

Factores relacionados con la sintomatología depresiva en mujeres en edad reproductiva de Chiapas, México

Factors related to depressive symptomatology in women of reproductive age in Chiapas, Mexico

Maricruz Gómez-Pérez¹, Benito Salvatierra^{2*}, Georgina Sánchez-Ramírez³, Dulce K. Ramírez-López⁴

¹ Maestría en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural, con orientación en Salud, equidad y sustentabilidad, Departamento de Salud, El Colegio de la Frontera Sur, Chiapas, México. maricruz.gomez@estudianteposgrado.ecosur.mx

^{2*} Departamento de Salud, El Colegio de la Frontera Sur, Chiapas, México.
Tel. 967 674 9000 (ext. 1519). bsalvati@ecosur.mx

³ Departamento de Salud, El Colegio de la Frontera Sur, Chiapas, México.
Tel. 967 674 9000 (ext. 1507). gsanchez@ecosur.mx

⁴ Ciencias Políticas y Administración pública, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, México.
Tel. 961 611 4636. dulce.ramirez@unicach.mx

*Autor de correspondencia

Resumen

El objetivo de esta investigación fue analizar la sintomatología depresiva (SD) y sus factores de riesgo en cinco grupos de mujeres en edad reproductiva. Para ello, se usó un muestreo no probabilístico, pero respetando el tamaño mínimo de muestra de 30 en cada grupo, para realizar las pruebas estadísticas. La selección de las participantes utilizó la técnica bola de nieve lineal para una muestra global ($n = 192$). La SD se identificó a través del cuestionario Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25). Los resultados reportaron una tasa de prevalencia de 21.9%. No se encontraron diferencias significativas entre los cinco grupos de estudio ($X^2 = 0.928$; 4 gl; $p = 0.920$), pero sí se encontró asociación significativa entre las categorías de las variables estado civil ($X^2 = 13.418$; 3 gl; $p = 0.004$) y grupos residenciales ($X^2 = 17.845$; 5 gl; $p = 0.002$). Se concluye que la SD, más que asociada con el embarazo, el parto o el postparto, tiene una explicación con base en los determinantes sociales de la salud.

Palabras clave: Depresión; grupos de mujeres; grupos residenciales; estado civil; ocupación.

Abstract

The objective of this research was to analyze depressive symptomatology (DS) and its risk factors in five groups of women of reproductive age. To this end, a non-probabilistic sampling was used, respecting the minimum sample size of 30 in each group, to carry out the statistical tests. The selection of the participants used the linear snowball technique for a global sample ($n = 192$). DS was identified through the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) questionnaire. The results reported a prevalence rate of 21.9%. No significant differences were found between the five study groups ($X^2 = 0.928$; 4 gl; $p = 0.920$), but a significant association was found between the categories of the variables: marital status ($X^2 = 13.418$; 3 gl; $p = 0.004$) and residential groups ($X^2 = 17.845$; 5 gl; $p = 0.002$). It is concluded that DS, more than associated with pregnancy, childbirth or postpartum, has an explanation based on the social determinants of health.

Keywords: Depression; women's groups; residential groups; marital status; occupation.

Recibido: 11 de junio de 2022

Aceptado: 20 de octubre de 2022

Publicado: 01 de marzo de 2023

Cómo citar: Gómez-Pérez, M., Salvatierra, B., Sánchez-Ramírez, G., & Ramírez-López, D. K. (2023). Factores relacionados con la sintomatología depresiva en mujeres en edad reproductiva de Chiapas, México. *Acta Universitaria* 33, e3609. doi: <http://doi.org/10.15174/au.2023.3609>

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, pérdida de energía, cambio en el apetito, trastornos del sueño, falta de concentración, sentimientos de culpa o desesperanza; y peor aún, puede encaminar a pensamientos de automutilación o suicidio (OMS, 2017; OPS y OMS, 2017).

Asimismo, la depresión es clasificada como el principal factor que contribuye a la discapacidad y carga mundial general de morbilidad. De acuerdo con las previsiones para el año 2030, la depresión será la primera causa de discapacidad a nivel mundial (Gaytán *et al.*, 2019; OMS, 2017).

La OMS (2018), en su informe sobre salud de la mujer, señala que la depresión es más común en las mujeres (5.1%) que en los hombres (3.1%). A nivel mundial, como en el ámbito nacional, la depresión en las mujeres es frecuente en edad reproductiva, por lo que el embarazo y el postparto podrían ser etapas de relevancia para su desarrollo (de Castro *et al.*, 2015).

United Nations Fund for Population Activities-World Health Organization (UNFPA-WHO, 2009) exponen que, en países con ingresos altos, las mujeres durante el embarazo presentan prevalencias de entre 10.0% y 15.0% de depresión mayor. En países como la India, Turquía y Vietnam se ha evidenciado que, al menos, el 25.0% de las madres de bebés pequeños han experimentado depresión, o en algunos casos manifestaron síntomas de depresión clínicamente significativos.

