

Frecuencia de la depresión y factores de riesgo en Embarazadas atendidas en Centros de Salud de Ibarra, 2021

(Frequency of depression and risk factors in pregnant women treated at Ibarra Health Centers, 2021.)

Recibido: 09/2/2022 - Aceptado: 23/06/2023

Katherin Estefanía Benalcázar Vilatuña¹, Rodrigo Roberto Alvear Reascos², Lola Yesenia Acosta Vinueza³.

¹Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Código Postal 100105, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0001-8509-2431>
kebenalcazarv@utn.edu.ec

²Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Código Postal 100105, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0001-9354-6632>
rralvear@utn.edu.ec

³Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Código Postal 100105, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0001-5646-1832>
lyacosta@utn.edu.ec

Autor de correspondencia: Katherin Estefanía Benalcázar Vilatuña, Universidad Técnica del Norte, Yahuarcocha Autopista José Tobar y la Huerta, Ibarra, Ecuador, Código Postal 100105, kebenalcazarv@utn.edu.ec, 0989831180.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

DOI: <https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v9i2.638>

Resumen:

La depresión en el embarazo es una patología altamente prevalente a nivel mundial, sin embargo no se le ha dado la debida importancia, sabiendo que tiene consecuencias tanto en la madre como en el feto. El objetivo de este artículo es determinar la frecuencia de la depresión y los factores de riesgo en Embarazadas atendidas en Centros de Salud de Ibarra. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, y relacional de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 120 mujeres embarazadas incluidas mediante un muestreo no probabilístico. Para la recolección de datos se empleó un cuestionario que contenía datos psicosociales, clínicos y sociodemográficos, la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo y la Escala de APGAR familiar. Los resultados y conclusiones obtenidos de la población estudiada tienen una alta prevalencia de depresión en el embarazo con un porcentaje del 35%, lo que representa una frecuencia de 42 casos positivos de 120 gestantes estudiadas. Dentro de los factores socioeconómicos estudiados como factores de riesgo para desarrollar depresión durante el embarazo encontramos a gestantes mayores de 35 años, baja escolaridad, vivir en una población rural, el empleo inestable y desempleo. En cuanto a las características clínicas como factores de riesgo se presenta la multiparidad, antecedentes de aborto y complicaciones en el embarazo actual. En relación a los factores psicosociales se evidencia el consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes de depresión, no tener apoyo social o familiar, disfunción familiar moderada y severa, violencia intrafamiliar.

Palabras clave: Depresión, Embarazadas, Factores de riesgo.

Abstract:

Pressure in pregnancy is a highly prevalent pathology worldwide, however this pathology has not been given due importance, knowing that it has consequences for both the mother and the fetus. The objective of this article is to determine the frequency of depression and risk factors in pregnant women attended in Ibarra Health Centers. A quantitative, observational, and correlational cross-sectional study was carried out, the sample consisted of 120 pregnant women included through non-probabilistic sampling. For data collection, a questionnaire was used that contained psychosocial, clinical, and sociodemographic data, the Edinburgh Perinatal Depression Scale, and the family APGAR Scale. The results obtained are that the population studied has a high prevalence of depression in pregnancy with a percentage of 35%, which represents a frequency of 42 positive cases of 120 pregnant women studied. Among the socioeconomic factors studied as a possible risk factor for developing depression during pregnancy, we find pregnant women over 35 years of age, low schooling,

living in a rural population, unstable employment and unemployment. Regarding the clinical characteristics as possible risk factors, multiparity, history of abortion and complications in the current pregnancy are presented. In relation to psychosocial factors as possible risk factors, the consumption of psychoactive substances, a history of depression, not having social or family support, moderate and severe family dysfunction, and domestic violence are evident.

Keywords: Depression, Pregnant, Risk factors.

1. Introducción

Los trastornos del estado de ánimo son patologías de salud mental caracterizados por alteraciones emocionales consistentes en periodos prologados con tristeza excesiva, característica de la depresión mayor; o manía caracterizado por exaltación o euforia patología denominada trastorno del espectro bipolar (1).

