> 2	44.1	28.6 (14)	54.5 (31)		
NSE					
Bajo	41.5	46.9 (23)	37.7 (26)	2.58	0.27
Medio	28.0	30.6 (15)	26.1 (18)		
Alto	30.5	22.4 (11)	36.2 (25)		

Notas: NSE : Índice AMAI 10x6 recategorizado en tres niveles. Edad: Años cumplidos. M ± DE: Media ± Desviación Estándar. N: Total de la muestra. n (%): frecuencia (porcentaje).

Fuente: Elaboración propia.

Procedimiento

Una vez autorizada la participación, los cuestionarios e instrumentos aplicados a las participantes se administraron de manera grupal en una sesión de aproximadamente una hora y media. Todos los instrumentos fueron administrados por psicólogos previamente capacitados y tuvieron lugar en aulas iluminadas y aisladas de ruido. Las participantes recibieron información sobre el objetivo del proyecto, la naturaleza voluntaria de la participación, así como riesgos y beneficios del mismo proyecto. De igual modo se garantizó la confidencialidad de los datos personales y la devolución de resultados de manera individual.

Análisis estadístico

Para el análisis univariado se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión para las variables continuas, así como porcentajes para las variables categóricas. Para el análisis bivariado se emplearon pruebas de Ji cuadrada (χ^2), Anova y razón de momios (RM); se aplicó también la regresión logística binaria en el análisis multivariado. Todos los valores fueron calculados a dos colas $p < 0.05$. Los datos se analizaron con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.0 (IBM Corporation, 2013), y la calculadora en línea OpenEpi versión 2.3.1. (Dean, Sullivan & Soe, 2014).

Resultados

Caracterización sociodemográfica de las participantes

La muestra quedó conformada por 118 mujeres. La media de edad de las participantes fue de 32.3 años (DE = 6.3 años), y al momento del estudio contaban con por lo menos un hijo en edad escolar. El porcentaje total de mujeres con nivel educativo menor a bachillerato fue de 61.0%. El 76.3% manifestó contar con pareja. La muestra se dividió en dos grupos de estudio de acuerdo a su edad (menores y mayores de 30 años), ubicando al 58.5% de la muestra en el grupo de 30 años o más. Se observaron diferencias significativas en el nivel educativo ($\chi^2 = 3.81$, $p < 0.05$) y el número de hijos ($\chi^2 = 8.16$, $p < .01$) de las participantes de acuerdo al grupo de estratificación (tabla 1).

Sintomatología depresiva

En la tabla 1 se describe el nivel de SD tanto para la muestra global, como para los grupos de edad, así como la M y DE de la puntuación total de BDI. 12.7% de las participantes reportaron síntomas clínicamente relevantes (moderada y severa). Al analizar la SD por grupo de edad se encuentra una mayor proporción de sintomatología clínicamente relevante entre mujeres menores de 30 años (18.4%) en comparación a las mujeres mayores de 30 años (8.7%). Sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 2.41$, $p = 0.10$) (tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de sintomatología depresiva, niveles de estrés y ambiente familiar en madres adultas de la Zona Metropolitana de la Laguna, México.

Variable	Total (N= 118) % (n)	Edad		χ^2	p
		< 30 (n= 49) % (n)	≥ 30 (n= 69) % (n)		
Depresión (BDI)					
Mínima	69.5	65.3 (32)	72.5 (50)	2.92	0.40
Leve	17.8	16.3 (8)	18.8 (13)		
Moderada	9.3	12.2 (6)	7.2 (5)		
Severa	3.4	6.1 (3)	1.4 (1)		
M ± DE**	8.4 ± 8.0	9.4 ± 9.0	7.7 ± 7.1		< 0.01
Estrés (EEP)					
Bajo	78.8	73.5 (36)	82.6 (57)	1.43	0.16
Elevado	21.2	26.5 (13)	17.4 (12)		
M ± DE*	23.4 ± 5.8	25.0 ± 5.1	22.3 ± 6.1		0.02
Func. Fam. (ERI)					
Alto	69.5	65.3 (32)	69.7 (23)	5.67	0.06
Medio	23.7	24.5 (12)	27.3 (9)		
Bajo	6.8	10.2 (5)	3.0 (1)		
M ± DE	43.0 ± 8.9	41.8 ± 9.1	43.8 ± 8.7		0.06

Notas: M ± DE: Media ± Desviación Estándar. N: Total de la muestra. n (%): frecuencia (porcentaje).