En México, la depresión es la amenaza principal para la salud mental en las mujeres en edad reproductiva, la prevalencia de depresión prenatal en mujeres mexicanas es del 9.0% y la incidencia es del 10.0%. Además, se evidencia que las mujeres mexicanas que son más jóvenes, las que tienen menos escolaridad, las que no tienen pareja o las que son desempleadas son más proclives a presentar depresión (Lara *et al.*, 2015)

De igual manera, las tasas de prevalencia de depresión y sintomatología depresiva (SD) en mujeres que son madres, en general, se han reportado entre el 6.7% y 24.6%, en adolescentes en periodo de gestación entre el 10.0% y 15.0% y en el primer año de postparto entre el 3.0% y 24.7% (de Castro *et al.*, 2015; Lara *et al.*, 2017a).

En México, la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres (10.4%) y el noveno para los hombres (5.4%), y los factores asociados a este evento son las diferencias biológicas sexuales; los roles socialmente relacionados con ser mujer, por ejemplo, ser jefa de familia, ocuparse únicamente del hogar o ser cuidadora de un enfermo; tener un bajo nivel socioeconómico; no contar con un trabajo remunerado; aislarse socialmente; tener problemas legales; sufrir algún tipo de violencia; consumir sustancias adictivas; y migrar (Berenzon *et al.*, 2013; Corea, 2021).

Se han realizado estudios desde diversos contextos en los cuales se ha evidenciado la presencia de SD en las mujeres y los múltiples factores que influyen en el evento.

Gaviria (2009), desde el punto de vista psicosocial, destaca que el mayor riesgo de depresión en las mujeres se debe al "abuso sexual y experiencias negativas en la infancia, limitación para ejercer sus roles con plena libertad en su elección, sobrevaloración y competencia en los roles sociales, características psicológicas relacionadas con la vulnerabilidad a dificultades para adaptarse y enfrentar los eventos vitales".

En Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, a partir de un estudio transversal con una muestra de 113 mujeres, se registró una prevalencia del trastorno depresivo del 33.6% (IC 95%; 24.9-42.3). Sin embargo, al observar el grado de relación entre la depresión y las variables sociodemográficas (edad, escolaridad, vida en pareja, ocupación), no se encontró una relación estadísticamente significativa. Cabe destacar que las mujeres de 15 a 40 años, quienes expresaron vivir con una pareja y las que indicaron tener una actividad remunerada fuera de casa, presentaron un porcentaje ligeramente mayor de depresión (Rivas *et al.*, 2020).

En relación con la depresión durante el embarazo, en una investigación sobre la depresión prenatal en madres mexicanas, se documenta que el nivel de apoyo social; la satisfacción conyugal; los acontecimientos vitales; los antecedentes como la psicopatología, los síntomas de ansiedad, los síntomas depresivos, el rol femenino tradicional, los abortos espontáneos previos e interrupción del embarazo; así como el embarazo no planeado o no deseado, son factores de riesgo de la depresión postparto (Lara *et al.*, 2016).

Romero *et al.* (2017) realizaron un estudio en un estado del noroeste de México con mujeres en edades de 19 a 35 años que se encontraban en el primer año de posparto con un recién nacido sano, estimando que 16.0% de la muestra ($n = 154$ mujeres) presentó SD durante el postparto. Asimismo, el estudio reveló que los factores que se asociaron de forma estadísticamente significativa al evento depresivo fueron: estado civil; tener un familiar con depresión; padecer tristeza durante el embarazo; haber vivido un acontecimiento vital estresante en embarazo; haber consumido alcohol durante el embarazo; presentar problemas de salud mental, ansiedad y alcoholismo en la actualidad; así como estar insatisfecho con los cambios corporales, percibir mayor atención de la familia al bebé y haber experimentado tristeza en embarazos anteriores.

Un estudio realizado por Lara *et al.* (2017b) con madres adolescentes en la ciudad de México destaca que la depresión está relacionada con una baja percepción de autoestima.

Navarrete *et al.* (2021), al evaluar la asociación entre la frecuencia de violencia de pareja durante el periodo perinatal en mujeres mexicanas, muestran que la frecuencia de violencia de pareja aumenta el riesgo de sufrir depresión y ansiedad durante el embarazo y hasta seis meses del parto.

Otro punto importante es las consecuencias de la depresión. Al respecto, Nieto *et al.* (2017) destacan que los síntomas depresivos prenatales son perjudiciales tanto para la madre como para los hijos e hijas debido a que las mujeres que experimentaron síntomas depresivos pre y postparto tienen tres veces más riesgo de bajo apego materno.

Lo anterior evidencia que la depresión en las mujeres es multicausal y que en ella influyen no solamente aspectos biológicos, sino sociales; por ello, se le ha asociado a la persistente desigualdad social y a los elevados índices de discriminación que México enfrentan las mujeres. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas Mujeres (ONU Mujeres, 2022), esos aspectos son tanto la causa como la consecuencia de la persistente marginalización de diversos sectores de la población, especialmente de mujeres y niñas, población indígena y migrantes, manifiesta en la actividad productiva, la seguridad social, la educación, la vida política, la pobreza y la lamentable violencia que se sigue ejerciendo contra las mujeres en México; generando en ellas problemas de salud mental (Nazar, 2019; Moctezuma *et al.*, 2014; Montesó-Curto *et al.*, 2011).

El objetivo de este trabajo fue analizar la sintomatología depresiva en cinco grupos de mujeres en edad reproductiva e identificar los factores de riesgo socioeconómicos.