La depresión mayor es una patología que causa incapacidad y necesita pronto tratamiento para evitar que los síntomas empeoren. además, es altamente prevalente a nivel mundial, esta patología en los últimos años ha ido en auge y de acuerdo a las investigaciones actuales en las mujeres su presentación es el doble con relación a los hombres (2), esto es debido a los cambios hormonales que en las mujeres se presentan, uno de estos cambios es el embarazo, ya que es una etapa de muchos cambios biológicos, psicológicos y sociales que incrementan su vulnerabilidad a enfermedades psiquiátricas (3). Por esto es considerada unos de los trastornos psiquiátricos más comunes que afecta a las mujeres durante el embarazo, según datos epidemiológicos registrado en algunas investigaciones en Sudamérica, se evidencia un 29% de depresión gestacional (3).

En algunas investigaciones realizadas por trimestres del embarazo en España revela que la prevalencia de depresión fue de 23,4% en el primer trimestre, 17% en el segundo trimestre y 21,4% en el tercer trimestre (4). En Medellín Colombia se registra 22,36% de esta patología (5). En Ecuador un estudio realizado en Azuay a adolescentes embarazadas se evidenció 82,5% de mínima depresión, 12,5% depresión leve, 5% depresión grave (6). Sin embargo a pesar de la alta prevalencia mostrada en investigaciones donde los síntomas depresivos durante el embarazo es igual o incluso mayor que en el post parto, además que la depresión en el embarazo es un factor de riesgo tanto materno como fetal. La depresión gestacional no ha recibido la debida importancia especialmente en países en desarrollo (7) (8).

En la depresión gestacional se ha identificado diversos factores de riesgo que con una adecuada anamnesis y examen físico podrían guiarnos a dar un diagnóstico oportuno de esta patología (9). Entre los cuales tenemos antecedentes de depresión, historia de violencia, edad temprana o adulta en el embarazo, consumo de sustancias psicoactivas, nivel socioeconómico bajo, desempleo, funcionalidad familiar, sin embargo existen factores de riesgo que tienen mayor influencia, que su presencia puede alertar sobre una posible depresión, estos factores son antecedentes de aborto, complicaciones en el embarazo actual, violencia, disfunción familiar y no tener apoyo social (10).

La importancia de estudiar esta patología se basa en las complicaciones maternas y fetales, teniendo consecuencias tanto en la salud física como mental, las complicaciones maternas analizadas son anhedonia, autoestima baja, consumo de alcohol y tabaco alteraciones en el sueño y apetito, ansiedad, hasta pensamientos suicidas (11), se ha visto que del 47% al 69% de los pacientes que presentan depresión presentan estos pensamientos (2), también se ha evidenciado que aumenta el riesgo de preclamsia, parto prematuro, cesárea, sangrado, abortos espontáneos (12).

En cuanto a las consecuencias en el recién nacido Apgar con baja puntuación, pequeño para la edad gestacional, deterioro en el neurodesarrollo fetal, irritabilidad, alteración del sueño, apego inseguro, disminución de las expresiones faciales, además que no solo tiene repercusiones a corto plazo, sino que también se ha visto que los escolares de madres que sufrieron depresión en el embarazo presentan mayor tendencia a conductas agresivas y dificultad para el aprendizaje (3) también en un estudio se encontró problemas de comunicación actualmente ubicado dentro del espectro autista (13).

Debido a las consecuencias que conlleva, además para tener una perspectiva actual de la depresión y sus factores de riesgo en la localidad se plantea como objetivo determinar la frecuencia de la depresión y factores de riesgo en embarazadas atendidas en Centros de Salud de Ibarra y así buscar acciones que apuntan a la detección temprana de los trastornos afectivos y las estrategias que orientan a que las pacientes conozcan de la importancia de la salud mental para sí mismas y sus familias, los posibles factores de riesgo y sus consecuencias.

2. Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, y relacional de corte transversal, en mujeres gestantes que acuden a control prenatal en las unidades de atención primaria de salud de la Ciudad de Ibarra. Las pacientes incluidas en la investigación

accedieron participar de forma voluntaria en el estudio, se excluyeron a las gestantes con alguna patología física o mental que impida contestar las preguntas.

