



MedUNAB
ISSN: 0123-7047
ISSN: 2382-4603
medunab@unab.edu.co
Universidad Autónoma de Bucaramanga
Colombia

Osma-Zambrano, Sonia Esperanza; Lozano-Osma, María
Daniela; Mojica-Perilla, Mónica; Redondo-Rodríguez, Sol
Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en
gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia)
MedUNAB, vol. 22, núm. 2, 2019, -Noviembre, pp. 171-185
Universidad Autónoma de Bucaramanga
Colombia

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.3586>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71964730001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNAM
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia)

Prevalence of depression and anxiety, and associated variables among expectant mothers in Bucaramanga and Floridablanca (Santander, Colombia).

Prevalência de depressão e ansiedade, e variáveis associadas em gestantes de Bucaramanga e Floridablanca (Santander, Colômbia).

Sonia Esperanza Osma-Zambrano, MD., Esp.¹ , María Daniela Lozano-Osma, MD.² , Mónica Mojica-Perilla, Psi., MSc., PhD.³ , Sol Redondo-Rodríguez, Psi., MSa.⁴

1. Médica y cirujana, especialista en Ginecología y Obstetricia, magister en Epidemiología, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Santander, Colombia.
2. Médica, diplomado en Epidemiología Clínica de la Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Santander, Colombia.
3. Psicóloga, Magíster en educación, Doctora en Salud Pública, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Floridablanca, Santander, Colombia.
4. Psicóloga, Magíster en Consejería Psicológica. Member Canadian Counselling and Psychotherapy Association, Centre de Femmes, Montreal, Quebec, Canada.

Correspondencia: Sonia Esperanza Osma Zambrano. Médica y cirujana. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Magister en Epidemiología. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Universidad Industrial de Santander. Náutica, casa 14, Ruitoque Condominio. Floridablanca, Santander. E-mail: sosma3@unab.edu.co

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Artículo recibido: 05 de abril de 2019

Artículo aceptado: 31 de julio de 2019

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.3586>

RESUMEN

Introducción. La depresión y la ansiedad son frecuentes en mujeres en edad fértil y están asociadas a desenlaces perinatales adversos. Se desconoce la prevalencia en

Cómo citar.

Osma-Zambrano SE,
Lozano-Osma MD,
Mojica-Perilla M,
Redondo-Rodríguez S.
Prevalencia de depresión y
ansiedad y variables asociadas
en gestantes de Bucaramanga
y Floridablanca (Santander,
Colombia). MedUNAB.
2019;22(2):171-185.
doi:10.29375/0123-7047.3586

población colombiana de bajo riesgo obstétrico. Este estudio busca determinar la prevalencia de depresión y ansiedad gestacional, así como las variables asociadas en mujeres de Bucaramanga y Floridablanca (Santander).

Metodología. Estudio descriptivo transversal a partir de una encuesta y las escalas de Depresión Posnatal de Edimburgo, Autoevaluación de Ansiedad de Zung, APGAR familiar y Cuestionario de Apoyo Social Percibido. Se establecieron razones de prevalencia.

Resultados. En 244 gestantes con edad promedio de 24.8 años la prevalencia de depresión fue del 24.6 %, y de ansiedad del 25.8 %. La depresión está asociada con antecedentes familiares de depresión a razón de prevalencia (RP) de 2.0; presencia de ansiedad a RP de 22.5, y consumo de alcohol a RP de 2.9. Como factor protector se encontró que la paciente tenía dos fuentes de ingresos (pareja y familia), a RP de 0.6. La ansiedad se asoció a presencia de depresión a RP de 13.3; la presencia de violencia psicológica a RP de 2.3, y no tener confianza en la pareja, a RP de 3.4.

Discusión: El estudio es uno de los primeros a nivel local. Permite un acercamiento a la depresión y la ansiedad durante el embarazo en población de bajo riesgo obstétrico, con hallazgos concordantes con los reportados en la literatura.

Conclusión. La ansiedad y la depresión están fuertemente asociadas. Se recomienda detectar la morbilidad psicosocial.

Palabras clave:

Embarazo; Depresión; Ansiedad; Prevalencia; Factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction. Depression and anxiety are common in women of childbearing age and are associated with adverse perinatal outcomes. The prevalence in Colombian population with low obstetric risk is unknown. This study seeks to determine the prevalence of depression and gestational anxiety, as well as the associated variables in women from Bucaramanga and Floridablanca (Santander).