Materiales y métodos

El estudio se llevó a cabo entre los meses de abril a noviembre de 2021 en algunos barrios previamente estudiados de forma probabilística en el proyecto Salud Mesoamérica 2015 (Mokdad *et al.*, 2015) de tres municipios del estado de Chiapas: San Cristóbal de Las Casas (SCLC), Ocosingo y Acala. La técnica para la identificación de casos fue a través del muestreo de bola de nieve lineal hasta alcanzar la muestra mínima estimada en 30: célibes 34, nulíparas con vida sexual activa 33, embarazadas 41, en el primer año del postparto 35, con hijas (os) de más de un año y hasta cinco años 49 ($n = 192$ mujeres).

En la ciudad de San Cristóbal de las Casas, se seleccionó un segmento del barrio Revolución Mexicana, que incluyó las áreas geoestadísticas básicas (Ageb) 019A, 0698 y 0560; la colonia Ojo de Agua (Ageb 0560, 0698, 0344); el fraccionamiento la Hormiga (Ageb 0537); y un segmento de la colonia Plan de Ayala (Ageb 0626, 0861) encuestados en proyecto previo. Se visitaron las primeras mujeres que fueron detectadas desde los hogares, la técnica de selección encaminó a la identificación de otras mujeres participantes de los barrios San Diego, María Auxiliadora, Tlaxcala, La Merced, San Ramón, Cuxtitali, Santa Lucía, Fátima, El Relicario, Santuario, fraccionamiento La Paz, fraccionamiento Mirador y las colonias Prudencio Moscoso Pastrana, Nueva Maravilla, San Felipe Ecatepec, San Juan de los Lagos, 31 de Marzo, Jardines del Sur, Diego Mazariegos y Deportivo.

En la ciudad de Ocosingo, Chiapas, fue seleccionado un segmento del barrio Puerto Arturo (Ageb 1756) y barrio San Sebastián (Ageb 192A). Las primeras mujeres fueron detectadas en una casa de partera y desde los hogares; asimismo, la técnica de selección encaminó a la identificación de otras mujeres participantes de los barrios: Pequeñeces, Norte, Nuevo México, Lindavista, Lomas Verdes, Emiliano Zapata, Santo Domingo, Guadalupe y Mirador.

En la ciudad de Acala, Chiapas, no había estudios previos, así que se seleccionó, por consentimiento de sus autoridades, un segmento del barrio Cruz Misión (Ageb 0149, 0083, 0098) y otro del barrio Santa Isabel (Ageb 0011, 0098, 0149, 0153), las primeras mujeres fueron detectadas en la consulta externa del Hospital Básico Comunitario Dr. Manuel Velasco Suárez y desde los hogares. Igualmente, la técnica de selección se encaminó a la identificación de otras mujeres participantes de los barrios La Candelaria, Guadalupe, San Pablo, Santa Lucía, Salomón González Blanco, la colonia 12 de Diciembre y el fraccionamiento Dr. Manuel Velasco Suárez.

Las mujeres encuestadas fueron seleccionadas de acuerdo con las siguientes características: mujeres célibes, nulíparas con vida sexual activa, embarazadas, en el primer año de postparto, con hijas (os) de más de un año y hasta cinco años.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación (CEI) del Colegio de la Frontera Sur (Ecosur). Durante todo el proceso de investigación, se trabajó con el consentimiento informado previo de la partera de la ciudad de Ocosingo y de la institución de salud de Acala, así como de las autoridades de los barrios, colonias o fraccionamientos y de las mujeres encuestadas. Para el caso de las menores de edad, se pidió el consentimiento informado a su cónyuge o, en su caso, a sus padres.

Una vez seleccionadas las mujeres a incluir en la encuesta, se procedió a aplicar el cuestionario Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) (Clavería *et al.*, 2020; Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud [Minsa-INS], 2010). Los datos sociodemográficos recabados fueron el lugar de residencia, la edad, la fecha de nacimiento, el estado civil, la ocupación, gravidez, los hijos y edad de la hija (o) menor.

En particular, el cuestionario HSCL-25 incluye el cuestionario de ansiedad y depresión con un total de 25 ítems; los ítems del 1 al 10 son para calcular la ansiedad, y los ítems del 11 al 25 son para calcular la depresión. Sin embargo, para este estudio se utilizó el cuestionario de síntomas de depresión retomando solamente los ítems del 11 al 15.

En la evaluación HSCL-25, a la respuesta de cada ítem se le asignó la siguiente puntuación a cada opción de respuesta:

1 = Nada 2 = Un poco 3 = Mucho 4 = Bastante

Para identificar a las mujeres con depresión, se sumó el valor de cada respuesta y, posteriormente, se dividió entre el número de preguntas. Los resultados con un puntaje igual o mayor a 1.75 fueron consideradas para identificar sintomatología depresiva (Clavería *et al.*, 2020; Minsa-INS, 2010).

Los procedimientos de análisis de la información fueron realizados mediante el programa estadístico SPSS versión 20 y Excel 2019. Primeramente, a través del programa estadístico SPSS versión 20 se construyó la base de datos con base a la información obtenida durante el trabajo de campo. Excel fue una herramienta que ayudó para perfeccionar el formato de los cuadros obtenidos de SPSS versión 20.

En total, fueron capturados 192 cuestionarios de Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25).

Para estimar la tasa de prevalencia global de sintomatología depresiva, se realizó un análisis descriptivo, estimándose, además del indicador global, la caracterización de las mujeres con y sin SD a partir de las variables estado civil, grupos residenciales, edad de la mujer, ocupación, lugar de residencia y paridad. Los resultados se presentan en tablas de contingencia.