La muestra estuvo conformada por 120 mujeres embarazadas incluidas mediante un muestreo no probabilístico de forma consecutiva a las gestantes que acudieron a control prenatal en tres Centros de Salud de Ibarra seleccionados por conveniencia en los meses de noviembre y diciembre

Para la recolección de datos se empleó un cuestionario que contenía datos psicosociales, donde se investigó la edad, estado civil, localidad, escolaridad, etnia, ocupación, datos clínicos se indagó sobre la edad gestacional, paridad, antecedentes de aborto, hijos vivos, complicaciones en el embarazo actual y datos sociodemográficos y se preguntó sobre el consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes de depresión, funcionalidad familiar, apoyo familiar o social, violencia intrafamiliar, planificación en el embarazo. La escala usada para determinar la depresión fue la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo y para evaluar la funcionalidad familia la Escala de APGAR familiar.

La Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo es un instrumento de tamizaje para depresión usado en el postparto y la gestación. Es una encuesta auto administrada desarrollada por Cox y colaboradores en 1987, consta de 10 preguntas con cuatro alternativas puntadas del 0 al 3 de acuerdo a la severidad de los síntomas. Para el post parto se recomienda ≥ 10 probable depresión posparto y en el embarazo con un corte de ≥ 13 probable depresión en el embarazo (14).

La Escala de APGAR familiar es un cuestionario que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar, consta de 5 elementos que evalúan diferentes funciones de la familia como adaptación, participación, gradiente de recursos, afectividad y capacidad resolutive, (nunca=0, siempre=4). Se ha validado en varias poblaciones latinoamericanas mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.7 y 0.8. En la puntuación los rangos fueron: función familiar normal, con puntuación de 18 a 20; disfunción familiar leve, entre 14 - 17; disfunción familiar moderada, entre 10 - 13 y disfunción familiar grave por debajo de 9 (15).

Los datos recolectados se procesaron en el programa SPSS versión 26.0. Se presenta cuadros de distribución de frecuencias y de asociación. Se utilizó la prueba de chi cuadrado (χ^2) y la prueba exacta de Fisher para el análisis binomial y buscar la fuerza de asociación entre las variables estudiadas se consideró estadísticamente significativo valor de $p < 0,05$, También se analizó la estimación de riesgo mediante Odds Ratio (OR) con un índice de confianza de 95% (IC 95%).

3. Resultados

La muestra estudiada estuvo constituida por 120 embarazadas; de estas pacientes 42 puntuaron 13 o más en la escala de Depresión Perinatal de Edimburgo, lo que representa una prevalencia de 35% de depresión en el embarazo.

Tabla 1. Frecuencia de la Depresión en mujeres embarazadas en centros de salud de Ibarra (2021).

Depresión en mujeres embarazadas				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	42	35,0	35,0	35,0
No	78	65,0	65,0	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Con respecto a las características sociodemográficas de las gestantes estudiadas, el 88,3% tenían entre 19 a 35 años, sin embargo, la prevalencia más alta de depresión está dentro de las gestantes mayores de 35 años con un porcentaje del 85,7%. La mayor parte de mujeres que participaron en el estudio, correspondieron al estado civil soltera con un 38,3%; el 69,2% viven en una población urbana, en cuanto a la escolaridad el 65% de las gestantes terminó la secundaria, el 85% se autodenominó como mestiza, y en cuanto a la ocupación, el 61,7% está en desempleo, teniendo una prevalencia más alta de depresión en gestantes que tienen desempleo y actividad económicamente inestable con 37,8% y 36,4% respectivamente.

En el análisis correlacional de las características sociodemográficas con la depresión, se evidenció que las variables de la edad con la depresión son dependientes una con la otra al ser (χ^2 , $p=0.015$), Lo que indica que, si existe influencia significativa de la edad con la depresión de las embarazadas, al evaluar el riesgo, se observó que las embarazadas que viven en una población rural tiene 1,4 (OR= 1,41; IC 95%) veces mayor de presentar depresión.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las gestantes de los Centros de Salud de Ibarra (2021).

