



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Determinantes sociales, cuidado prenatal y depresión posparto. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2010: estudio transversal

David Rincón-Pabón ^b y Robinson Ramírez-Vélez ^{a,*}

^a Grupo GICAEDS, Facultad de Cultura Física, Deporte y Recreación, Universidad Santo Tomás, Bogotá, D.C., Colombia

^b Programa de Fisioterapia, Universidad Manuela Beltrán, Bogotá, D.C., Colombia

Recibido el 4 de febrero de 2013; aceptado el 26 de mayo de 2013

Disponible en Internet el 10 de julio de 2013

PALABRAS CLAVE

Embarazo;
Depresión;
Factores de Riesgo;
Colombia

Resumen

Introducción: La depresión es común entre las mujeres embarazadas y se asocia con mayor riesgo de complicaciones prenatales y perinatales.

Objetivo: Examinar las asociaciones entre los determinantes sociales y el cuidado prenatal con la presencia de depresión posparto autorreportada, en una muestra representativa de mujeres colombianas.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal, secundario de la información obtenida en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2010 (ENSIN 2010), en 1.659 mujeres con un rango de edad entre 15 y 45 años. Se recogió información sobre variables sociodemográficas, cuidado obstétrico y autorreporte de depresión posparto mediante encuesta estructurada. Se establecieron asociaciones mediante la construcción de modelos de regresión y factores asociados.

Resultados: La prevalencia general de depresión posparto fue del 10,5%. Una vez realizado el ajuste, el residir en el área rural (OR = 2,35; IC del 95%, 2,03-2,73), pertenecer a una etnia (OR = 1,42; IC del 95%, 1,22-1,65), embarazo no planificado (OR = 1,24; IC del 95% 1,10-1,40), presentar antecedentes de alcoholismo (OR = 1,43; IC del 95% 1,21-1,69), tabaquismo (OR = 1,39; IC del 95% 1,03-1,87), ingesta de calcio (OR = 1,20; IC del 95% 1,06-1,36) y ácido fólico (OR = 1,20; IC del 95% 1,07-1,36) permanecieron asociados.

Conclusiones: La población estudiada presenta una alta prevalencia de depresión posparto. Diversos factores sociodemográficos y psicosociales contribuyeron a la depresión.

© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: robin640@hotmail.com (R. Ramírez-Vélez).

KEYWORDS

Pregnancy;
Depression;
Risk Factors;
Colombia

Social determinants, prenatal care and postpartum depression. Results from the 2010 National Nutrition Survey: A cross sectional study**Abstract**

Introduction: Depression is common among pregnant women and is associated with an increased risk of prenatal and perinatal complications.

Objective: To examine the associations between social determinants and prenatal care with self-reported postpartum depression in a representative sample of Colombian women.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted of data from the 2010 National Nutrition Survey of Colombia in 1659 women aged between 15 and 45 years. Information was gathered on sociodemographic variables, obstetric care and self-reported postpartum depression by structured interview. Associations were established through a multi-variable regression model.

Results: The overall prevalence of postpartum depression was 10.5%. After the model was adjusted, the variables associated with postpartum depression were residing in rural areas (OR = 2.35, 95% CI 2.03 to 2.73), belonging to an ethnic group (OR = 1.42, 95% CI 1.22 to 1.40), having an unplanned pregnancy (OR = 1.24, 95% CI 1.10 to 1.14), alcoholism (OR = 1.43, 95% CI 1.21 to 1.69), smoking (OR = 1.39, 95% CI 1.03 to 1.87), calcium intake (OR = 1.20, 95% CI 1.06 to 1.36) and folic acid (OR = 1.20, 95% CI 1.07 to 1.36).

Conclusions: The study population had a high prevalence of postpartum depression. Several sociodemographic variables and psychosocial factors contributed to depression.

© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los estudios epidemiológicos de los últimos años confirman que entre un 8 y un 25% de las mujeres presentan un síndrome depresivo en los meses siguientes al parto¹. En América Latina, se han informado valores de prevalencia medios y altos en algunos países, como Chile (15,3%), Argentina (12,0%), Perú (11,0%) y República Dominicana (9,8%)². En Colombia, la depresión alcanza hasta un (66%) de las mujeres en gestación³, por encima del 46,5% de las gestantes de Brasil⁴, España¹ (11%) o México (30,7%)⁵.

En general, las grandes variaciones en las tasas de prevalencia de depresión mayor y síntomas depresivos durante el embarazo pueden deberse a características propias de la población (p. ej., el origen étnico, la procedencia, la edad, el nivel socioeconómico, el nivel de escolaridad, el estilo de vida, la zona geográfica, etc.); a la forma de su estimación (p. ej., por entrevista clínica estructurada vs. autorreporte), o simplemente al momento de su evaluación⁶. A nivel biopsicosocial, la falta de apoyo social, los antecedentes de enfermedad mental, la depresión y la ansiedad prenatal, la baja autoestima, el embarazo no planificado y los sentimientos negativos en relación con el niño se asocian también al autorreporte de depresión posparto^{7,8}.

La importancia de conocer este importante indicador de salud se debe a los trabajos que muestran que la sintomatología depresiva está asociada a un mayor riesgo de complicaciones prenatales y perinatales^{9,10}. Por ejemplo, las mujeres deprimidas tienen más probabilidades de tener parto prematuro¹¹ y a menudo los recién nacidos requieren cuidados intensivos por complicaciones después del parto, incluyendo retraso en el crecimiento fetal y displasia broncopulmonar^{12,13}.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue examinar las asociaciones entre los determinantes sociales y el cuidado prenatal con la presencia de depresión posparto

autorreportada, en una muestra representativa de mujeres colombianas.

Materiales y métodos**Población**

Se trata de un análisis secundario de la información obtenida en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2010 (ENSIN 2010), la cual fue financiada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)¹⁴ y realizada durante los años (2008-2010). Esta encuesta es una medición transversal, llevada a cabo para determinar la prevalencia de problemas nutricionales y algunas condiciones de salud en la población colombiana.

Muestra

Esta encuesta se realizó en los 50.670 hogares donde se aplicó la ENSIN 2010. Esta muestra se distribuyó en 258 municipios de los 32 departamentos del país y Bogotá D.C. Los segmentos fueron proporcionales en las cabeceras municipales y en el área rural, concentrados en 1.920 segmentos, de 209 unidades primarias de muestreo (UPM) (municipios básicamente), de los 32 departamentos del país y de Bogotá, Distrito Capital. Los segmentos se distribuyeron proporcionalmente en las zonas rural y urbana.

Procesos de medición y recolección de la información

Una encuesta estructurada fue aplicada por profesionales de la salud en 48.077 mujeres en edad fértil (15 a 49 años). El grupo encuestador recibió una capacitación de 4 semanas sobre técnicas de aplicación de cuestionarios en encuestas

poblacionales. La tasa de respuesta obtenida en el grupo de edad definido para este estudio fue del 32,9% ($n = 15.827$). El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional.

Variables resultado

Se definió como variable resultado el diagnóstico clínico de depresión por autorreporte entre los primeros 6 meses posparto como una complicación perinatal, mediante entrevista dirigida¹⁵.

Variables independientes

Para el presente análisis se definieron datos sociodemográficos: 1) edad; 2) nivel educativo más alto alcanzado: a) ciclo básico elemental (primaria y secundaria) y b) ciclo técnico/tecnológico, universitario; 3) área o procedencia (urbano o rural), y 4) etnia agrupada en: a) blanco/mestizo y b) indígena, gitano, raizal del archipiélago, palenquero y negro o afrocolombiano. El estatus social o la posición socioeconómica fue determinada de acuerdo al Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales SISBEN (1 al 3, y/o más); un índice desarrollado por el Departamento Nacional de Planeación de Colombia, el cual tiene en cuenta características sociodemográficas, condiciones de vida y acceso a servicios públicos domiciliarios. Un cuestionario evaluó los datos psicosociales y prenatales (deseo de embarazo, consumo de suplementos de calcio, ácido fólico, bebidas alcohólicas, hábito de tabaquismo y sustancias psicoactivas).

