

SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON IMPORTANCIA CLÍNICA EN MUJERES EMBARAZADAS DE CARTAGENA, COLOMBIA: PREVALENCIA Y ALGUNAS VARIABLES ASOCIADAS

CLINICALLY IMPORTANT DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG PREGNANT WOMEN OF CARTAGENA, COLOMBIA: PREVALENCE AND SOME ASSOCIATED VARIABLES

Henry Miguel Peinado-Valencia HM, Cristian Ayola-Castillo,* Adalberto Campo-Arias**

** Enfermero, Unidad Básica de Atención Nuestra Señora del Carmen, Puerto Carreño, Vichada, Colombia.*

** Enfermero.*

*** Médico psiquiatra, Director de investigaciones del Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá; profesor asociado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Bogotá, y Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Colombia; y editor Archivos de la Salud.*

Correspondencia: Dr Adalberto Campo-Arias, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Carrera 7B N. 108A-90, Bogotá, Colombia. campoarias@comportamientohumano.org

Recibido: 08-01-2008, Revisado: 01-04-2008, Aceptado: 04-04-2008.

Resumen

Contexto: La prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica es elevada en mujeres embarazadas. Es probable que estos síntomas sean particularmente frecuentes en mujeres de estrato bajo; sin embargo no se conoce la prevalencia en mujeres residentes en estrato bajo de Cartagena, Colombia.

Objetivo: Conocer la prevalencia y algunas variables asociadas a síntomas depresivos con importancia clínica en mujeres embarazadas residentes en estrato bajo en Cartagena, Colombia.

Método: Se diseñó un estudio transversal con una muestra de 200 mujeres de estrato bajo (1 y 2) asistentes a control prenatal de una clínica pública de segundo nivel. Se cuantificaron los síntomas depresivos con importancia clínica con la escala de Edinburgh para depresión posparto (punto de

corte 14). Mediante regresión logística se ajustaron las variables asociadas.

Resultados: La edad promedio de las participantes fue 24,0 años (DE=5,3) y la escolaridad promedio fue 8,9 años (DE=2,6). La prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica fue 31,5% (IC95% 25,1-37,9). Uno o más hijos vivos (OR=2,06; IC95% 1,08-3,94) y religión cristiana no católica (OR=2,06; IC95% 1,06-4,03) se asociaron a la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica.

Conclusiones: La prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica es alta en este grupo de mujeres embarazadas de estrato bajo que asisten a control prenatal y se asocian al número de hijos vivos y la filiación religiosa. Es necesario realizar nuevas investigaciones con poblaciones más grandes que incluyan mujeres de todos los estratos.

Palabras clave: Depresión, Prevalencia, Mujeres, Embarazadas, Estudio transversal.

Peinado-Valencia HM, Ayola-Castillo C, Campo-Arias A. Síntomas depresivos con importancia clínica en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia: prevalencia y algunas variables asociadas. Arch Salud 2008; 2: 31-38.

Summary

Background: The prevalence of clinically important depressive symptoms is frequent among pregnant women. It is likely that clinically important depressive symptoms are more common among low-income pregnant women; however, its prevalence is not well-known among women dwelling low socioeconomic level of Cartagena, Colombia.

Objective: To establish the prevalence and some associated variables with clinically important depressive symptoms in low-income women in Cartagena, Colombia.

Method: A cross-sectional study was designed taking a sample of 200 pregnant women dwelling in low-income neighbors attending prenatal control of a public obstetric medical center in Cartagena, Colombia. The Edinburgh's postnatal depression scale was used for measuring clinically important depressive symptoms (cut-off point 14). Logistic regression was computed for adjusting the associated variables.

Results: The mean of age of participants was 24.0 years (SD=5.3), and of scholarship of 8.9 (SD=2.6). The prevalence of clinically important depressive symptoms was 31.5% (95%CI 25.1-37.9). One or more sons or daughters (OR=2.06; 95%CI 1.08-3.94) and religious affiliation (OR=2.06; 95%CI 1.06-4.03) were associated factors with clinically important depressive symptoms.