*Diferencia significativa entre grupos P <0.05 usando t de Student.

**Diferencia significativa entre grupos P <0.01 usando t de Student.

Fuente: Elaboración propia

Niveles de estrés y ambiente familiar

El 21.2% de las participantes reportaron niveles elevados de estrés. Aunque se observó una mayor proporción de mujeres menores de 30 años con alto estrés (26.5%), en comparación a las participantes de mayor edad (17.4%), la diferencia no alcanza significancia estadística ($\chi^2 = 1.43$, $p = 0.16$). Sin embargo, al analizar los puntajes medios de la EEP-14 por grupos de edad, se encuentra una diferencia significativa ($t(116) = 2.47$, $p = 0.01$) (tabla 2).

El 6.8% de la muestra reportó niveles bajos de funcionamiento familiar. Como se puede ver en la tabla 2, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de edad ($\chi^2 = 5.67$, $p = 0.06$).

Asociación entre sintomatología depresiva, estrés, funcionamiento familiar y variables sociodemográficas

La tabla 3 muestra los coeficientes de correlación y el respectivo valor p entre cada una de las escalas y variables demográficas analizadas. Se encontró una relación positiva moderada entre la depresión y el

estrés ($r = 0.46, p < 0.01$), y relaciones negativas con funcionamiento familiar ($r = -0.31, p < 0.01$) y educación ($r = -0.20, p < 0.05$). El estrés estuvo inversamente relacionado con el funcionamiento familiar.

Tabla 3. Correlación entre las variables de estudio en la muestra de madres adultas de la Zona Metropolitana de la Laguna, México.

VARIABLES	Estrés	Func. Fam.	Edad	NSE	N. Hijos	Educación
Depresión	0.46**	-0.31**	-0.70	-0.14	-0.04	-0.20*
Estrés		-0.23**	-0.18	-0.08	-0.10	-0.15
Func. Fam.			-0.01	0.15	-0.04	0.09
Edad				0.22*	0.39**	-0.10
NSE					-0.08	0.50**
N. Hijos						-0.34**

Notas: Depresión: Puntaje total BDI. Estrés: Puntaje total EEP. Edad: Años cumplidos. NSE: Puntaje total AMAI 10x6. N. Hijos: Número total de hijos. Educación: Años de educación.

* $p < 0.05$ por correlación de Pearson.

** $p < 0.01$ por correlación de Pearson

Fuente: Elaboración propia

Mediante regresiones logísticas binomiales se estimó el riesgo de las participantes de padecer SD en relación al EP, FF, NSE, número de hijos, estructura familiar y nivel educativo. Para dicho análisis, los puntajes obtenidos en el BDI fueron recategorizados en dos niveles: Leve (mínima y leve) y Clínicamente Relevante (moderada y severa). Se corrieron tres regresiones, una para donde se incluyó al total de la muestra y las otras dos por grupo de edad. Todas las variables sociodemográficas fueron descartadas del modelo inicial.

La tabla 4 muestra los modelos finales de regresión ajustado por EP y FF. En la muestra global, las mujeres que padecen EP elevado presentan un riesgo significativo de padecer SD que va desde 1.3 hasta 24.2 veces más que las madres que reportan un EP normal. Este mismo patrón se observa en el grupo de mujeres mayores de 30 años, aunque el riesgo aumenta de 1.7 a 100 veces más. Por otro lado, en el grupo de mujeres más jóvenes, solamente el FF bajo incrementa el riesgo de SD desde 0.1 a 83.5 veces.

Tabla 4. Factores de riesgo para sintomatología depresiva en madres adultas de la Zona Metropolitana de la Laguna, México.