Methodology. Descriptive cross-sectional study based on a survey and the scales of Edinburgh Postnatal Depression, Zung Anxiety Self-Assessment, Family APGAR and Perceived Social Support Questionnaire. Prevalence reasons were established.

Results. In 244 pregnant women with an average age of 24.8 years the prevalence of depression was 24.6%, and anxiety 25.8%. Depression is associated with a family history of depression at a prevalence rate (RP) of 2.0; presence of anxiety at RP of 22.5, and alcohol consumption at RP of 2.9. As a protective factor, it was found that the patient had two sources of income (couple and family), at RP of 0.6. Anxiety was associated with the presence of depression at RP of 13.3; the presence of psychological violence at RP of 2.3, and not having confidence in the couple, at RP of 3.4.

Discussion: The study is one of the first at the local level. It allows an approach to depression and anxiety during pregnancy in a population with low obstetric risk, with findings consistent with those reported in the literature.

Conclusion. Anxiety and depression are strongly associated. It is recommended to detect psychosocial morbidity.

Key words:

Pregnancy; Depression; Anxiety; Prevalence; Risk factor.

RESUMO

Introdução. Depressão e ansiedade são comuns em mulheres em idade fértil e estão associadas a resultados perinatais adversos. A prevalência na população colombiana com baixo risco obstétrico é desconhecida. Este estudo busca determinar a prevalência

de depressão e ansiedade gestacional, bem como as variáveis associadas em mulheres de Bucaramanga e Floridablanca (Santander).

Métodos. Estudio transversal descriptivo com base em uma pesquisa e nas escalas de Depressão Pós-natal de Edimburgo, Autoavaliação de Ansiedade de Zung, APGAR da Família e Questionário de Suporte Social Percebido. Razões de prevalência foram estabelecidas.

Resultados. Em 244 gestantes com idade média de 24,8 anos, a prevalência de depressão foi de 24,6% e a ansiedade de 25,8%. A depressão está associada a uma história familiar de depressão a uma taxa de prevalência (RP) de 2,0; presença de ansiedade na RP de 22,5 e consumo de álcool na RP de 2,9. Como fator protetor, verificou-se que o paciente possuía duas fontes de renda (casal e família), com RP de 0,6. A ansiedade foi associada à presença de depressão na RP de 13,3; presença de violência psicológica no RP de 2,3 e não ter confiança no casal, no RP de 3,4.

Discussão. O estudo é um dos primeiros no nível local. Permite uma abordagem da depressão e ansiedade durante a gravidez em uma população com baixo risco obstétrico, com achados consistentes com os relatados na literatura.

Conclusão. Ansiedade e depressão estão fortemente associadas. Recomenda-se detectar morbidade psicossocial.

Palavras-chave:

Gravidez; Depressão; Ansiedade Prevalência; Fatores de risco.

Introducción

El bienestar mental es considerado una prioridad mundial en materia de salud y desarrollo económico. Las Naciones Unidas incluyen el bienestar mental dentro de las prioridades a nivel mundial, recogidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (1). Desde 1990 hasta la actualidad, los trastornos depresivos y de ansiedad conforman las dos principales causas de discapacidad por trastornos mentales. Para el año 2017 los trastornos depresivos representaron el 5.0 % de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), siendo otro tanto, de 3.2 %, de los trastornos de ansiedad (2).

En el 2018, en Suramérica, la depresión continuó siendo la primera causa de discapacidad, explicó 7.8 % de los AVAD secundarios a trastornos mentales. Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia ocupan los cinco primeros lugares en cuanto al número de AVAD secundarios a depresión, y la población más afectada está entre los 15 y los 50 años (2,3).

De igual forma, los dos trastornos mentales más frecuentes en la población femenina durante la vida fértil son la depresión y la ansiedad (4). Las mujeres tienen el doble de riesgo que los hombres de presentar depresión (5) y en el embarazo es frecuente que aparezca el primer episodio depresivo o haya recurrencias. El segundo y el tercer trimestre del embarazo, así como el período de postparto son los momentos de mayor vulnerabilidad (6-8).