Conclusions: The prevalence of clinically important depressive symptoms is high in this group of pregnant women attending a prenatal control, and these symptoms are associated with number of offspring and religious affiliation. It is necessary to

carry out new researches with larger samples and women who live in all level socioeconomics.

Key words: Depression, Prevalence, Women, Pregnancy, Cross-sectional study.

Peinado-Valencia HM, Ayola-Castillo C, Campo-Arias A. Clinically important depressive symptoms among pregnant women of Cartagena, Colombia: prevalence and some associated variables. Arch Health 2008; 2: 31-38.

Introducción

La prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica es relativamente alta en mujeres gestantes (1-3). Se entiende por síntomas depresivos con importancia clínica aquellos que se identifican en estudios clínicos o epidemiológicos mediante el uso de escala de tamizaje y que no representan necesariamente un diagnóstico formal de trastorno depresivo. Estos síntomas se pueden observar en diferentes categorías diagnósticas de trastornos mentales; sin embargo, son la queja principal en los trastornos depresivos (4).

En la categoría de trastornos depresivos se incluyen el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, los trastornos depresivos no especificados (trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recurrente y el trastorno disfórico premenstrual) y los trastornos depresivos debido a condiciones médicas o al uso de medicamentos o sustancias (4).

El trastorno depresivo más importante, el trastorno depresivo mayor, es una condición clínica compleja asociada a variables constitucionales y medioambientales (5, 6). Por ejemplo en mujeres embarazadas, los cambios hormonales propios parecen predisponer la presentación clínica en este estadio (7) y algunos estudios sugieren que las condiciones socioeconómicas desfavorables incrementan la posibilidad de aparición de estos síntomas en personas particularmente susceptibles (8).

La prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica en mujeres gestantes,

cuantificada con la escala de Edinburgh para depresión posparto, pueden alcanzar el 27%, dependiendo particularmente de la población y el punto de corte utilizado (9-18). En general, los estudios informan que tienen un riesgo incrementado para estos síntomas las mujeres más jóvenes, que viven solas, con dificultades económicas, mayor número de hijos y quienes no planearon el embarazo (2, 3, 13, 17, 18).

De la misma forma, es necesario tener muy presente que un grupo significativo de personas informan un número reducido de síntomas que generan malestar importante y deterioro en el funcionamiento global (19). Se observa que estos síntomas por debajo del umbral habitualmente considerado para el diagnóstico se relacionan con resultados negativos en un corto plazo (20).

Hasta la fecha no se ha investigado la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. Es importante identificar estos síntomas en gestantes por que ellos incrementan los riesgos obstétricos para la madre y para el producto del embarazo. Los síntomas depresivos con importancia clínica incrementan en forma notable, entre otras, la probabilidad de presentar un episodio depresivo mayor de inicio en el posparto, llamados habitualmente depresión posparto (21, 22).

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica y algunas variables asociadas en mujeres embarazadas residentes en estrato bajo de Cartagena, Colombia.

Método

El presente es un estudio transversal que revisó y aprobó el Comité de Ética de la Universidad de Cartagena, Colombia. La investigación representaba un riesgo mínimo para las participantes según las normas colombianas para la investigación en salud. No obstante, todas las participantes firmaron un consentimiento informado (23).

Se tomó una muestra no probabilística, por conveniencia, de 200 mujeres embarazadas pertenecientes al régimen subsidiado que asistían

a control prenatal a una clínica especializada en obstetricia y ginecología de segundo nivel de atención. Se completó la muestra de manera consecutiva hasta alcanzar el número estimado. Sólo se incluyeron participantes mayores de edad (18 años) que informaron que residían en estrato 1 y 2 del área urbana de la ciudad. Este grupo poblacional representa la mayoría de las embarazadas que asisten a la institución.