Análisis estadístico

En primer lugar, se realizó un análisis exploratorio para determinar la distribución de frecuencias (medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas), frecuencias relativas (para variables cualitativas), prueba de la χ^2 de Pearson, con o sin corrección de Yates. Para estimar la relación entre depresión posparto y las variables sociodemográficas de las encuestadas (nivel educativo, etnia y nivel socioeconómico) y variables asociadas al cuidado prenatal (deseo de embarazo, ingesta de calcio y ácido fólico, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, y hábito tabáquico), se utilizó un modelo de regresión logística binaria. La etnicidad se estableció basada en la pertenencia a un grupo étnico (indígena, gitano, raizal del archipiélago, palenquero y negro o afrocolombiano). El nivel socioeconómico se determinó a través del Índice SISBEN III. Se consideró una mujer en nivel socioeconómico bajo si el hogar donde vivía estaba clasificado en nivel SISBEN III (1, 2 y 3), y alto reportar un nivel 4 y/o más del SISBEN III. El modelo de regresión logística binaria se ajustó por edad, nivel educativo, etnia, nivel socioeconómico (modelo 1) y por deseo de embarazo, ingesta de calcio y ácido fólico, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y tabaquismo (modelo 2). Se consideró factor de confusión si después de la adición al modelo, las razones de posibilidades se desplazan en una dirección constante y el cambio proporcional es por lo menos de un nivel de exposición superior al 10%. Los análisis fueron realizados en SPSS versión 19 y se consideró como significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados

La muestra estuvo constituida por 1.659 mujeres, con un rango de edad entre 15 y 45 años. Un 10,5% de las mujeres refería haber tenido por lo menos un episodio depresivo previo. Se encontró mayor prevalencia de depresión en el grupo de 25 a 34 años (11,4%) y menor en el grupo de mujeres

Tabla 1 Prevalencia de depresión posparto por variables sociodemográficas

Variable	Prevalencia de depresión (n = 1.659)	Valor p ^a
Edad (%)		0,001
< 24 años	9,3	
25 a 34 años	11,4	
> 35 años	10,5	
Nivel educativo (%)		0,001
Ciclo básico elemental	8,8	
Ciclo técnico/tecnológico, universitario	19,1	
Área o procedencia (%)		0,001
Urbano	13,1	
Rural	5,3	
Etnia (%)		0,001
Blanca/mestiza	11,4	
Indígena, gitana, palenquera/negra/afrocolombiana	6,6	
Puntaje de SISBEN (%)		0,001
Nivel 1 al 3	9,1	
Nivel 4 o más	15,0	
Embarazo no planificado/no deseado (%)		0,001
Sí	11,1	
No	8,9	
Tomó calcio (%)		0,001
Sí	11,1	
No	8,0	
Tomó ácido fólico(%)		0,001
Sí	11,3	
No	6,2	
Consumió bebidas alcohólicas (%) a		0,001
Sí	14,0	
No	10,1	
Fumó durante embarazo (%)		0,001
Sí	14,4	
No	10,4	
Consumió sustancias psicoactivas (%)		0,001
Sí	37,0	
No	10,4	

^a Diferencias evaluadas por la prueba de la chi al cuadrado (χ^2) de Pearson.

con edad inferior a 24 años (9,3%). Se observó mayor prevalencia de depresión posparto en el grupo de mujeres con formación técnica a superior (19,1%) frente a las participantes con formación básica a elemental (8,8%). Las mujeres pertenecientes a grupos étnicos (afrocolombiano, indígena, otros), niveles socioeconómicos bajos o que residen en áreas rurales presentaron menor prevalencia de depresión posparto (6,6%, 9,1% y 5,3%, respectivamente). Hubo una proporción significativamente mayor de casos de depresión entre las mujeres que consumieron durante el embarazo bebidas alcohólicas, sustancias psicoactivas o tabaco (14,0%, 37,0% y 14,4%, respectivamente (tabla 1).