En el análisis bivariado, la variable dependiente o "y" fue la sintomatología depresiva; las variables independientes "x" fueron: grupos de mujeres, estado civil, grupos residenciales, edad de la mujer, ocupación, lugar de residencia y paridad. Las variables estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$) estado civil y grupos residenciales fueron seleccionadas como factores asociados con la sintomatología depresiva en mujeres. Para la comparación de grupos se utilizó la prueba Chi-cuadrada (χ^2) y un cálculo de razón de momios (RM) con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%).

Además, se realizó análisis multivariado a partir de un análisis de regresión logística binaria con base en aquellas variables que demostraron tener una asociación estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$) en el análisis bivariado: estado civil, grupos residenciales y ocupación. Aunque la ocupación en el análisis bivariado no se asoció significativamente a la SD, sí se consideró para el análisis multivariado, debido a que la categoría "no tener trabajo" tuvo una alta prevalencia de SD (50.0%). Al mismo tiempo, con base en aquellas variables que demostraron tener una asociación estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$), se realizó un análisis de muestras autodocimantes o independientes, basadas en mil *bootstrap samples*.

Resultados

De las 192 mujeres incluidas en el estudio, se registró una tasa de prevalencia de SD del 21.9% (cabe mencionar que en estudios previos va de 12% a 31.0%). Para este análisis bivariado, que relaciona la SD (variable dependiente) con los factores asociados o variables independientes, se usó como referencia la tasa de prevalencia más baja (se agregó el signo + a un costado de la categoría) para estimar las razones de momios y sus intervalos de confianza.

En la Tabla 1 podemos observar que, de las siete variables estudiadas, únicamente el estado civil y los grupos residenciales (composición del grupo familiar) se asociaron estadísticamente a la sintomatología depresiva ($X^2 = 13.418$; 3 gl; $p = 0.004$ y $X^2 = 17.845$; 5 gl; $p = 0.002$, respectivamente). En cuanto al estado civil, debe destacarse que la mayor prevalencia de sintomatología depresiva se registró entre las madres solteras (54.5%); esta categoría de estado civil tuvo una probabilidad 6.6 veces mayor de tener SD respecto a las mujeres casadas (RM = 6.67, 2.22-20.01) (Tabla 1).

Dentro de las categorías de los subgrupos residenciales, la mayor frecuencia de SD fue reportada por las mujeres que viven con hijos e hijas (sin la pareja) (58.3%), con una probabilidad de padecerla 11.6 veces mayor respecto a las mujeres que viven con su pareja, sin hijos (RM = 11.67, 2.22-61.28); la segunda categoría con mayor prevalencia de depresión fue las mujeres que viven con los suegros (42.9%), con una probabilidad seis veces mayor respecto a la categoría de referencia (mujeres que viven con su pareja, sin hijos) (RM = 6.25, 2.26-30.90) (Tabla 1).

De las cinco variables restantes, no asociadas estadísticamente a la SD, debe destacarse la edad, debido a que la prevalencia de SD fue elevada tanto en las mujeres jóvenes de 14 a 17 años (38.5%) como en las de 40 años y más (40.0%). Estas categorías de edad registraron tres veces mayor probabilidad de tener SD respecto a las mujeres de 30 a 39 años (Tabla 1). También destaca, en la variable ocupación, la categoría "no tener trabajo", porque las mujeres incluidas en esta registraron una prevalencia de SD de 50.0%. Las variables grupos de mujeres, lugar de residencia y paridad no registraron alguna categoría que destacara por tener mayor prevalencia de SD, además de que, como ya se mencionó, no se asociaron estadísticamente con la mayor probabilidad de padecer sintomatología depresiva (Tabla 1).

Tabla 1. Población de estudio, tasa de prevalencia y factores sociodemográficos asociados a la sintomatología depresiva.

VARIABLES	Población (n)	Tasa de prevalencia (%)	RM (IC95%)	Chi-Cuadrada (X ² ; gl; valor p)
Total, de sintomatología depresiva	192	21.9		
Grupos de mujeres				0.928; 4 gl; p = 0.920
Célibes	34	20.6	1.17 (0.35-3.93)	
Embarazadas	41	19.5	1.09 (0.34-3.53)	
En el primer año de postparto	35	25.7	1.56 (0.49-4.99)	
Con hijas (os) de más de un año y hasta cinco años	49	24.5	1.46 (0.49-4.38)	
Nulíparas con vida sexual activa +	33	18.2		
Estado civil				13.418; 3 gl; p = 0.004
Soltera	34	20.6	1.44 (0.48-4.30)	
Madre soltera	22	54.5	6.67 (2.22-20.01)	
Unión libre	77	18.2	1.24 (0.49-3.09)	
Casadas +	59	15.3		
Grupos residenciales				17.845; 5 gl; p = 0.002
Vive sola	15	13.3	1.28 (0.19-8.66)	
Vive con sus hijas (os)	12	58.3	11.67 (2.22-61.28)	
Vive con su esposo e hijas (os)	68	13.2	1.27 (0.32-5.09)	
Vive con sus familiares (padres y hermanas (os))	55	27.3	3.13 (0.82-11.89)	
Vive con sus suegros	14	42.9	6.25 (1.26-30.90)	
Vive su esposo sin hijas (os) +	28	10.7		
Edad de la mujer				4.436; 3 gl; p = 0.218
14 a 17	13	38.5	3.06 (0.83-11.33)	
18 a 29	110	20.9	1.30 (0.57-2.94)	
40 a 49	10	40.0	3.27 (0.78-13.74)	
30 a 39 +	59	16.9		
Ocupación				3.187; 4 gl; p = 0.527
No tiene trabajo	6	50.0	4.41 (0.82-23.78)	
Estudiante	20	25.0	1.47 (0.47-4.60)	
Comerciante	15	20.0	1.10 (0.28-4.34)	
Empleada	59	23.7	1.37 (0.62-3.05)	
Al hogar +	92	18.5		
Lugar de residencia				0.936; 2 gl; p = 0.626
Ocosingo	44	20.5	1.01 (0.42-2.40)	
Acala	40	27.5	1.48 (0.64-3.43)	
San Cristóbal de Las Casas +	108	20.4		
Paridad				0.265; 4 gl; p = 0.992
0 niñas (os)	86	20.9	1.19 (0.24-6.01)	
1 niña (os)	48	22.9	1.34 (0.25-7.13)	
2 niñas (os)	31	22.6	1.31 (0.23-7.54)	
3 niñas (os)	16	25.0	1.50 (0.22-10.08)	
4 y más niñas (os) +	11	18.2		