Los síntomas depresivos con importancia clínica se cuantificaron con la escala de Edinburgh para depresión posparto. La escala se diseñó para identificar posibles casos de depresión en el posparto y cuantifica exclusivamente síntomas del estado de ánimo y cognoscitivos de un episodio depresivo. Intencionalmente se excluyeron algunos síntomas somáticos que se pueden observar en un episodio depresivo porque estos son muy frecuentes en el embarazo y el posparto (24). Sin embargo, esta escala igualmente se usa para identificar posibles casos de depresión durante el embarazo con aceptables propiedades psicométricas (9-18). Esta escala se usó con el permiso de la Sociedad Real Británica de Psiquiatría (British Royal Society of Psychiatrists).

Esta escala se compone de diez puntos de respuesta politómica (cuatro opciones de respuesta) que exploran síntomas de un episodio depresivo mayor durante los últimos quince días. La puntuación a cada inciso puede encontrarse entre cero a tres y la puntuación total puede estar entre cero y treinta puntos. Se necesitan cinco a diez minutos para completar la escala. Dado que no existe una validación con un criterio de referencia de esta escala en Colombia, para el presente estudio se tomó como punto de corte 14, puntuaciones iguales o superiores indicaban para síntomas depresivos con importancia clínica o alto riesgo de presentar un episodio depresivo mayor, como lo sugiere la validación en mujeres embarazadas mexicanas (14).

Para el análisis bivariado algunas variables cuantitativas se dicotomizaron de una manera lógica o a partir de la observación de la distribución de los datos de tal forma que se contara con un número suficiente en cada categoría. Para identificar diferencias

entre las categorías se emplearon las pruebas estadísticas indicadas. Para contar con el mejor modelo de regresión logística se siguieron las recomendaciones de Greenland (25). A este modelo se le calculó la bondad del ajuste de Hosmer-Lemeshow (26). Los cálculos se realizaron en el paquete estadístico Stata 9.0 (27).

Resultados

La edad de las participantes se encontraba entre 18 y 42 años, la media fue 24,0 años (DE=5,3), 121 (60,5%) con 24 años o menos de edad. La escolaridad se observó entre 2 y 15 años, la media fue 8,9 (DE=2,6), con nueve años o menos de escolaridad, 101 (50,5%). Se hizo esta categorización para la edad porque un porcentaje inferior al 10% de las participantes informó una escolaridad igual o inferior a cinco años. Con pareja estable 181 (90,5%); dedicadas al hogar, 169 (84,5%); de religión católica, 146 (73,0%); residentes en estrato 1, 165 (82,5%); nulíparas, 116 (58,0%); segunda gestación o más gestaciones, 123 (61,5%); uno o más hijos vivos, 110 (55,0%); embarazo no planeado, 115 (57,5%); y edad gestacional entre 5 y 40 semanas, la media fue 26,8 semanas (DE=9,5), con 21 semanas o más de embarazo, 145 (72,5%).

Las puntuaciones en la escala de Edinburg se encontraron entre 0 y 25, la media fue 10,8 (DE=5,8). Para el punto de 14, 63 de las participantes (31,5%) presentaron síntomas depresivos con importancia clínica. El comportamiento psicométrico de la escala fue aceptable. La consistencia interna y la estructura factorial están disponibles en otro artículo (28).