Los análisis de regresión logística binaria agrupados por las variables sociodemográficas y de cuidado perinatal muestran en el modelo no ajustado que las mujeres con edades comprendidas entre los 25 y los 34 años acusaron mayor probabilidad de depresión posparto con respecto a las mujeres de 15 a 24 años (OR = 1,25; IC del 95%, 1,11-1,40). Sin embargo, esta asociación se pierde tras el ajuste (OR = 1,02; IC del 95%, 0,88-1,20). Las mujeres con más alto nivel educativo presentaron mayor probabilidad de tener depresión posparto, frente a las mujeres con ciclo básico/elemental (OR = 2,47; IC del 95%, 2,20-2,76). Esta asociación se mantuvo en el modelo ajustado por edad, nivel de SISBEN, etnia y nivel

Tabla 2 OR e IC del 95% para depresión posparto en las variables asociadas

Variable	OR no ajustada	IC del 95%	Valor p	OR ajustada	IC del 95%	Valor p
Edad						
< 24 años	1			1		
25 a 34 años	1,25	1,11-1,40	0,001	1,02 ^a	0,88-1,20	0,767
> 35 años	1,14	0,98-1,32	0,081	0,93	0,80-1,07	0,328
Nivel educativo						
Ciclo básico elemental	1			1		
Ciclo técnico/tecnológico, universitario	2,47	2,20-2,76	0,001	1,81 ^a	1,60-2,05	0,001
Área o procedencia						
Urbana	1					
Rural	2,70	2,37-3,09	0,001	2,35	2,03-2,73	0,001
Etnia						
Blanco/mestizo	1			1		
Indígena, gitano, palenquero/negro/afrocolombiano	1,82	1,58-2,11	0,001	1,42 ^a	1,22-1,65	0,001
Puntaje de SISBEN						
Nivel 1 al 3	1			1		
Nivel 4	1,75	1,57-1,96	0,001	1,40 ^a	1,24-1,58	0,001
Embarazo no planificado/no deseado						
No	1			1		
Sí	1,28	1,14-1,45	0,001	1,24 ^b	1,10-1,40	0,001
Ingesta de calcio durante embarazo						
No	1					
Sí	1,32	1,17-1,49	0,001	1,20 ^b	1,06-1,36	0,003
Ingesta de ácido fólico durante embarazo						
No	1			1		
Sí	1,32	1,17-1,49	0,001	1,20 ^b	1,07-1,36	0,002
Consumo de bebidas alcohólicas durante embarazo						
No	1			1		
Sí	1,45	1,23-1,70	0,001	1,43 ^b	1,21-1,69	0,001
Hábito tabáquico durante embarazo						
No	1					
Sí	1,46	1,09-1,94	0,010	1,39 ^b	1,03-1,87	0,029
Consumo de sustancias psicoactivas durante embarazo						
No	1			1		
Sí	1,04	0,81-1,33	0,782	1,02 ^b	0,81-1,30	0,850

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

^a OR ajustada por deseo de embarazo, edad, SISBEN, etnia y nivel educativo (modelo 1).

^b OR ajustada por deseo de embarazo, ingesta de calcio y ácido fólico, consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas, y tabaquismo (modelo 2).

Tabla 3 Fracción etológica del riesgo para depresión posparto en las variables estudiadas

Variable	FER ^a
<i>Nivel educativo</i>	
Ciclo técnico/tecnológico, universitario	54,3
<i>Área o procedencia</i>	
Urbana	59,8
<i>Etnia</i>	
Indígena, gitano, palenquero/negro/afrocolombiano	42,2
<i>Puntaje de SISBEN</i>	
Nivel 4	39,0
<i>Deseo del embarazo</i>	
Sí	20,1
<i>Tomó calcio</i>	
Sí	28,4
<i>Tomó ácido fólico</i>	
Sí	44,6
<i>Consumió bebidas alcohólicas</i>	
Sí	27,8
<i>Fumó durante embarazo</i>	
Sí	28,1
<i>Consumió sustancias psicoactivas</i>	
Sí	71,8

^a La fracción etológica de riesgo (FER) se interpreta como la probabilidad que tiene la persona de haber presentado la enfermedad dado que estuvo expuesta.

educativo (OR = 1,81; IC del 95%, 1,60-2,05). Esta asociación también se encontró en las variables pertenencia étnica, nivel socioeconómico (por SISBEN) y embarazo planificado (tabla 2).