Nota. La categoría de referencia fue definida por la tasa de prevalencia de SD más baja se identifica por el símbolo +.

Fuente: Elaboración propia con base a datos obtenidos durante el trabajo de campo.

En la Tabla 2 se puede apreciar el efecto de cada variable previamente analizada (grupos de mujeres, estado civil y ocupación) con relación a la SD. Los resultados permitieron identificar la importancia de cada categoría dentro de las variables incluidas en el modelo, respecto a la mayor probabilidad de padecer SD. Dentro de la variable "grupos residenciales", las categorías "vive con sus hijas e hijos" ($\beta = 2.45$; valor $p = 0.002$; RM = 11.67; 2.22-61.28), "vive con sus familiares" (padres y hermanas o hermanos) ($\beta = 1.39$; $p = 0.050$; RM = 3.125; 0.82-11.89) y "vive con sus suegros" ($\beta = 1.83$; valor $p = 0.010$; RM = 6.25; 1.26-30.90) tuvieron una mayor probabilidad estadísticamente significativa de padecer SD, en comparación con "vive con su esposo sin hijas (os)", que presentó la tasa de prevalencia más baja.

En cuanto al estado civil, se confirmó la asociación estadística observada en el análisis bivariado en el que la categoría que más explica la SD fue el ser madre soltera ($\beta = 1.89$; valor $p = 0.001$; RM = 6.67; 2.22-20.01) comparada con la categoría casadas, que presentó la tasa de prevalencia más baja. Con respecto a la ocupación, la categoría más importante para la SD fue no tener trabajo, en contraste con las que se dedican al hogar ($\beta = 1.48$; valor $p = 0.033$; RM = 4.41; 0.82-23.78) (Tabla 2).

Tabla 2. Grupos residenciales, estado civil y ocupación como factores de riesgo para la sintomatología depresiva.

Variables	B	E.E.	Wald	gl	Sig.	Significancia bilateral ^a Bootstrap	RM (IC95%)
Grupos residenciales^c			17.402	6	0.008		
Vive sola (1)	0.248	0.975	0.065	1	0.799	0.643 ^b	1.28 (0.19-8.66)
Vive con sus hijas (os) (2)	2.457	0.846	8.427	1	0.004	0.002 ^b	11.67 (2.22-61.28)
Vive con su esposo e hijas (os) (3)	0.240	0.708	0.115	1	0.735	0.697 ^b	1.27 (0.32-5.09)
Vive con sus familiares (padres y hermanas (os)) (4)	1.139	0.682	2.792	1	0.095	0.050 ^b	3.125 (0.82-11.89)
Vive con sus suegros (5)	1.833	0.815	5.050	1	0.025	0.010 ^b	6.25 (1.26-30.90)
Constante	-2.120	0.611	12.042	1	0.001	0.001 ^b	0.12
Estado civil^d			13.612	3	0.003		
Soltera (1)	0.365	0.558	0.428	1	0.513	0.515	1.44 (0.48-4.30)
Madre soltera (2)	1.897	0.561	11.446	1	0.001	0.001	6.67 (2.22-20.01)
Unión libre (3)	0.211	0.467	0.203	1	0.652	0.658	1.23 (0.49-3.09)
Constante	-1.715	0.362	22.428	1	0.000	0.001	0.18
Ocupación^e			3.305	4	0.508		
No tiene trabajo (1)	1.484	0.860	2.982	1	0.084	0.033 ^b	4.41 (0.82-23.78)
Estudiante (2)	0.386	0.582	0.439	1	0.508	0.485 ^b	1.47 (0.47-4.60)
Comerciante (3)	0.098	0.699	0.020	1	0.889	0.835 ^b	1.10 (0.28-4.34)
Empleada (4)	0.317	0.407	0.605	1	0.437	0.470 ^b	1.37 (0.62-3.05)
Constante	-1.484	0.269	30.532	1	0.000	0.001 ^b	0.23

Nota. ^a Resultado del análisis de muestras autocorrelacionadas o independientes, basadas en mil bootstrap samples; ^b es el valor de p bilateral para una muestra bootstrap o remuestreo, en este cruce fue de 872.