En los últimos años, el estudio de la fisiología y fisiopatología del embarazo ha permitido conocer biomarcadores hormonales, inmunológicos, bioquímicos e incluso genéticos que pueden explicar la susceptibilidad de la mujer en estado de gestación a los desórdenes mentales (4,9-11). La depresión es una enfermedad de comportamiento heterogéneo con perfiles sintomáticos variados y distintas trayectorias de síntomas (12,13)

Recientemente se ha despertado el interés de conocer el estado de los problemas de la salud mental perinatal, especialmente en los países en vía de desarrollo. Se han conducido estudios a pequeña escala en diversas poblaciones para determinar la prevalencia de depresión y ansiedad durante la gestación (14) y en el periodo postnatal (15,16). También se han sintetizado estimados en revisiones y metaanálisis (7,17-19), aunque estas cifras varían y en algunas ocasiones presentan errores metodológicos, por lo que en el momento de interpretar las cifras de prevalencia hay que considerar ciertos factores como el tipo de población estudiada, los criterios diagnósticos contemplados, la escala de medición usada, la forma de aplicación de la escala (autodiligenciada o realizada por personal capacitado) y el momento de la evaluación (embarazo, postparto y perinatal), entre otros. En estudios primarios se han reportado frecuencias estimadas hasta del 80 % de depresión menor y 4.9 % de depresión mayor (20), pero la cifra varía si se combinan ambas condiciones. En el 2005, una revisión sistemática con 26 estudios observacionales, estimó

una frecuencia global de trastornos depresivos de 8.5 – 11 % como valores más altos y de 3.1 - 4.9 % como valores más bajos, si se considera solamente depresión mayor (20). En otra revisión realizada por los mismos autores, al evaluar los casos en el embarazo y primer año postparto, la prevalencia de depresión mayor y menor durante el embarazo fue de 6.5 - 12.9 % (21).

Otra revisión sistemática, realizada en el 2012 en países de medianos y bajos recursos, evidenció el aumento en la prevalencia de depresión al 15.6 % (15.4-15.9). Igualmente se muestra que varía la cifra según la metodología de recolección de los datos, siendo del 13.4 % (12.4 - 14.5) cuando se usan escalas autoinformadas y del 21.7 % (19.8 - 23.0) cuando se confirma el diagnóstico con entrevista clínica estructurada (22).

La prevalencia de depresión durante el embarazo es variable de acuerdo a los diversos contextos. Se estima entre 7 – 20 % en los países de altos recursos y entre 35 – 45 % en los países de bajos recursos (23). En una revisión sistemática en el 2016 conformada por 51 estudios observacionales y en la que participaron 48,904 mujeres de 20 países de medianos y bajos recursos se encontró una prevalencia de depresión de 25.3 %, IC 95 % (21.4 - 29.6) (18). Así mismo, se encontró una frecuencia mayor en poblaciones vulnerables: adolescentes (26 %) (24), personas infectadas con VIH (47 %) (25) y minorías raciales o con inequidades sociales (26).

La comorbilidad más frecuentemente asociada con la depresión gestacional es la ansiedad. Hasta el 60 % de las mujeres con depresión durante el embarazo sufren también de ansiedad (17), por lo que el abordaje debe ser en conjunto (12). Los trastornos de ansiedad incluyen un grupo variado y relativamente heterogéneo de cuadros clínicos entre los que se encuentran el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobias sociales, estrés postraumático y trastornos obsesivo-compulsivos, lo que hace un poco más difícil su estudio y comparación (27).

En el 2016 se publicó un metaanálisis con 66 estudios que incluyó un total de 162,120 mujeres de 30 países. Dentro de los análisis, tomando 17 estudios y 25,592 mujeres, se estableció una prevalencia de síntomas de ansiedad antenatales y presencia de síntomas leves a severos de depresión del 9.5 %, IC 95 % (7.8 – 11.2). Con otros 17 estudios y 27,270 gestantes se estableció una frecuencia simultánea de síntomas de ansiedad y síntomas moderados a severos de depresión de 6.3 %, IC 95 % (4.8 – 7.7). Con datos de 10 estudios y 3,918 mujeres se estableció una prevalencia global estimada

para cualquier trastorno de ansiedad y depresión de 9.3 %, IC 95 % (4.0 – 14.7). Después, con datos de 3 estudios y 3,085 mujeres embarazadas para presencia concomitante de trastorno de ansiedad generalizado y depresión la prevalencia fue de 1.7 %, IC 95 % (0.2 – 3.1) (28).