Tras el ajuste, las mujeres con autorreporte de consumo de alcohol y hábito tabáquico en la gestación presentaron asociación con cuadros depresivos (OR = 1,43; IC del 95%, 1,21-1,69, y OR = 1,39; IC del 95%, 1,03-1,87, respectivamente). No se encontró asociación estadísticamente significativa con el consumo de sustancias psicoactivas (OR = 1,02; IC del 95%, 0,81-1,30) (tabla 2).

En la tabla 3 se presenta la fracción etológica del riesgo para depresión posparto en las variables estudiadas. Valores más altos se encontraron en las variables: consumo de sustancias psicoactivas (71,8%), lugar de procedencia (59,8%) y nivel educativo (54,3%), mientras que el consumo de bebidas alcohólicas (27,8%), el hábito tabáquico (28,1%) y el deseo de embarazo (20,1%) fueron los valores más bajos.

Discusión

La depresión posparto es un término clínico referido a un trastorno depresivo mayor asociado temporalmente con el parto¹⁶ y no ha sido catalogada como una entidad diferenciada en ninguna clasificación internacional. La prevalencia de depresión posnatal encontrada en este estudio fue del 10,5%, cifra similar a la reportada en mujeres latinas, por Jadresic et al.¹⁷ (10,2%), Alvarado et al.¹⁸ (8,8%), Rojas et al.

(10%)¹⁹ y Jadresic et al.¹⁷ (9,8%). Estos hallazgos hacen patente el grave problema de subdiagnóstico observado en estas mujeres en edad fértil, principalmente en aquellas donde no se aplica ningún test de rastreo durante el período pre y posnatal.

Importantes factores sociodemográficos, como el rango de edad (25 a 34 años), el origen étnico (indígena, gitana, palenquera/negra/afrocolombiana), los niveles superiores de educación, el embarazo no planificado y factores del cuidado prenatal, como el consumo de bebidas alcohólicas, micronutrientes y el hábito tabáquico, fueron asociados a depresión posnatal. Estas características psicosociales también han sido señaladas como factores de riesgo de depresión posparto por otros autores en nuestro medio²⁰⁻²² y en el extranjero¹⁷⁻¹⁹. Desde el punto de vista clínico, la mayoría de las mujeres con autorreporte de depresión posparto presentaban menor adherencia a conductas relacionadas al cuidado prenatal. Este dato es concordante con el hecho de que las mujeres con trastornos anímicos puerperales tienen un riesgo sustantivo de volver a presentar nuevos episodios de depresión en pospartos futuros²³.

Al respecto, en la literatura revisada se han encontrado discrepancias en cuanto a la edad como factor de riesgo para el desarrollo de esta afección; se ha señalado que las adolescentes presentan más depresión que las mujeres mayores, puesto que ciertos factores desmoralizadores en el entorno social y las experiencias pasadas, tornan al adolescente más vulnerable a hechos vitales como el embarazo²⁴, reportándose tasas de prevalencias dentro de este grupo etario de un 14 a un 48%²⁵. Sin embargo, en otros trabajos esta diferencia no ha resultado ser estadísticamente significativa²⁶⁻³³.

Al igual, el reciente metaanálisis publicado por Leung et al.⁶ evidenció que la relación del autorreporte de depresión posnatal con los determinantes sociales etnia, estatus socioeconómico, nivel educativo y consumo de sustancias psicoactivas presentaron asociaciones débiles. Esta asociación es inesperada si consideramos el reporte de Dennis et al.²⁷, quienes observaron en 498 mujeres inmigrantes, asociaciones del autorreporte de síntomas depresivos con el estatus económico del hogar, el acceso al transporte y el nacimiento fuera de Canadá en los últimos 5 años. Estos autores concluyeron que el hecho de haber llegado a Canadá en su condición de inmigrantes en los últimos 5 años se asociaba a menores ingresos económicos, lo que se asoció a los síntomas depresivos. Esta característica ha sido escasamente explorada en estudios epidemiológicos y merece ser considerada en nuevas investigaciones.