Variable	Coefficiente	EE	RM	IC 95% RM	p
Total (N= 118)					
Estrés (EEP)					
Elevado	2.03	0.61	7.64	2.3 - 25.2	< 0.01
Grupo < 30 (n= 49)					
Func. Fam. (ERI)					
Bajo	2.26	1.11	9.6	1.1 - 84.5	0.04
Grupo ≥30 (n=69)					
Estrés (EEP)					
Elevado	2.81	0.92	16.65	2.7 - 101.3	< 0.01

Notas: N=118.EE: Error Estándar. RM: Razón de Momios. IC: Intervalo de Confianza.

Fuente: Elaboración propia

Discusión y Conclusiones

La depresión es uno de los padecimientos de salud mental con mayor prevalencia en adultos y, de acuerdo con las previsiones de la OMS, será la primera causa de discapacidad en el año 2030 (OMS, 2013b; OPS, 2017). Al ser su frecuencia mayor en mujeres, y tener un impacto negativo en las áreas familiar, social y laboral, el estudio de los factores asociados a la presencia de este trastorno resulta de gran importancia (De Castro *et al.*, 2015). A pesar de ello, los estudios epidemiológicos enfocados a su detección, particularmente en población clínicamente sana, siguen siendo escasos (González, Landero & García, 2009; Slone *et al.*, 2006).

Los resultados del presente estudio muestran una prevalencia de SD severa (3.4%) similar a la reportada en la ENEP y la END, donde se identificaron prevalencias anuales de 2.1% y 5.8% (respectivamente) de trastorno depresivo mayor en mujeres mayores de 18 años (Belló *et al.*, 2005; Medina-Mora *et al.*, 2005). Sin embargo, al sumar la prevalencia combinada de SD severa y moderada, para conjuntar una perspectiva real del riesgo, la prevalencia de SD clínicamente relevante fue del 12.7%. Esta prevalencia es casi el doble a la reportada en mujeres mexicanas de zonas urbanas durante el último año (7.6%) (Slone *et al.*, 2006) y a la tasa media de prevalencia de depresión mayor, reportada en el último año, en mujeres de América Latina y el Caribe (6.5%) (Kohn *et al.*, 2005; Rodríguez *et al.*, 2009). Pero esta prevalencia es menor a la estimada en madres menores de cinco años a nivel nacional, a través de un análisis secundario de datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012, la cual arrojó una prevalencia de SD del 19.9%, y en la que fue utilizado un instrumento de cribado de SD enfocado en la semana precedente (De Castro *et al.*, 2015).

Así mismo, los hallazgos de este estudio permitieron determinar la asociación tanto del estrés como del funcionamiento familiar con la SD; es decir, tanto el EP como el FF son factores de riesgo para depresión en mujeres residentes de la ZMLL, México. Estos resultados son congruentes con las asociaciones ya informadas entre estas tres variables en distintas poblaciones (Andrade *et al.*, 2003; Gómez-Restrepo *et al.*, 2004). Por grupo de edad, las mujeres menores de 30 años que refieren un funcionamiento familiar bajo son ocho veces más propensas a presentar sintomatología depresiva (RM = 9.60, IC 95% = 1.1-84.5); en tanto, para el grupo de mujeres de 30 años o más, es el estrés elevado el factor de riesgo para presentar depresión (RM = 16.65, IC 95% = 2.7-101.3).

Estos resultados también sugieren que los factores de riesgo para presentar depresión varían de acuerdo a la edad en que se encuentra una mujer. En las mujeres menores de 30 años, las cargas de responsabilidad social, ligadas a su condición de madres y esposas, las exponen a un mayor riesgo de padecer depresión, lo cual se refleja en que un bajo FF resulta en un factor de riesgo de SD. En las mujeres de 30 años y más, al ya haber consolidado su estructura familiar, la FF ya no resulta un factor de riesgo para SD y, así, las presiones se centran más en estresores como los problemas económicos, lo cual es medido a través de la escala de EP.