Posteriormente, en el 2017, un metaanálisis realizado con 102 estudios y 221,974 mujeres de 34 países, estableció una prevalencia global para cualquier trastorno de ansiedad de 15.2 %, IC 95 % (9.0 – 21.4). La prevalencia aumenta si el registro de los síntomas es informado por la gestante, con porcentajes del 18.2 %, IC 95 % (13.6 – 22.8) en el primer trimestre, del 19.1 %, IC 95 % (15.9 – 22.4) en el segundo trimestre y del 24.6 %, IC 95 % (21.2 – 28.0) en el tercer trimestre. Específicamente, para el trastorno de ansiedad generalizado, la prevalencia fue del 4.1 %, IC 95 % (1.9 – 6.2) (29).

En las encuestas hechas en Colombia solo se cuenta con datos de prevalencia de depresión durante toda la vida en población femenina no embarazada. La prevalencia ha aumentado entre el 2003 y 2015. Para el 2003 se encontró una prevalencia global de depresión de 14,9 % y de ansiedad de 21.8 %. En la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, la prevalencia en mujeres entre 18 y 44 años, con presencia de cuatro a seis síntomas depresivos fue de 18.2 %, IC 95 % (16.8 - 20.8) y para ansiedad de 15.6 %, IC 95 % (14.3-17.0) (30).

En cuanto a la prevalencia de trastornos mentales en la población colombiana gestante, solo hay tres investigaciones: dos realizadas en Medellín y una en Barranquilla. La primera, desarrollada en el 2009 en Medellín en población adolescente, encontró una prevalencia de depresión del 32,8 % (31). La segunda, realizada en gestantes clasificadas de alto riesgo obstétrico que asistían a un centro de referencia, evidenció una prevalencia del 61,4 % de depresión y del 40,7 % de ansiedad (32). En el 2012, en un corte transversal con 151 gestantes asistentes a un hospital de segundo nivel de Barranquilla se encontró una prevalencia de depresión del 19.2 % (33).

El estudio y la atención médica de la depresión perinatal se inicia durante el embarazo y se extiende hasta un año postparto, ya que en este período del ciclo vital ocurren cambios biológicos y psicosociales que pueden traspasar las barreras de adaptación normal y termina desencadenando alteraciones psicológicas (10). Dado que la presencia de síntomas depresivos prenatales predice la ocurrencia de depresión postparto (34), se considera recomendable realizar el

tamizaje de este trastorno a partir del primer control prenatal (35).

Los factores de riesgo asociados a la presencia de depresión durante la gestación son variados (36). Factores sociodemográficos como privación socio-económica, baja escolaridad, estado civil; factores clínicos como historia personal de depresión (17,18), historia familiar de depresión y complicaciones relacionadas con el embarazo (37); o determinantes psicosociales como eventos estresantes en la vida (38 - 40), conflictos de pareja (22), embarazo no deseado, embarazo no planeado (40), pérdida de trabajo por parte de la pareja o de la gestante, experiencias negativas de vida recientes, escaso apoyo social percibido (26), pobre calidad en las relaciones, antecedentes de violencia (22,41,42) y disfunción marital (17). Igualmente, son diversos los determinantes que favorecen la ansiedad durante el embarazo, entre ellos la historia personal de trastornos mentales, presencia de depresión, multiparidad, inseguridad alimentaria (19), que el embarazo no haya sido deseado, o antecedentes de eventos estresantes. Por otro lado, percibir apoyo social disminuye las posibilidades de la gestante de sufrir de esta condición. En resumen, un historial de ansiedad o de depresión, especialmente durante el periodo gestacional, se considera como el principal factor de riesgo para un episodio depresivo en el periodo postparto y, por lo tanto, se enfatiza revisar los factores psicosociales, especialmente en poblaciones vulnerables (43,44)

Los efectos de la depresión y la ansiedad materna sobre el feto son múltiples, pero la mayor parte de la evidencia actual es débil y controversial (45). Se incluyen el bajo peso al nacer (46), parto prematuro (47), retraso en el crecimiento infantil, problemas emocionales y conductuales del niño y desarrollo cognitivo adverso, entre otros (45).