Encontramos diferencias en mujeres urbanas y rurales. Estos resultados confirman los encontrados en otros estudios, donde la depresión posnatal se relaciona con el lugar de procedencia²⁴⁻²⁸. Asimismo, El embarazo deseado se asoció a depresión en las mujeres en este estudio (OR = 1,24; IC del 95%, 1,10-1,40), factor que ha sido señalado anteriormente²⁸. Sobre este hallazgo se podría especular que las mujeres que desean estar embarazadas presentan factores psicológicos como psicosis, angustia e incertidumbre acerca del cumplimiento del cuidado posnatal de manera eficaz. Respecto a los factores individuales orgánicos, y en concordancia de lo planteado en la literatura^{29,30}, se encontró que el consumo de alcohol durante el embarazo es un factor de riesgo. La ingesta de alcohol en el período de gestación podría estar relacionada con la

manifestación de sentimientos de culpa o temor de que el niño tenga alguna malformación, sintomatología característica de depresión posparto³¹. La dependencia del alcohol es un factor confirmado en la depresión desde hace mucho tiempo, por reducir de forma evidente la actividad de la serotonina (5-HT). Estas conductas podrían dar cuenta de la vulnerabilidad biológica presente en estas mujeres, la que se agregaría a la vulnerabilidad psicosocial ya mencionada.

En relación con el consumo de micronutrientes —ácido fólico y calcio— durante la gestación, varios estudios han mostrado importantes relaciones entre su ingesta con la actividad de algunos neurotransmisores y los síntomas depresivos^{32,33}. Nuestros hallazgos muestran asociación entre la ingesta de calcio (OR = 1,20; IC del 95%, 1,06-1,36) y ácido fólico (OR = 1,20; IC del 95% 1,07-1,36) con el riesgo de depresión posparto, resultado que coincide con lo reportado por Watanabe et al.³⁴ y Van Dijk et al.³⁵ en mujeres en edad reproductiva y gestantes, respectivamente. Sin embargo, el metabolismo y especialmente las vitaminas y minerales han demostrado afectar al ánimo de forma independiente, y el tratamiento de alguna deficiencia ofrece un posible remedio de los síntomas depresivos. Dietas con menor contenido en almidón, azúcares y proteínas de origen animal han sido relacionadas con síntomas depresivos, con lo cual es prudente contemplar ajustes dietéticos⁶.

En Colombia, se ha demostrado que los factores psicosociales desempeñan un papel preponderante en el desencadenamiento de la depresión posparto³⁶. Entre ellos, tendrían especial importancia la ocurrencia de eventos vitales, la edad y los problemas propios del posparto, como las dificultades con la lactancia o dar a luz un recién nacido de muy poco peso, así como los antecedentes de depresiones previas. Sin embargo, en nuestro estudio los determinantes sociales nivel socioeconómico alto-medio con el puntaje SISBEN y mayor nivel educativo se relacionaron con mayor prevalencia de depresión posparto en las mujeres encuestadas³⁷. Este inusual hallazgo coincide también en afecciones como estrés, ansiedad y trastornos de humor, los cuales son más frecuentes en estratos sociales altos³⁸. También se afirma que la tasa de depresión aumenta entre un 10 y un 15% en población con características vulnerables como la pobreza, la criminalidad y las carencias generales²²⁻²⁹. Por otro lado, se podría especular que en la etapa perinatal las mujeres con mejor nivel socioeconómico y mayor acceso educativo conciben la depresión posparto como «algo normal», esto es, como un estado por el que toda mujer tiene que pasar durante y después del embarazo y, por lo tanto, no es cuestionable, preocupante y mucho menos atendida; esto en términos de salud es delicado, puesto que esta percepción de «normalidad» lleva a no tener que preocuparse por las consecuencias sociales y de salud que puedan causar dicha depresión y, mucho menos, a proponer opciones preventivas.