Categoría de referencia: ^c Vive con su esposo sin hijas (os) (TP = 10.7).

Categoría de referencia: ^d Casadas (TP = 15.3).

Categoría de referencia: ^e Al hogar (TP = 18.5).

Fuente: Elaboración propia con base a datos obtenidos durante el trabajo de campo.

Discusión

Los resultados registraron una prevalencia global de SD de 21.9%; la menor prevalencia fue registrada en el grupo de mujeres nunca embarazadas, con vida sexual activa (18.2 %), y la mayor prevalencia de SD se registró en las mujeres que se encontraban en el primer año de postparto (25.7%).

Las prevalencias de sintomatología depresiva en mujeres obtenidas en este estudio varían respecto a otros trabajos. Por ejemplo, en el grupo de mujeres embarazadas, en este estudio se obtuvo una prevalencia de SD de 19.5%, cifra que difiere de la reportada por Mossie *et al.* (2017) (31.1%), entre mujeres embarazadas en Etiopía, evaluada a través del Inventario de Depresión de Beck.

En México, García-Vargas *et al.* (2019), en el estudio sobre SD en mujeres residentes al norte de México, reportaron una prevalencia del 12.7% de SD, evaluada mediante el Inventario de Depresión de Beck, mientras que Berenzon *et al.* (2013) documentaron una prevalencia del 10.4% de depresión nacional entre las mujeres, evaluada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), cifras menores a lo reportado en este estudio. Otras estimaciones, como la de Rivas *et al.* (2020), registran una prevalencia de depresión de 33.6% en un grupo de mujeres de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas. Utilizando la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el adulto, el estudio muestra una prevalencia superior en comparación a la obtenida en este estudio.

En nuestro trabajo, en el grupo de mujeres en el primer año de postparto se obtuvo una prevalencia de SD del 25.7%, cifra equivalente a la reportada por Urdaneta *et al.* (2011), con una prevalencia del 22.0%, evaluada por la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE).

Otro estudio realizado por Cuero-Vidal & Díaz-Marín (2013) reporta una tasa de prevalencia de 46.3% de depresión posparto en mujeres de Cali, Colombia, evaluada por la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS).

Es probable que la discordancia en las prevalencias de sintomatología depresiva en diferentes estudios pudiera explicarse por la utilización de distintos instrumentos para evaluarla y, probablemente, por la composición de la población en estudio, debido a que, como se documenta en nuestros resultados, las variables de estado civil y grupos residenciales se asocian con la sintomatología depresiva, pero esta se modifica en las diferentes categorías en el interior de esas variables.

Siguiendo con esa explicación, los grupos residenciales, particularmente las mujeres que viven con sus hijas e hijos, que viven con sus familiares (padres y hermanas o hermanos) y quienes viven con sus suegros, presentan mayor SD. Estos factores han sido poco considerados en estudios sobre SD; sin embargo, es fundamental en el análisis, ya que el funcionamiento y convivencia de los diferentes grupos residenciales determinan la posición en la jerarquía familiar y, con ello, elementos como la probabilidad de ser víctimas de violencia, o de pérdida de autonomía para la toma de decisiones, o de acceso a los recursos familiares (Hartmann *et al.*, 2020), entre otros, lo que podría incrementar la probabilidad de padecer SD.

En el mismo sentido, Gaytán *et al.* (2019) realizaron un estudio donde se determinó que las características del funcionamiento familiar influyen en el riesgo de padecer depresión en mujeres. Franceschi (2019) también analizó las formas de convivencia de los grupos residenciales y las emociones. Especialmente, se centró en la norma de residencia postnupcial, a partir de un caso Wichí en una comunidad indígena de Argentina, exponiendo que las normas culturales, la nueva forma de vida después del matrimonio, acarrearán dolor. En ese marco de análisis, se puede comprender que el funcionamiento de los distintos grupos familiares influye en las emociones de las personas.

Respecto al estado civil, en este estudio se encontró que las mujeres que son madres solteras son más proclives a presentar SD. Por su parte, Romero *et al.* (2017) evidencian que el estado civil, pero en la categoría unión libre (no en madres solteras), está relacionado con la sintomatología depresiva, en particular en las mujeres que se encontraban en etapa de postparto.

Entre las mujeres incluidas en este estudio, 3.1% reportaron no tener un trabajo remunerado, con una prevalencia de SD de 50.0%, lo que contrasta con la prevalencia reportada por Arrom *et al.* (2015), quienes señalan que las mujeres embarazadas desempleadas presentan SD, pero con una cifra notablemente menor (16.4 %). Por otra parte, en nuestro estudio, dentro de la variable "ocupación", la categoría de dedicación exclusiva a las labores del hogar fue la categoría de referencia debido a que registró la cifra más baja de SD (18.5%). En el estudio realizado por Fernández *et al.* (2014), la dedicación exclusiva a las labores del hogar, pero en mujeres adultas en periodo de posparto, tuvieron una prevalencia de SD de 47.3 %, cifra superior a la registrada en este trabajo, pero que podría deberse a que, a diferencia del trabajo de Fernández *et al.* (2014), no fue incluida la variable de encontrarse o no en el periodo posparto.