En el análisis bivariado se observó que las mujeres con síntomas depresivos con importancia clínica tenía una media para la edad similar a quienes los negaron (24,4 años, DE=5,3 frente a 23,4 años, DE=5,3. Prueba de Levene para igualdad de la varianza, $F=0,637$, $p=0,0427$; $t=0,727$, $gl=198$, $p=0,426$). La prevalencia de síntomas depresivos fue similar en quienes tenían menos y más de nueve años de escolaridad (36,6% frente a 26,3%);

en las solteras y las que tenía pareja estable (26,3% frente a 32,0%); en estrato 2 y en estrato 1 (40,0% frente a 29,7%); en quienes tenían uno o más hijos vivos y no tenían hijos vivos (37,4% frente a 24,4%); embarazo no planeado y planeado (33,9% frente a 28,2%); y gestación menor de 20 semanas y mayor de 20 semanas (38,2% frente a 29,0%). La prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica fue mayor en las que cristianas no católicas que en las católicas (42,6% frente a 27,4%). Las razones de disparidad (OR) se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Asociaciones para síntomas depresivos con importancia clínica en 200 mujeres embarazadas residentes estrato de bajo de Cartagena, Colombia.

Variable	OR	IC95%
Cinco años o menos de escolaridad	1,62	0,89-2,97
Solteras	0,76	0,26-2,20
Residente en estrato 2	1,58	0,74-3,36
Tener uno o más hijos vivos	1,84	0,99-3,40
Embarazo no planeado	1,30	0,71-4,80
Edad gestacional menor de 20 semanas	1,52	0,79-2,91
Cristiana no católica	1,96	1,03-3,77

Para el modelo final y ajustar la magnitud de las asociaciones se consideraron la variables escolaridad, religión, número de hijos y paridad dado que mostraron valores de probabilidad menores del 25%, independientemente del intervalo de confianza indicara que la diferencia no era significativa. En el mejor modelo de regresión logística para síntomas depresivos con importancia clínica se presenta en la tabla 2. Este modelo ajustaba en forma adecuada (Prueba de Hosmer-Lemeshow, $X^2=2,57$; $gl=4$; $p=0,632$).

Tabla 2. Modelo de regresión logística para síntomas depresivos con importancia clínica en 200 mujeres embarazadas residentes estrato de bajo de Cartagena, Colombia.

Variable	OR	IC95%
Uno o más hijos vivos	2,06	1,08-3,94
Religión cristiana no católica	2,06	1,06-4,02
Primeras 20 semanas de embarazo	1,90	0,95-3,80

Discusión

En el presente estudio se observa que un tercio de las mujeres embarazadas participantes informan síntomas depresivos con importancia clínica. Estos síntomas son dos veces más frecuentes en mujeres con uno o más hijos y en gestantes cristianas no católicas.

La prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica alcanzó el 31,5% en la presente investigación. Estudios en otros contextos médicos, sociales y culturales muestran datos similares, prevalencias entre 25 y 27% (9, 15). Sin embargo, la mayoría de los estudios disponibles informan prevalencias menores, en el rango del 8 y 22%, aproximadamente (10-14, 16-18). Estas disparidades en los hallazgos se pueden explicar en parte por las características sociales y culturales de las participantes. En el presente estudio participaron sólo gestantes de residentes estrato socioeconómico bajo y se observa que la pobreza y las condiciones socioeconómicas desfavorables aumentan significativamente el riesgo de presentar síntomas depresivos con importancia o reunir criterios para un trastorno depresivo mayor (13, 29).

Noble sostiene que la prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica puede alcanzar un 35% en mujeres gestantes de algunos grupos poblacionales. Sin embargo, la prevalencia de trastorno depresivo mayor no es superior al 10%, es decir, similar a la que se observa en mujeres en edad fértil no embarazadas (2). Kessler afirma que

los cambios hormonales que se dan en las mujeres después de la pubertad, como el embarazo y el uso de anticoncepción oral, no incrementan en forma importante la prevalencia de trastorno depresivo mayor (30). Se necesitan la interacción de variables biológicas constitucionales predisponentes y variables medioambientales promotoras de la aparición de síntomas depresivos con importancia clínica, especialmente, para el trastorno depresivo mayor (5, 6, 31).