Tras considerar otros factores de las participantes, como la no pertenencia étnica, la condición de tabaquismo y alcoholismo, y el riesgo de depresión por autorreporte, aumentó esa probabilidad. Lo anterior responde a varias teorías: en primera medida, se ha evidenciado que la depresión posparto es poco común en los informes de las sociedades en transición epidemiológica³⁹, lo que ha sugerido que la depresión posparto es un síndrome ligado a la cultura de la modernidad occidental⁴⁰.

Una de las principales limitaciones del estudio es la manera como fue reportado el diagnóstico de depresión posparto en las mujeres encuestadas en la ENSIN 2012. Sin embargo, a pesar de no contar con un instrumento validado, se logró obtener una muestra representativa de mujeres colombianas, con características diversas, lo cual permitiría mediante el autorreporte cifras genéricas de prevalencia de depresión posparto. No obstante, ante la gran variedad de instrumentos para evaluar la depresión posnatal, la comparación con los hallazgos encontrados en este estudio no son extrapolables.

Si bien ya se vio que la presencia de depresión tiene como parte de sus inicios el contexto sociocultural y que este es un factor que debe tomarse en cuenta para dar explicaciones y soluciones ante la presencia de la depresión en la etapa perinatal, es importante profundizar sobre los datos cuantitativos, y no rescatarlos como tal, sin darles la importancia que tienen como parte de la condición sociodemográfica de las mujeres en etapa perinatal⁴¹.

En conclusión, nuestros resultados muestran en primer lugar que los determinantes sociales y el cuidado prenatal son posibles factores de riesgo en la presencia de la depresión en mujeres en etapa perinatal. En segundo lugar, que el personal de salud considere los posibles factores de riesgo para que, de esta manera, al identificar un posible ambiente sociocultural vulnerable y propicio para la presencia de la depresión, canalice a las mujeres a los servicios de salud mental. En tercera y última instancia, que se busquen estrategias de intervención que atenúen los efectos negativos de la depresión posparto en las mujeres colombianas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer el apoyo recibido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y PROFAMILIA.

Bibliografía

1. Ascaso Terrén C, García Esteve L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalence of postpartum depression in Spanish mothers: Comparison of estimation by mean of the structured clinical interview for DSM-IV with the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:326–9.
2. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2003;81:609–15.