	Depresión		No Depresión		Total		Chi cuadrado Test de Fisher Valor de p	Estimación de riesgo
	FR	%	FR	%	FR	%		
Edad								
<18 años	2	28,6	5	71,4	7	5,8	0,015	
19 a 35 años	34	32,1	72	67,9	106	88,3		
>35	6	85,7	1	14,3	7	5,8		
Estado Civil								
Soltera	13	28,3	33	71,7	46	38,3	0,53	
Casada	11	44	14	56	25	20,8		
Divorciada	2	50	2	50	4	3,3		
Unión libre	16	35,6	29	64,4	45	37,5		
Localidad								
Urbano	27	32,5	56	67,5	83	69,2	0,398	
Rural	15	40,5	22	59,5	37	30,8		1,41
Escolaridad								
Ninguna	1	100	0		1	0,8	0,29	
Primaria	6	50	6	50	12	10		
Secundaria	27	34,6	51	65,4	78	65		
Tercer o cuarto nivel	8	27,6	21	72,4	29	24,2		
Etnia								
Mestiza	34	33,3	68	66,7	102	85	0,608	
Indígena	3	42,9	4	57,1	7	5,8		
Afroecuatoriana	5	50	5	50	10	8,3		
Blanca	0	0	1	100	1	0,8		
Ocupación								
Actividad económica estable	6	25	18	75	24	20	0,513	
Empleo inestable	8	36,4	14	63,6	22	18,3		1,80
Desempleo	28	37,8	46	62,2	74	61,7		1,80

Con respecto a las características clínicas de las gestantes, el 65,7% se encontraba cursando el tercer trimestre de embarazo; en cuanto al número de gestaciones, el 65,8% son múltiparas, y esta característica se asoció a una prevalencia elevada de depresión con un porcentaje del 41,8%. En cuanto a los antecedentes de aborto, el 78,3% no tenía este antecedente, sin embargo, la prevalencia más alta de depresión se presentó en gestantes que si tenían antecedentes de aborto con un porcentaje del 53,8%, al relacionar con el número de hijos vivos, una mayor prevalencia de depresión tenían las gestantes con 2 y 3 o más hijos con un porcentaje del 52,2 y 42,9 respectivamente; con respecto a las complicaciones del embarazo actual el 53,5% de las gestantes presentan depresión gestacional.

En el análisis correlacional de las características clínicas con la depresión, se evidenció que las variables de la paridad con la depresión son dependientes entre sí (Fisher, $p=0,04$) lo que indica que existe influencia significativa de estas variables y al evaluar el riesgo se observó que las gestantes múltiparas tienen un riesgo 2,55 veces mayor de presentar depresión (OR= 2,55; IC 95%).

En cuanto a los antecedentes de aborto y depresión, se demostró que hay relación estadísticamente significativa (Fisher, $p= 0.03$) y al evaluar el riesgo, se evidenció que las embarazadas con antecedentes de aborto tienen un riesgo 2,75 veces mayor de presentar depresión en el embarazo. (OR= 2,75; IC 95%). Dentro de la relación de depresión y complicaciones en el embarazo actual se observó que existe relación de dependencia entre ellas (Fisher; $p= 0,003$) y al evaluar el riesgo, se evidencia que las gestantes que tienen problemas en el embarazo actual tienen un riesgo de 3,51 (OR= 3,51; IC 95%) veces mayor de presentar depresión.

Tabla 3. Características clínicas de las gestantes de los Centros de Salud de Ibarra (2021).

	Depresión		No Depresión		Total		Chi cuadrado Fisher Valor p	Estimación de riesgo
	FR	%	FR	%	FR	%		
Edad Gestacional								
Primer Trimestre	2	28,6	5	71,4	7	5,8	0,691	
Segundo Trimestre	14	31,1	31	68,9	45	37,5		
Tercer Trimestre	26	38,2	42	61,8	68	65,7		
Paridad								
Nulípara	9	22	32	78	41	34,2	0,04 *	
Múltipara	33	41,8	46	58,2	79	65,8		2,55
Aborto								
Si	14	53,8	12	46,2	26	21,7	0,03*	2,75
No	28	29,8	66	70,2	94	78,3		
Hijos vivos								
0	12	26,1	34	73,9	46	38,3	0,18	
1	15	34,1	29	65,9	44	36,7		
2	12	52,2	11	47,8	23	19,2		
3 o mas	3	42,9	4	57,1	7	5,8		
Complicaciones en el embarazo								
Si	23	53,5	20	46,5	43	35,8	0,003*	3,51
No	19	24,7	58	75,3	77	64,2		

*prueba exacta de Fisher

En las características psicosociales de las gestantes estudiadas, el 98,3% no consume ningún tipo de sustancias psicoactivas; el 85,8% no tiene antecedentes de depresión, sin embargo, la prevalencia más alta de depresión se presentó en gestantes con antecedentes con dicha patología con un 52,9%. En cuanto a la funcionalidad familiar la prevalencia más alta se presentó en gestantes con disfunción familiar moderada y severa con un porcentaje del 66,7% y 70,6% respectivamente. En relación del apoyo familiar o social se presentó mayor prevalencia de depresión con un 42,9% las gestantes que refieren no tener ningún tipo de apoyo. Con respecto a la violencia intrafamiliar, se encontró un 70% de depresión en las gestantes que refirieron ser víctimas de violencia intrafamiliar. En cuanto a la planificación del embarazo, el 60,8% de embarazos no fue planificado.