En relación con las variables asociadas estudiadas. En la presente investigación se encontró asociación significativa con el número de hijos y la filiación religiosa. En general, se acepta que la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica o de un episodio depresivo mayor se relaciona con menos años cumplidos, carecer con apoyo social o emocional (especial de una pareja), mayor número de hijos, primer o tercer trimestre del embarazo e historia de pérdidas de seres queridos (hijos o familiares) (2, 3, 13, 17, 18). Hasta la fecha, no se había informado la relación entre la filiación religiosa y síntomas depresivos con importancia clínica en mujeres gestantes. Es posible que las convicciones religiosas más arraigadas en mujeres cristianas no católicas generen sentimientos de culpa dado que la mayoría de los embarazos no fueron planeados y, probablemente, en algún momento de la gestación, no deseados (32). Los resultados de algunos estudios muestran que los niveles de espiritualidad, no necesariamente a la filiación, no se correlacionaban significativamente con las puntuaciones en síntomas depresivos en mujeres con embarazo normal (33). Asimismo, otros investigadores muestran que en mujeres la asistencia a servicios religiosos no se relaciona con la presencia de depresión a lo largo de la vida (34). Sin duda, es necesario investigar más esta variable en próximos estudios.

El uso de escala, como la escala de Edinburgh para depresión posparto, es una excelente opción para la identificación de posibles casos de depresión en consulta prenatal, en especial en poblaciones de alto riesgo (35). Sin embargo, el diagnóstico formal de depresión en mujeres embarazadas requiere una cuidadosa evaluación clínica dado que muchos de los síntomas usados como criterios se presentan con alta frecuencia en gestantes sin que tengan

una connotación patológica de trastorno mental (2, 22). En el mejor de los casos, es probable que al menos una de cada cuatro con puntuación por encima del punto de corte presente un episodio depresivo mayor como lo define la Asociación Psiquiátrica Americana (36).

Los síntomas depresivos por debajo del umbral pueden tener mayores implicaciones en las mujeres gestantes y los frutos del embarazo. Este grupo de mujeres presentan un riesgo incrementado para problemas obstétricos y dificultades en la crianza de los hijos que facilitan la presentación de conductas disruptivas en la infancia. Las gestantes con síntomas depresivos importantes muestran un riesgo mayor para presentar preeclampsia que las no deprimidas (37). Asimismo, los hijos de madres con síntomas depresivos durante el embarazo muestran menor peso al nacer y desarrollo fisiológico que aquellas sin depresión importante (38, 39). Esto sugiere que es necesario el tamizaje de síntomas depresivos en toda mujer gestante como parte formal de un control prenatal integral, como se sugiere para la evaluación general de toda persona adulta (40).

Esta investigación tiene algunas limitaciones: el muestreo no probabilístico, el diseño transversal que no permite determinar la dirección de las asociaciones, el tamaño relativamente pequeño de la muestra que incrementa el riesgo de un error tipo II y sólo se determinó la presencia de síntomas depresivos y no se precisó un diagnóstico formal de episodio depresivo mayor.

Se concluye que la prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica es alta en este grupo de mujeres gestantes de Cartagena, Colombia. El número de hijos y la afiliación religiosa incrementan el riesgo de presentar estos síntomas. Es necesario realizar más investigaciones con muestras probabilísticas de mujeres embarazadas residentes en todos los estratos socioeconómicos y que se realice un diagnóstico formal mediante el uso de entrevista clínica estructurada.

Agradecimientos

Esta investigación la financió la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena y el

Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia.