Ante el desconocimiento del estado de salud mental de las mujeres gestantes de Bucaramanga, se planteó realizar el presente estudio con el fin de conocer la prevalencia de depresión y ansiedad en el embarazo y determinar cuáles son las variables demográficas, psicosociales y clínicas asociadas a estas dos condiciones mentales.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal. La población objetivo estuvo constituida por gestantes residentes del Área Metropolitana de Bucaramanga que asistieron al servicio de control prenatal a

instituciones de primer o segundo nivel de atención. La muestra estuvo conformada por 244 mujeres seleccionadas bajo los siguientes criterios de inclusión: gestantes cursando cualquier trimestre de su embarazo, clasificadas de bajo riesgo obstétrico según la Escala de Hurtado & Herrera, con educación primaria completa y que accedieran participar de forma voluntaria en el estudio. No se plantearon criterios de exclusión. El muestreo fue no probabilístico, de manera consecutiva de gestantes que asistieron a control prenatal en cuatro centros de salud de Bucaramanga y Floridablanca, seleccionadas por conveniencia entre los meses de marzo y noviembre del 2014.

La batería de instrumentos aplicados estuvo conformada por un cuestionario que contenía datos psicosociales, clínicos y demográficos diseñado por los investigadores, producto de la fase de la revisión temática y la aplicación de cuatro escalas cortas de autoinforme: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, Escala de Zung para ansiedad, *APGAR* familiar y Cuestionario *DUKE-UNC* de Apoyo Social Percibido.

Son varias las escalas utilizadas para la detección de depresión perinatal dentro de las cuales se destaca la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. Una revisión sistemática elaborada con 25 estudios para evaluar las características operativas de la prueba estableció que la Escala de Edimburgo tiene buen rendimiento; con un punto de corte ≥ 9 para depresión. Se estimó una consistencia del 84 %, IC 95 % (71 - 87), sensibilidad del 94 %, IC 95 % (68 - 99) y especificidad del 77 %, IC 95 % (59 - 88) (48). Además, es una prueba bien aceptada por las mujeres (9), está traducida en varios idiomas incluido el español, está validada en Colombia (49) y es de muy fácil y rápida aplicación (18). Se consideró en el estudio presencia de depresión en las pacientes con puntajes de Edimburgo ≥ 12 .

La Escala de Ansiedad de Zung es un instrumento diseñado por Zung en 1971. Traducido y validado en Colombia en el 2009 en la población universitaria de medicina y psicología, encontrándose un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.7 (50). Posteriormente se ha utilizado en varias investigaciones nacionales y locales, en las que se han verificado las propiedades psicométricas y los resultados fueron comparables según sexo y edad. En el 2015 en población universitaria de Bucaramanga se observaron niveles de confiabilidad del 85 % y sensibilidad del 70 % (51). Esta escala está conformada por 20 afirmaciones con

escala de respuesta tipo *likert* (nunca=1, siempre=4), donde 5 de ellas están redactadas en afirmaciones negativas. Es fácil y rápido de aplicar, mide los niveles de ansiedad en las dos últimas semanas, basado en la puntuación en 4 grupos de manifestaciones: síntomas cognitivos, autónomos, motores y del sistema nervioso central. Las puntuaciones totales oscilan entre 20 y 80. En la investigación se consideró presencia de ansiedad en las pacientes con puntajes de Zung ≥ 40 .

El *APGAR* familiar es un cuestionario diseñado por el neurólogo Gabriel Smilkstein en 1978 que consta de cinco elementos con escala de respuesta *likert* (nunca=0, siempre=4). Se ha validado en varias poblaciones latinoamericanas mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.7 y 0.8. En el 2015, la confiabilidad del *APGAR* familiar en la población universitaria de Bucaramanga fue del 87 % y la sensibilidad del 67 % (51). Este instrumento mide en forma global el grado de funcionalidad familiar que percibe un individuo como miembro de la unidad familiar en un momento determinado. Se creó una variable ordinal, cuyos 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.