En el análisis correlacional de las características psicosociales con la depresión, se observó que las gestantes que consumen sustancias psicoactivas tienen un riesgo 1,87 veces mayor de desarrollar depresión (OR= 1,87; IC 95%). Con respecto a

las gestantes que tiene antecedentes de depresión, tienen un riesgo 2,38 mayor de desarrollar esta patología (OR=2,38; IC95%). Al analizar la funcionalidad familiar en relación con la depresión, se evidenció que estas variables son dependientes entre sí (χ^2 , $p=0.000$) lo que indica que existe relación significativa entre estas 2 variables. Las gestantes que refieren no tener apoyo tanto familiar como social tienen un riesgo de 1,9 veces mayor de presentar depresión (OR=1,9; IC 95%). Con respecto a la violencia intrafamiliar en relación con la depresión, se evidencia que estas variables son dependientes una con la otra (χ^2 , $p=0.032$), las gestantes que presentan violencia intrafamiliar tienen un riesgo 5 veces mayor de presentar depresión (OR=5; IC 95%).

Tabla 4. Características psicosociales de las gestantes Centros de Salud de Ibarra (2021).

	Depresión		No Depresión		Total		Chi cuadrado Fisher Valor p	Estimación de riesgo
	FR	%	FR	%	FR	%		
Consumo de sustancias Psicoactivas								
Si	1	50	1	50	2		1*	1,87
No	41	34,7	77	65,3	118			
Antecedentes de depresión								
Si	9	52,9	8	47,1	17		0,1	2,38
No	33	32	70	68	103			
Funcionalidad Familiar								
Buen funcionamiento familiar	9	17,6	42	82,4	51		0	
Disfunción familiar leve	11	29,7	26	70,3	37			
Disfunción familiar moderada	10	66,7	5	33,3	15			
Disfunción familiar severa	12	70,6	5	29,4	17			
Apoyo familiar o social								
Si	18	28,1	46	71,9	64		0,1 *	1,9
No	24	42,9	32	57,1	56			
Violencia intrafamiliar								
Si	7	70	3	30	10		0,032*	5
No	35	31,8	75	68,2	110			
Planificación del embarazo								
Si	21	44,7	26	55,3	47		0,082*	
No	21	28,8	52	71,2	73			

*prueba exacta de Fisher

4. Discusión

Al comparar los resultados de la presente investigación con diferentes autores, se encontraron características importantes que conlleva hacia una visión investigativa que preste la debida importancia del estudio psicológico de la mujer embarazada, ya que la población estudiada tiene una alta prevalencia de depresión en el embarazo con un porcentaje del 35%, al comparar con un estudio realizado en Bucaramanga y Florida donde se presentó una prevalencia del 25% aplicando la escala de depresión

de Edimburgo con puntaje >12 (16). Al comparar con un metaanálisis donde analizan 55 artículos se registran como resultado una prevalencia aproximada del 29% en Sudamérica (10). Además, Liselott y Inger, quienes investigaron la depresión en el embarazo y post parto concluyen que la depresión y la ansiedad parecen ser menos comunes después del parto que durante el embarazo con resultados de la depresión y/o la ansiedad prevalecieron en el 16,5 % de las madres posparto frente al 29,2% de embarazadas (8).

Dentro los factores socioeconómicos estudiados como una posible influencia para desarrollar depresión durante el embarazo encontramos la edad con mayor frecuencia en gestantes mayores de 35 años, encontrando resultados similares por un estudio realizado en Suecia en donde las embarazadas mayores de 35 años tiene más riesgo de depresión prenatal (7). Este factor de riesgo puede estar relacionado con cuestiones culturales ya que ser madre joven antes de los 35 años es lo esperado por la sociedad, además de las posibles complicaciones tanto maternas como del feto que conllevan; Por el contrario, un estudio realizado en Nigeria refiere que la edad materna más joven entre 15 y 20 años aumenta el riesgo de depresión en el embarazo (17).