3. Canaval GE, González MC, Martínez-Schallmoser L, Tovatt MC, Valencia C. Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colomb Med*. 2000;31:4–10.
4. Falcone VM, Mäder CV, Nascimento CF, Santos JM, de Nóbrega FJ. Multiprofessional care and mental health in pregnant women. *Rev Saúde Pública*. 2005;39:612–8.
5. Lara MA, Navarro C, Navarrete L, Cabrera M, Almanza J, Morales F, et al. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 2006;29:55–62.
6. Leung BM, Kaplan BJ. Perinatal depression: Prevalence, risks, and the nutrition link—a review of the literature. *J Am Diet Assoc*. 2009;109:1566–75.
7. Pinette MG, Wax JR. The management of depression during pregnancy: A report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2010;115:188–9.
8. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachman DJ, Whitlock EP, Hornbrook MC. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1515–20.
9. Nakano Y, Oshima M, Sugiura-Ogasawara M, Aoki K, Kitamura T, Furukawa TA. Psychosocial predictors of successful delivery after unexplained recurrent spontaneous abortions: A cohort study. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109:440–6.
10. Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C, Yellachich LA. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry*. 2005;162:79–91.
11. Field T. Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behav Dev*. 2011;34:1–14.
12. Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med*. 2001;63:830–4.
13. Robledo-Colonia AF, Sandoval-Restrepo N, Mosquera-Valderrama YF, Escobar-Hurtado C, Ramírez-Vélez R. Aerobic exercise training during pregnancy reduces depressive symptoms in nulliparous women: A randomised trial. *J Physiother*. 2012;58:9–15.
14. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Bogotá D.C.: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2010.
15. Nanzer N, Sancho-Rossignol A, Righetti-Veltema M, Knauer D, Manzano J, Palacio-Espasa F. Effects of a brief psychoanalytic intervention for perinatal depression. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15:259–68.
16. Neill Epperson C. Postpartum major depression: Detection and treatment. *AFP*. 1999;59:2247–62.
17. Jadresic E, Jara C, Miranda M, Arrau B, Araya R. Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 1992;30:99–106.
18. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Neves E, Olea E, Perucca E, et al. Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Rev Psiquiat*. 1992;3:1168–76.
19. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile*. 2010;138:536–42.
20. Torres Y, Montoya ID. Segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Colombia 1997. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
21. Canaval E, González M, Martínez-Schallmoser Tovar M, Valencia C. Depresión postparto, apoyo y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colomb Méd*. 2000;31:4–10.
22. Latorre-Latorre JF, Contreras-Pezzotti LM, Herrán-Falla OF. Depresión posparto en una ciudad colombiana. Factores de riesgo. *Aten Primaria*. 2006;37:332–8.
23. Boath E, Bradley E, Henshaw C. The prevention of postnatal depression: A narrative systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2005;26:185–92.
24. Bulnes MS, Ponce CR, Huerta RE, Elizalde R, Santiváñez WR, Aliaga JR. Ajuste psicosocial y estado depresivo en adolescentes de centros escolares de Lima Metropolitana. *Rev Inv Psicol*. 2005;8:23–39.
25. Kabir K, Sheeder J, Stevens-Simon C. Depression, weight gain, and low birth weight adolescent delivery: Do somatic symptoms strengthen or weaken the relationship. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2008;21:335–42.
26. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007;67:187–91.
27. Dennis CL, Janssen PA, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110:338–46.
28. Csotordai S, Kozinszky Z, Devosa I, Tóth E, Krajcsi A, Sefcsik T, et al. Obstetric and sociodemographic risk of vulnerability to postnatal depression. *Patient Educ Couns*. 2007;67:84–92.
29. Buist AE, Austin MP, Hayes BA, Speelman C, Bilszta JL, Gemmill AW, et al. Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002-2004: Findings from the beyondblue National Postnatal Depression Program. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42:66–73.
30. Hasbún J, Risco L, Jadresic E, Galleguillo T, González M, Garay J. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 1999;64:466–70.
31. Cooper P, Murray L. Postnatal depression. *BMJ*. 1998;316:1884–6.
32. Kim JM, Stewart R, Kim SW, Yang SJ, Shin IS, Yoon JS. Predictive value of folate, vitamin B12 and homocysteine levels in late-life depression. *Br J Psychiatry*. 2008;192:268–74.
33. Lazarou C, Kapsou M. The role of folic acid in prevention and treatment of depression: an overview of existing evidence and implications for practice. *Complement Ther Clin Pract*. 2010;16:161–6.
34. Watanabe H, Ishida S, Konno Y, Matsumoto M, Nomachi S, Masaki K, et al. Impact of dietary folate intake on depressive symptoms in young women of reproductive age. *J Midwifery Womens Health*. 2012;57:43–8.
35. Van Dijk AE, Van Eijsden M, Stronks K, Gemke RJ, Vrijkotte TG. Maternal depressive symptoms, serum folate status, and pregnancy outcome: results of the Amsterdam Born Children and their Development study. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203:563.e1–7.
36. Latorre JF, Contreras LM, García S, Medina JA. La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2006;57:156–62.
37. Campo A, Ayola C, Peinado HM, Amor M, Cogollo Z. Escala de Edimburgo para depresión postparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2007;58:277–83.
38. Leung SS, Martinson IM, Arthur D. Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study. *Rev Nurs Health*. 2005;28:27–38.
39. Becker AE. Postpartum illness in Fiji: A sociosomatic perspective. *Psychosom Med*. 1998;60:431–8.
40. Stern G, Kruckman L. Multi-disciplinary perspectives on postpartum depression: An anthropological critique. *Soc Sci Med*. 1983;17:1027–41.
41. Chávez-Courtois M, González-Pacheco I. Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural. *Diversitas*. 2008;4:101–11.