El cuestionario de *DUKE-UNC* es una escala autoadministrada diseñada por Broadhead en 1988 que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo *likert* (1 - 5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. Evalúa la percepción del entrevistado con respecto a la disponibilidad de personas capaces de ofrecerle ayuda ante las dificultades, las facilidades para la relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva. La puntuación es un reflejo del apoyo percibido: a menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32 . Una puntuación ≥ 32 indica un apoyo normal, mientras que < 32 indica un apoyo social percibido bajo. Además del apoyo global, el cuestionario permite discriminar entre apoyo emocional o afectivo (demostración de cariño y empatía) y apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas con las que puede comunicarse). Para el apoyo afectivo, se considera normal si es ≥ 15 puntos y bajo si es < 15 . Para el apoyo confidencial, es normal si es ≥ 18 y bajo si es < 18 . Utilizado en múltiples investigaciones regionales y nacionales y en diversas poblaciones (52). En la investigación se consideró el punto de corte de apoyo social funcional percibido de 32.

En relación con el análisis estadístico, inicialmente se desarrolló un análisis descriptivo mostrado en las **tablas 1, 2 y 3**. Posteriormente, en el análisis bivariado que midió la asociación cruda mediante la prueba chi cuadrado o prueba exacta de Fisher (categóricas) y *t-student* (continuas), entre cada una de las variables independientes y la variable dependiente dicotómica. En el análisis multivariado, la fuerza de asociación se estableció a través de una regresión *log binomial* con razón de prevalencia (RP) con su respectivo intervalo y nivel de significancia estadística (IC 95 %). Se construyó un modelo binomial para depresión y otro para ansiedad, debido a que la prevalencia de la enfermedad fue mayor al 10 % y porque se produce un estimado más cercano al riesgo relativo (53). Se seleccionaron las variables de mejor forma funcional que con sus respectivas significancias estadísticas permitieron seguir los criterios de Greenland (54); excluyendo variables que presentaron alta colinealidad, sesgos de información o que no fueron respondidas por el total de la población. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. El análisis estadístico se realizó usando Stata 14.

Con respecto a las consideraciones éticas, esta investigación fue un proyecto de la convocatoria interna de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, clasificada como de riesgo mínimo (55) que, además, cumple con todos los principios de ética de la investigación en salud (56), aprobada por los comités de ética de las instituciones participantes y por el de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Previamente a su participación, las mujeres firmaron el consentimiento informado por escrito.

Resultados

Las 244 gestantes estudiadas tenían una media de edad de 24.8 años (DE 5.3) y una media de 3.8 controles prenatales (DE 2). Solo 9 gestantes (el 3.7 %) estaban cursando el primer trimestre. El 98.3 % de las mujeres vivían en estrato uno, dos o tres; el 84.4 % habían cursado primaria y secundaria y solo el 22.1 % laboraban fuera del hogar. De las gestantes estudiadas, 60 puntuaron 12 o más en la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, lo que representa una prevalencia de 24.6 %, IC 95 % (19.1 - 30.3). El 96.7 % de este grupo se encontraba entre el segundo y tercer trimestre de su embarazo; el 63.3 % de estas gestantes no planeó su embarazo y el 40 % no lo deseaba; el 66 % presentaba ansiedad, el 58.3 % ha sido víctima de violencia verbal alguna vez en su vida, el 22.5 % víctima de violencia física y el 48.3 % de violencia psicológica. Con relación a los antecedentes de

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (2014).