Otros factores que se han relacionado con la SD, como son la mala relación de pareja, escolaridad, nivel socioeconómico (Borda *et al.*, 2013; Ceballos-Martínez *et al.*, 2010; Lara *et al.*, 2017b), no fueron incluidos en este estudio, pero podrían ser incluidas en estudios posteriores.

Conclusiones

La depresión es un problema que afecta a gran parte de la población, sobre todo a mujeres que viven bajo diferentes circunstancias. En este estudio se indagó la relación entre sintomatología depresiva y siete variables explicativas, de las cuales dos (estado civil y grupos residenciales) se asociaron -en tanto variables globales- significativamente con una mayor probabilidad de padecer SD. Estas dos variables se relacionan con el funcionamiento y estructura de los grupos familiares asociados a la posición de las mujeres en la jerarquía familiar y, con ello, la probabilidad de ser víctimas de violencia o de pérdida de autonomía para la toma de decisiones, o de acceso a los recursos familiares (Hartmann *et al.*, 2020). Entre las madres solteras, la probabilidad de padecer SD, en comparación con las mujeres casadas, fue muy elevada, lo que podría explicarse por las exigencias sociales y normas de género que presionan para que la reproducción biológica suceda en el seno de una unión establecida; si no es así, se culpa a la mujer de haber sido capaz de establecer una unión, y se tiende a excluirla socialmente, lo que podría llevarla a padecer depresión.

Las cinco variables independientes incluidas en este trabajo: grupos de mujeres, edad, lugar de residencia, paridad o número de hijos y ocupación (analizada globalmente) no están asociadas a la SD, registrándose que, dentro de la variable "ocupación", una de sus categorías (desempleo o no tener trabajo remunerado) sí se asocia significativamente a una mayor probabilidad de padecer SD.

Esos resultados en conjunto muestran que la desventaja social de las mujeres, ya sea por estado civil o por su posición dentro de la jerarquía familiar (grupos residenciales), así como el desempleo son los factores explicativos más importantes para tener SD en las mujeres que participaron en este estudio. La edad, la paridad y el grupo de mujeres al que pertenecen son condiciones que no se asocian a una mayor probabilidad de padecer SD, pero que posiblemente sí estén relacionadas con las variables de estado civil y grupos residenciales.

Estos resultados aportan elementos que documentan que la SD, más que producto de procesos biológicos con origen en el embarazo, parto o postparto, es resultado de las condiciones de desventaja social de las mujeres, las cuales, dentro del enfoque de género, se pueden ubicar en los determinantes sociales en la salud.

Visto así, el enfoque de género y de los determinantes sociales de la salud, en particular de aquellos que explican la sintomatología depresiva, debe enfatizarse en los estudios e investigaciones sobre la salud de las mujeres. Estudios complementarios con aproximación metodológica cualitativa podrían contribuir a esclarecer el papel de la desigualdad de género y de otras desigualdades en el origen de la SD, pero tomando en cuenta el contexto sociocultural y económico en particular, así como su curso de vida para profundizar en la comprensión de la relación entre estos y la prevalencia de SD.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), por la beca otorgada para la realización del estudio. El trabajo es parte de la tesis de Maestría en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural de El Colegio de la Frontera Sur.

Referencias

- Arrom, C. H., Routi, M., Samudio, M., Orue, E., & Arrom, C. M. (2015). Sintomatología depresiva en embarazadas víctimas de abuso sexual. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 13(3), 82-87. doi: [https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013\(03\)82-087](https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013(03)82-087)
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011
- Borda, M., Forero, C., Ahcar, N., Hinestrosa, C., Polo, S., Staaden, M., & Valencia, M. (2013). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 29(3), 394-404. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81730431007>
- Ceballos-Martínez, I., Sandoval-Jurado, L., Jaimes-Mundo, E., Medina-Peralta, G., Madera-Gamboa, J., & Fernández-Arias, Y. F. (2010). Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1), 71-74. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im101m.pdf>
- Clavería, A., Rodríguez-Barragán, M., Fernández-San-Martín, M. I., Nabbe, P., Yves, J., Miguéns-Blanco, I., & Cossio-Gil, Y. (2020). Traducción y adaptación transcultural al español, catalán y gallego de la escala Hopkins Symptom Checklist-25 para la detección de depresión en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 52(8), 539-547. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.017>
- Corea, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(1), 1-68. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1281204>
- Cuero-Vidal, O. L., & Díaz-Marín, A. M. (2013). Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. Septiembre-diciembre, 2011. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64(4), 371-378. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342013000400002
- de Castro, F., Place, J. M., 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. doi: <https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7410>
- Fernández, J. K., Iturriza, A. T., Toro, J., & Valbuena, R. (2014). Depresión posparto valorada mediante la escala Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74(4), 229-243. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003
- Franceschi, Z. A. (2019). Emociones y significados en la autobiografía: reflexiones a partir de un caso wichi (Gran Chaco). *Disparidades*, 74(1), 2-7. doi: <https://doi.org/10.3989/dra.2019.01.002.05>