La baja escolaridad, vivir en una población rural, el empleo inestable y desempleo aumentó la frecuencia de depresión en el embarazo, encontrando otros estudios con iguales resultados en donde la escolaridad inferior a básica y secundaria, depender económicamente de los familiares, desempleo, problemas con la pareja tiene asociación significativa con los síntomas depresivos perinatales (5) (18). Se puede deducir que dichas características se relaciona con un bajo nivel socioeconómico y las desventajas que con sigo lleva.

Existen características clínicas que se consideran como posibles factores de riesgo, tales como la multiparidad, antecedentes de aborto y complicaciones en el embarazo actual, donde hubo relación significativa entre estas variables y la depresión; presentando un riesgo aproximado de 3 veces mayor de presentar depresión en las mujeres multíparas y mujeres con antecedentes de aborto; además un riesgo aproximado de 4 veces más depresión en mujeres con complicaciones en el embarazo actual, esta investigación concuerda con los resultados de otros investigadores en donde la multiparidad (19) y mujeres con 2 hijos o más (7) se asocia con mayor riesgo de depresión prenatal y una posible explicación para esta relación, sería el cuidado, la crianza e incrementar un nuevo miembro más a la familia, lo que podría hacer más vulnerables a las gestantes de padecer depresión.

Además, varios estudios reportan que hay un aumento significativo de este trastorno del estado de ánimo en mujeres embarazadas con antecedentes de aborto (20) (21)

y mujeres con complicaciones en el embarazo actual (17) ya que estas condiciones son eventos estresantes con consecuencias negativas médicas y psicológicas.

En cuanto a las características psicosociales como posibles factores de riesgo se evidencia el consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes de depresión y la carencia de apoyo social o familiar ya que aumentan aproximadamente 2 veces más riesgo de presentar depresión, encontrando resultados similares en diferentes investigaciones en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas (17) (7), además algunos estudios en cuanto a antecedentes de depresión como riesgo de la patología en el embarazo sugieren que la asociación puede deberse a la vulnerabilidad que se ve incrementada por cambios en el estilo de vida y cambios físicos (7). Otra característica muy importante es el Apoyo tanto social como familiar donde en una investigación se concluye que el apoyo social es un amortiguador esencial contra la ansiedad y la depresión durante el embarazo (21).

también se evidenció una relación significativa de la depresión con la funcionalidad familiar presentando mayor frecuencia de depresión en embarazadas que presentan disfunción familiar moderada y severa; es así que en una investigación concluyen que la funcionalidad familiar debe considerarse como un objetivo clave para reducir la prevalencia de depresión perinatal (22). La violencia entra en un riesgo importante ya que aumenta 5 veces el riesgo de presentar depresión en el embarazo, encontrando datos similares en un estudio realizado en Egipto (23).

5. Conclusiones y recomendaciones

El embarazo es considerado como una etapa de vulnerabilidad, en la cual se presentan varios factores de riesgo para la mujer gestante, tanto para su salud física como su salud mental. La depresión gestacional en la población estudiada es alta representando el 35% de prevalencia y una frecuencia de 42 mujeres embarazadas de las 120 estudiadas.

Los factores de riesgo que se relacionan significativamente con la depresión en mujeres embarazadas son, en cuanto a los factores socioeconómicos gestantes mayores de 35 años, la baja escolaridad, vivir en una población rural, el empleo inestable y desempleo. Con respecto a las características clínicas, la multiparidad, antecedentes de aborto y complicaciones en el embarazo actual.

En cuanto a las características psicosociales el consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes de depresión y no tener apoyo social o familiar, disfunción familiar

moderada y severa, la violencia.

Se debería realizar más estudios acerca de la depresión en el embarazo, ya que es un problema que afecta significativamente el estado de salud de la madre y del producto en formación, además se requiere un esfuerzo social que conlleve la promoción y prevención de esta patología en este grupo de riesgo que son las embarazadas.

Bibliografía:

1 Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Quinta ed. Washington, DC London, England; 2013.

2 Piñar Sancho G, Suárez Brenes G, De La Cruz Villalobos N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Sociedad Medica de America. 2020 Diciembre ; 5(12) Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.610>.