	Depresión N:60	No depresión N:184	Chi cuadrado Fischer • <i>T student</i> ♦ Valor p	Ansiedad N: 63	No Ansiedad N:181	Chi cuadrado Fischer • <i>T student</i> ♦ Valor p
Prevalencia (%)	(24.6)	(75.4)		(25.8)	(74.2)	
Edad	24.8 (D4.6)	24.8 (D5.6)	0.9379 ♦	25.3 (D4.9)	24.6 (D5.4)	0.4144 ♦
E. gestacional	25.6 (D7.1)	27.1 (D8.3)	0.2280 ♦	27.0 (D6.9)	26.6 (D8.4)	0.7833 ♦
Trimestre						
Primero	2 (3.3)	7 (3.8)	0.205 0.200 •	2 (3.2)	7 (3.8)	0.761 0.808 •
Segundo	36 (60.0)	86 (46.7)		34 (53.9)	88 (48.6)	
Tercero	22 (36.6)	91 (49.5)		27 (42.8)	86 (47.5)	
Laboran						
Si	23 (38.3)	31 (16.8)	0.002	22 (34.9)	32 (17.6)	0.012
No	37 (61.6)	150 (81.5)	0.002 •	41 (65.1)	146 (80.6)	0.014 •
Seguridad Social						
Reg. Contributivo	2 (3.3)	10 (5.4)	0.825	3 (4.7)	9 (4.9)	0.577
Reg. Subsidiado	58 (96.6)	173 (94.0)	0.565 •	60 (95.2)	171 (94.5)	1
Tipo de trabajo						
Desempleada	37 (61.6)	153 (83.1)	0.002 0.002 •	41 (65.1)	149 (82.3)	0.038 0.030 •
Empleada	10 (16.6)	19 (10.3)		12 (19.1)	17 (9.3)	
Independiente	9 (15.0)	7 (3.8)		7 (11.1)	9 (4.9)	
No responde	4 (6.6)	5 (2.7)		3 (4.7)	6 (3.3)	
Fuente dinero						
No aplica	22 (36.6)	32 (17.4)	< 0.0010 < 0.0010 •	21 (33.3)	33 (18.2)	0.022 0.022 •
Pareja	10 (16.6)	13 (7.1)		7 (11.1)	16 (8.8)	
Algún	26 (43.3)	134 (72.8)		32 (50.7)	128 (70.7)	
familiar	2 (3.3)	5 (2.7)		3 (4.76)	4 (2.2)	
Desconocido						
Convivencia						
Sola con hijos	3 (5.0)		0.005 0.003 •			0.148 0.120 •
Con pareja e hijos	18 (30.0)	3 (1.6)		2 (3.1)	4 (2.2)	
		101 (54.8)		26 (41.2)	93 (51.3)	
Con sus padres y sus hijos	13 (21.6)	20 (10.8)		14 (22.2)	19 (10.5)	
		53 (28.8)		18 (28.5)	60 (33.1)	
Con su pareja y su familia	25 (41.6)					
Estado civil						
Soltera	20 (33.3)	21 (11.4)	0.001 0.001 •	14 (22.2)	27 (14.9)	0.516 0.549 •
Casada	5 (8.3)	28 (15.2)		7 (11.1)	26 (14.3)	
Unión libre	35 (58.3)	134 (72.8)		42 (66.6)	127 (70.1)	
Viuda	0 (0.0)	1 (0.5)		0 (0.0)	1 (0.5)	

D= Desviación estándar = Prueba exacta de Fischer ♦ = *T student*

Fuente: Elaborado por los autores.

Tabla 2. Características psicosociales de las gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (2014).

	Depresión	No depresión	Chi cuadrado Fischer • Valor p	Ansiedad	No Ansiedad	Chi cuadrado Fischer • Valor p
	N: 60	N:184		N: 63	N:181	
Presencia pareja						
No	12 (20.0)	9 (4.9)	0.001	9 (14.5)	12 (6.6)	0.056
Si	48 (80.0)	174 (95.1)	0.001•	53 (85.5)	169 (93.4)	0.068•
Satisfacción						
No	24 (40.0)	17 (9.2)	<0.001	21 (33.3)	20 (11.1)	<0.001
Si	36 (60.0)	167 (90.7)	<0.001•	42 (66.6)	161 (88.9)	<0.001•
Conflicto						
No	24 (40.0)	162 (88.1)	<0.001	36 (57.1)	162 (89.5)	<0.001
Si	36 (60.0)	22 (11.9)	<0.001•	27 (42.9)	19 (10.5)	<0.001•
Apoyo emocional						
No	28 (46.7)	25 (13.6)	<0.001	23 (36.5)	30 (16.6)	<0.001
Si	32 (53.3)	159 (86.4)	<0.001•	40 (63.5)	151 (83.4)	<0.001•
Confianza						
No	23 (38.3)	20 (10.9)	<0.001	21 (33.3)	22 (12.1)	<0.001
Si	37 (61.7)	164 (89.1)	<0.001•	42 (66.7)	159 (87.9)	<0.001•
Autoestima						
No	18 (30.0)	2 (1.1)	<0.001	16 (25.4)	4 (2.2)	<0.001
Si	42 (70.0)	182 (98.9)	<0.001•	47 (74.6)	177 (97.8)	<0.001•
S. Problemáticas						
No ha vivido	5 (8.3)	53 (28.8)		3 (4.7)	55 (30.4)	
P. Maritales	3 (5.0)	8 (4.3)		2 (3.2)	9 (4.9)	
P. familia, vecinos, amigos.	1 (1.6)	9 (4.8)		1 (1.6)	9 (4.9)	
P. Económicos	19 (31.6)	53 (28.8)	<0.001	25 (39.6)	47 (25.9)	<0.001
Duelos de familia	1 (1.6)	10 (5.4)	<0.001•	1 (1.5)	10 (5.5)	<0.001•
Pareja + SE	4 (6.6)	9 (4.8)		5 (7.9)	8 (4.4)	
Múltiples	26 (43.3)	22 (11.9)		21 (33.3)	27 (14.9)	
Violencia Verbal						
No	20 (33.3)	118 (64.1)	<0.001	22 (34.9)	116 (64.1)	<0.001
Si	40 (66.7)	66 (35.9)	<0.001•	41 (65.1)	65 (35.9)	<0.001•
Violencia física						
No	37 (61.7)	145 (78.8)	0.008	36 (57.1)	146 (80.7)	<0.001
Si	23 (38.3)	39 (21.2)	0.010•	27 (42.9)	35 (19.3)	<0.001•
Violencia Psicológica						
No	26 (43.3)	134 (72.8)	<0.001	26 (41.3)	134 (74.1)	<0.001
Si	34 (56.7)	50 (27.2)	<0.001•	37 (58.7)	47 (25.9)	<0.001•