Si bien, la diferencia entre las prevalencias de SD, EP y FF entre los grupos de estudio no fue significativa, se observó una tendencia a mayor prevalencia de casos de SD significativa en el grupo de mujeres menores de 30 años, así como mayores puntajes en los valores de los instrumentos de medición tanto de SD, de EP y de FF. Esta tendencia guarda relación con las revisiones que indican un promedio de edad de inicio de la depresión de 20 años (Kessler, 2002; Wagner *et al.*, 2012).

Al tomar en cuenta que en el presente estudio ninguna de las participantes contó con un diagnóstico previo de trastorno mental, y la concordancia de los resultados referentes a SD con estudios realizados tanto en muestras clínicas como comunitarias, se llega a evidenciar, por una parte, la magnitud

de la problemática de SD presente en madres de niños pequeños, así como los problemas de detección y atención temprana para esta parte de la población que resulta particularmente vulnerable (Díaz & Chase, 2010; England & Sim, 2009).

Una de las principales barreras identificadas para la detección y atención de este tipo de condiciones es la falta de recursos financieros y de personal especializado por parte de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe (Rodríguez, 2011), lo que hace indispensable instrumentar medidas que amplíen la cobertura preventiva, privilegiando modelos comunitarios, sobre todo en los grupos más vulnerables. De igual manera, cabe resaltar la importancia de la incorporación por parte del personal de salud, de estrategias y programas enfocados al monitoreo y atención de la salud mental materna durante todo el ciclo vital, y no solo durante el periodo perinatal, tiempo en el que generalmente identifican los casos asociados a depresión postparto (England & Sim, 2009).

La evidencia muestra que existen herramientas breves y eficaces para la detección de depresión en adultos, por lo cual se recomienda el uso rutinario de estas herramientas en centros de atención primaria y obstetricia, inclusive como parte complementaria a la atención pediátrica y salud reproductiva (England & Sim, 2009; Woolhouse, Gartland, Mensah & Brown, 2015). Además, se ha probado que los beneficios de identificar y atender la depresión son mayores a los gastos asociados a su padecimiento, particularmente en la depresión materna, donde la atención mejora tanto la salud de la mujer como la de sus hijos (Díaz & Chase, 2010).

Debido a que el objetivo del presente estudio estuvo enfocado a determinar la prevalencia de la SD y el análisis de factores asociados, una de sus fortalezas es haber utilizado instrumentos de cribado validados para la población objetivo. Así mismo, una consideración del presente trabajo fue el empleo de una muestra no representativa que impide extrapolar los resultados al universo de mujeres analizado.

Referencias

- Agid, O., Kohn, Y., & Lerer, B. (2000). Environmental stress and psychiatric illness. *Biomedicine & pharmacotherapy*, 54(3), 135-141. doi: [https://doi.org/10.1016/S0753-3322\(00\)89046-0](https://doi.org/10.1016/S0753-3322(00)89046-0)
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Berglund, P., Bijl, R., De Graaf, R., Vollebergh, W., Dragomirecka, E., Kohn, R., Keller, M., Kessler, R., Kawakami, N., Kiliç, C., Offord, D., Ustun, T., & Wittchen, H. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(3). doi: <https://doi.org/10.1002/mpr.138>
- Beck, A., Steer, R., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública México*, 47(1), S4-S11.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C. & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública México*, 46(5), 417-424.
- Borges, G., Medina-Mora, M., & López-Moreno, S. (2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública México*, 46(5), 451-463. doi: <https://doi.org/10.1590/S0036-36342004000500011>
- Cohen, S., Kamarak, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24(4), 385-396.
- Consejo Nacional de Población. (2012). Índice de marginación urbana 2010. (ISBN: 978-607-427-133-1). Recuperado el 20 de mayo de 2014 de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indice_de_de_marginacion_urbana_2010