3 Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2019 Julio ; 1(48) Disponible en:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>

4 Míguez MC VM. Prevalence of Depression during Pregnancy in Spanish Women: Trajectory and Risk Factors in Each Trimester. Int J Environ Res Public Health. 2021 Junio ; 18(13) Disponible en: doi: 10.3390/ijerph18136789.

5 Gaviria SL, Marle D. Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. elsevier. 2019 septiembre ; 48(3) Disponible en:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.09.002>.

6 Paucar Sánchez RC. Depresión y factores asociados en adolescentes embarazadas en el Cantón Santa Isabel. Universidad del Azuay Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educacion. 2019 .

7 De Vargas Nunes Col C, Freitas da Silveira M, Garcia Bassan D, Nets E, Wehrmeister FC, Barros FC, et al. Antenatal depressive symptoms among pregnant women: Evidence from a Southern Brazilian population-based cohort study. Elsevier. 2017 noviembre ; 209(140 -146) Disponible en: doi: 10.1016/j.jad.2016.11.031.

8 Liselott A, Sundstrom I, Wulff M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. obstetricia et Gineco-

logica. 2006; 85. Disponible en: doi: 10.1080/00016340600697652.

9 Míguez C, Vázquez B. Risk factors for antenatal depression: A review. *World Journal of Psychiatry*. 2021 junio ; 11(7). Disponible en doi: 10.5498/wjp.v11.i7.325.

10 Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2017 septiembre .

11 Serna-Arbeláez D, Terán-Cortés CY, Marcela VVA. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *scielo*. 2020 octubre; 19(5).

12 Christensen T, Videbech P. Graviditet og depression. *Ugeskrifet*. 2021 marzo ; 112(183).

13 Brachetti E, Ruperti E, Irigoyen S, Brito F. Efectos del Estrés Materno Intenso y Prolongado Durante el Embarazo y su Repercusión Sobre el Neurodesarrollo del Feto. *Revista Ecuatoriana de Neurología*. 2020; 29(1). Disponible en: doi: 10.46997/revecuatneurol29200023.

14 Jadresic ME. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Elselvier*. 2014 noviembre ; 25(6). Disponible en: DOI:10.1016/S0716-8640(14)70651-0.

15 Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *scielo*. 2014 ; 20(1). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010.

16 Osma-Zambrano E, Lozano-Osma D, Mojica-Perilla M, Redondo-Rodríguez S. Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). *Med Unab*. 2019 Agosto Noviembre ; 22(2).

17 Thompson O, Ajayi I. Prevalence of Antenatal Depression and Associated Risk Factors among Pregnant Women Attending Antenatal Clinics in Abeokuta North Local Government Area, Nigeria. *Himdawi*. 2016 Agosto ; 2016(ID de artículo 4518979).

18 Mesa EG, kabukcuoglu k, Körükcu O, blasco m, Ibrahim N, Kavas T. Cultural factors influencing antenatal depression: A cross-sectional study in a

cohort of Turkish and Spanish women at the beginning of the pregnancy. *El-selvier*. 2018 octubre; 238(páginas 256-260). Disponible en: doi: 10.1016/j.jad.2018.06.003.

19 Vaillancourt M, Victoria C, ídem B, Da Costa D. Parity and Psychosocial Risk Factors Increase the Risk of Depression During Pregnancy Among Recent Immigrant Women in Canada. *International Journal of Legal Medicine*. 2021 septiembre;(doi: 10.1007/s10903-021-01284-7).

20 Pregnancy after miscarriage in primiparae and multiparae: implications for women's psychological well-being. *J Reprod Infant Psychol*. 2021 Septiembre ; 39(4). Disponible en: doi: 10.1080/02646838.2020.1728524.

21 Qu J, Weng XL, Gao LL. Anxiety, depression and social support across pregnancy in women with a history of recurrent miscarriage: A prospective study. *Int J Nurs Pract*. 2021 octubre ; 25(5). Disponible en: doi: 10.1111/ijn.12997.

22 Huang Y, Liu Y, Yu W, Liu D. Family function fully mediates the relationship between social support and perinatal depression in rural Southwest China. *BMC Psychiatry*. 2021 Marzo ; 1(21). Disponible en: doi: 10.1186/s12888-021-03155-9.

23 Ghoneim HM EMATGWAA. Violence and depression among pregnant women in Egypt. *BMC Pregnancy Childbirth*.. 2021 julio ; 1(21). Disponible en: doi: 10.1186/s12884-021-03932-0.