- García-Vargas, G., Gaytán-Jiménez, E., Gaytán-Hernández, D., Rosales-González, M., Reyes-Hernández, H., Sánchez-Armas, O., & Calderón-Hernández, J. (2019). Sintomatología depresiva, estrés y funcionamiento familiar en madres adultas del norte de México. *Acta Universitaria*, 29, 1-11. doi: <https://doi.org/10.15174/au.2019.2063>
- Gaviria, S. L. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 3(2), 316-324. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000200008
- Hartmann, A. E., Nazar-Beutelspacher, D. A., & Salvatierra-Izabá, E. B. (2020). Desventaja social y utilización de servicios de salud para recibir atención prenatal en niñas y adolescentes de barrios pobres de Chiapas. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 8(22), 1-17. doi: <https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2020.22.75589>
- Lara, M. A., Navarrete, L., & Nieto, L. (2016). Prenatal predictors of postpartum depression and postpartum depressive symptoms in Mexican mothers: a longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 825-834. doi: <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0623-7>
- Lara, M. A., Patiño, P., Navarrete, L., & Nieto, L. (2017a). Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. *Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales*, 15(2), 12-25. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depresionpostparto.pdf>
- Lara, M. A., Patiño, P., Navarrete, L., Hernández, Z., & Nieto, L. (2017b). Association between depressive symptoms and psychosocial factors and perception of maternal self-efficacy in teenage mothers. *Salud Mental*, 40(5), 201-208. doi: <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.026>
- Lara M. A., Navarrete, L., Nieto, L., Barba, J. P., Navarro, J. L., Lara-Tapia, H. (2015). Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *Journal of Affective Disorders*, 175, 18-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.035>
- Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud (Minsa-INS). (2010). Intervención inicial. En N. Morales & A. Perales (eds.), *Atención de víctimas de violencia derechos de las personas* (pp. 15-20). Minsa-INS. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/314088-atencion-de-victimas-de-violencia-derechos-de-las-personas-guia-practica-para-uso-en-servicios-de-emergencia-y-consulta-externa>
- Moctezuma, D., Narro, J., & Orozco, L. (2014). La mujer en México: inequidad, pobreza y violencia. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 220, 117-146. doi: [https://doi.org/10.1016/S0185-1918\(14\)70803-7](https://doi.org/10.1016/S0185-1918(14)70803-7)
- Mokdad, A. H., Colson, K. E., Zúñiga-Brenes, P., Ríos-Zertuche, D., Palmisano, E. B., Alfaro-Porras, E., Anderson, B. W., Borgo, M., Desai, S., Gagnier, M. C., Gillespie, C. W., Giron, S. L., Haakenstad, A., López, S., Mateus, J., McKay, A., Mokdad, A. A., Murphy, T., Naghavi, P., Nelson, J., Orozco, M., Ranganathan, D., Salvatierra, B., Schaefer, A., Usmanova, G., Varela, A., Wilson, S., Wulf, S., Hernandez, B., Lozano, R., Iriarte, E., & Regalia, F. (2015). Salud Mesoamérica 2015 Initiative: design, implementation, and baseline findings. *Population Health Metrics*, 13, 2-16. doi: <https://doi.org/10.1186/s12963-015-0034-4>
- Montesó-Curto, P., Ferré-Grau, C., Lleixá-Fortuño, M., Albacar, N., & Espuny-Vidal, C. (2011). Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión de las mujeres. *Anuario Hojas de Warmi*, 16, 1-22. <http://www.ub.edu/SIMS/hojasWarmi/hojas16/articulos/Montesoetal.pdf>
- Mossie, T. B., Sibhatu, A. K., Dargie, A., & Ayele, A. D. (2017). Prevalence of antenatal depressive symptoms and associated factors among pregnant women in Maichew, North Ethiopia: an institution based study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 27(1), 59-66. doi: <https://doi.org/10.4314/ejhs.v27i1.8>
- Navarrete, L., Nieto, L., & Lara, M. A. (2021). Intimate partner violence and perinatal depression and anxiety: social support as moderator among Mexican women. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 27, 1-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100569>

- Nazar, A. (2019). Violencias contra menores indígenas y no indígenas en México y Chiapas. En El Colegio de la Frontera Sur (ed.), *Violencias contra niñas, niños y adolescentes en Chiapas: ambitos de expresión y vulnerabilidades* (pp. 11-42). El Colegio de la Frontera Sur.
<https://www.ecosur.mx/ecoconsulta/publicaciones/34453>
- Nieto, L., Lara, M. A., & Navarrete, L. (2017). Prenatal predictors of maternal attachment and their association with postpartum depressive symptoms in Mexican women at risk of depression. *Maternal and Child Health Journal*, 21, 1250-1259. doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2223-6>
- Organización de las Naciones Unidas Mujeres (ONU Mujeres). (2022). *México. Contexto*.
<https://lac.unwomen.org/es/donde-estamos/mexico>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedades.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Salud de la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
- Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Rivas, M. G., Durán, R. M., Jonapá, V. H., & Ruiz, F. (2020). La depresión. Un problema de salud pública de las mujeres en Chiapas. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 19(2), 19-25. doi: <https://doi.org/10.29105/respyn19.2-3>
- Romero, D., Orozco, L. A., Ybarra, J. L., & Gracia, B. I. (2017). Sintomatología depresiva en el postparto y factores psicosociales asociados. *Revista Chilena de Obstetricia Ginecología*, 82(2), 152-162. doi: <https://doi.org/10.4067/s0717-75262017000200009>
- United Nations Fund for Population Activities-World Health Organization (UNFPA-WHO). (2009). *Maternal mental health and child health and development in resource-constrained settings*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70118/WHO_RHR_09.24_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., & Contreras, A. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburg. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 76(2), 102-112. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000200007>