- De Castro, F., Place, J., Villalobos, A., & Allen-Leigh, B. (2015). Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud Pública de México*, 57(2), 144-154.
- Dean, A. G., Sullivan, K. M., & Soe, M. M. (2014). OpenEpi: Open source epidemiologic statistics for public health (Version 2.3.1) [Software]. Recuperado el 15 de febrero de 2016 de www.OpenEpi.com
- Dean, J., & Keshavan, M. (2017). The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian Journal of Psychiatry*, 27, 101-111. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.025>
- Diaz, J. Y., & Chase, R. (2010). *The cost of untreated maternal depression*. St. Paul, MN: Wilder Research. Recuperado el 10 de febrero de 2017 de https://www.wilder.org/sites/default/files/imports/MaternalDepression_brief_10-10.pdf
- England, M. J. E., & Sim, L. J. (2009). *Depression in parents, parenting, and children: Opportunities to improve identification, treatment, and prevention*. Washington, United States: National Academies Press.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>
- Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud, Red de Desarrollo Humano & Banco Mundial (2013). *La carga mundial de morbilidad: generar evidencia, orientar políticas. Edición regional para América Latina y el Caribe*. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation .
- Gaytán, E., Rosales, M., Reyes, H., Díaz-Barriga, F., & Calderón, J. (2015). Prevalencia de dificultades emocionales, conductuales y cognitivas en niños de escenarios urbanos con diferente grado de marginación. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la U.A.C.J.S.*, 6(1), 57-74.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J. F. A., Rondón, M., & Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6), 378-386. doi: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892004001200003>
- González, M. T., & Landero, R. (2007). Factor structure of the perceived stress scale in a sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206. doi: <https://doi.org/10.1017/S1138741600006466>
- González, M. T., Landero, R., & García, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(2), 141-5.
- IBM Corporation, (2013). *IBM SPSS statistics for windows* (Versión 22.0) [Software]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud mental*, 21(3), 26-31.
- Kessler, R. C. (2002). *Epidemiology of depression*. In: Gotlib I. H., Hammen C. L. Editors, *Handbook of depression* (23-42). New York: Guilford Press.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 229-40.
- Lara M., Medina-Mora M. E., 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), 4-11. López, H. (2011). 21 Preguntas frecuentes en relación con el nivel socioeconómico AMAL. Datos, diagnósticos y tendencias, 26, 9-12.
- Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Garrido-Latorre, F., Jiménez-Corona, A., Campuzano-Rincón, J., Franco-Marina, F., Medina-Mora, M., Borges, G., Naghavi, M., Wang, H., Vos, T., Lopez, A., & Christopher, J. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 55(6), 580-594.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Intervenir en salud mental*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2013a). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Suiza: Ediciones de la OMS.

- Organización Mundial de la Salud (2013b). *WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2011*. Geneva: Department of Health Statistics and Information Systems WHO.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Patten, S. B., Metz, L. M., & Reimer, M. A. (2000). Biopsychosocial correlates of lifetime major depression in a multiple sclerosis population. *Multiple Sclerosis Journal*, 6(2), 115-120. doi: <https://doi.org/10.1177/13524585000600210>
- Paykel, E. (2001). Stress and affective disorders in humans. *Semin Clin Neuropsychiatry*, 6(1), 4-11.
- Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, 214(1), 55-70.
- Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., & Orozco, R. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of affective disorders*, 138(1-2), 165-169. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.040>
- Rivera, M., & Andrade, P. (2010). Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.). *Uaricha Revista de Psicología*, 14, 12-29.
- Rodríguez, J. (2011). Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: La evolución hacia un modelo comunitario. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75(2), 86-96.
- Rodríguez, J., Kohn, R., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS.
- Slone, L. B., Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Diaz, D., Rodriguez, F. G., & Gutiérrez Rodriguez, J. (2006). Epidemiology of major depression in four cities in Mexico. *Depress. Anxiety*, 23, 158-167. doi: <https://doi.org/10.1002/da.20137>
- Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-11.
- Whiteford, H., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A., Ferrari, A., Erskine, H., Charlson, F., Norman, R., Flaxman, A., Johns, N., Burstein, R., Murray, C., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382 (9904), 1575 – 1586. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Woolhouse, H., Gartland, D., Mensah, F., & Brown, S. J. (2015). Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(3), 312-321. doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12837>
- World Economic Forum & the Harvard School of Public Health (2011). *The global economic burden of non-communicable diseases*. Ginebra: Foro Económico Mundial.