Referencias

1. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 251-5.
2. Noble RE. Depression in women. *Metabolism Clin Exp* 2005; 54 (Suppl. 1): 49-52.
3. Adewuya AO, Ola BA, Aloba OO, Dada AO, Fasoto OO. Prevalence and correlates of depression in late pregnancy among Nigerian women. *Depression Anxiety* 2007; 24: 15-21.
4. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.
5. Cadoret RJ, Winokur G, Langbehn D, Troughton E, Yates WR, Stewart MA. Depression spectrum disease, I: The role of gene-environment interaction. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 892-9.
6. Zubenko GS, Hughes HB, Stiffler JS, Zubenko WN, Kaplan BB. Genome survey for susceptibility loci for recurrent, early-onset major depression: results at 10cM resolution. *Am J Med Genet* 2002; 114: 413-22.
7. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Affect Dis* 2003; 74: 67-83.
8. Chaudron LH, Kitzman HJ, Peifer KL, Morrow S, Perez L, Newman MC. Prevalence of maternal depressive symptoms in low-income Hispanic women. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 418-23.
9. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychological correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Dis* 2000; 59: 31-40.
10. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323: 257-60.

11. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 251-5.
12. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15: 11-20.
13. Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, Helenius H, Piha J. Antenatal depression, substance dependency and social support. *J Affect Dis* 2001; 65: 9-17.
14. Espindola JG, Morales F, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgo en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 3: 179-86.
15. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35: 491-8.
16. Gordon TE, Cardone IA, Kim JJ, Gordon SM, Silver RK. Universal perinatal depression screening in an Academic Medical Center. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 342-7.
17. Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in Thai women during pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health* 2006; 131-8.
18. Lau Y, Keung DWF. Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Soc Sci Med* 2007; 64: 1802-11.
19. Lewinsohn PM, Solomon A, Seeley JR, Zeiss A. Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms. *J Abnorm Psychol* 2000; 109: 345-51.
20. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS. The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *Psychiatr Clin North Am* 2002; 25: 685-98.
21. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, Vera A. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2000; 38: 84-93.
22. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *Can Nurs* 2006; 102: 26-30.
23. Resolución 008430 por la cual se establecen la normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
24. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 50: 782-6.
25. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health* 1989; 79: 340-9.
26. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2nd edition. New York: John Wiley & Sons Inc; 2000.
27. Stata 9.0 for windows. College Station, TX: Stata Corporation; 2005.
28. Campo-Arias A, Ayola-Castillo C, Peinado-Valencia H, Amor-Parra M, Cogollo Z. Escala de Edinburgo para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstetr Ginecol* 2007; 58: 277-83.
29. Patel V, Araya R, de Lima R, Ludemir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 1999; 49: 1461-71.
30. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Dis* 2003; 74: 5-13.

31. Kendler KS, Prescott CA. A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 39-44.
32. Runkel G. Sexual morality of Christianity. *J Sex Marital Ther* 1998; 24: 103-22.
33. Dun LL, Shelton MM. Spiritual well-being, anxiety, and depression in antenatal women on bedrest. *Issues Ment Health Nurs* 2007; 28: 1235-46.
34. Maselko J, Buka S. Religious activity and lifetime prevalence of psychiatric disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 18-24.
35. Harvey ST, Pun PK. Analysis of positive Edinburgh depression scale referrals to a consultation liaison psychiatry service in a two-year period. *Int J Ment Health Nurs* 2007; 16: 161-7.
36. Langlotz CP. Fundamental measures of diagnostic examination performance: usefulness for clinical decision making and research. *Radiology* 2003; 228: 3-9.
37. Qiu C, Sanchez SE, Lam N, Garcia P, Williams MA. Associations of depression and depressive symptoms with preeclampsia: results from a Peruvian case-control study. *BMC Womens Health* 2007; 7: 15. doi:10.1186/1472-6874-7-15.
38. Jones NA, Field T, Fox NA, Davalos M, Lundy B, Hart S. Newborns of mothers with depressive symptoms are physiologically less developed. *Infant Behav Dev* 1998; 21: 537-41.
39. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115: 481-6.
40. Agency for Healthcare Research Quality. Guide to clinical preventive services, 2007. Rockville: Agency for Healthcare Research Quality, 2007. Disponible en: www.ahrq.gov/clinic/pocketdg.htm.