• =Prueba exacta de Fischer

Fuente: Elaborado por los autores.

Tabla 3. Características clínicas de las gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (2014).

	Depresión N: 60	No depresión N:184	Chi cuadrado Fischer Valor p	Ansiedad N: 63	No Ansiedad N:181	Chi cuadrado Fischer• Valor p
Planeado						
Si	22 (36.6)	94 (51.1)	<0.001	23 (36.5)	93 (51.3)	0.042
No	38 (63.3)	90 (48.9)	<0.001•	40 (63.5)	88 (48.6)	0.056•
Deseado						
Si	38 (56.6)	135 (73.4)	0.005	38 (60.3)	131 (72.4)	0.019
No	23 (40.0)	49 (26.6)	0.007•	23 (36.5)	50 (27.6)	0.022•
Desconoce	2 (3.3)					
A. Personal						
Depresión						
No	24 (40.0)	151 (82.1)	<0.001	27 (42.9)	148 (81.8)	<0.001
Si	36 (60.0)	31 (16.8)	<0.001•	36 (57.1)	31 (17.1)	<0.001•
Desconoce	0 (0.0)	2 (1.1)		0 (0.0)	2 (1.1)	
Consumo alcohol						
No	44 (73.3)	166 (90.2)	0.002	47 (74.6)	163 (90.1)	0.004
Si	16 (26.7)	17 (9.3)	0.002•	15 (23.8)	18 (9.9)	0.003•
Consumo drogas						
No	58 (96.7)	182 (98.9)	0.201	61 (96.4)	179 (98.9)	0.225
Si	28 (3.3)	1 (0.5)	0.254•	1 (1.6)	2 (1.1)	0.381•
Apgar familiar						
F. Buena	17 (28.3)	82 (44.6)		21 (33.3)	78 (43.1)	
D. Leve	14 (23.3)	53 (28.8)	0.009	16 (25.4)	51 (28.1)	0.142
D. Moderada	13 (21.7)	28 (15.2)	0.011•	11 (17.4)	30 (16.5)	0.155•
D. Severa	16 (26.7)	21 (11.4)		15 (23.8)	22 (12.1)	

• =Prueba exacta de Fischer

Fuente: Elaborado por los autores.

depresión, el 33.3 % del grupo refiere antecedentes familiares de depresión y el 60 % refiere antecedentes personales. Un 26.7 % refiere consumo de alcohol durante el embarazo y dos mujeres de este grupo reportan consumo de sustancias psicoactivas. Cuarenta y tres de estas gestantes (71.7 %) presentan algún grado de disfuncionalidad familiar y, finalmente cuarenta y nueve (81.7 %) perciben un apoyo social adecuado. Solo 5 pacientes, que corresponden al 1% de la población estudiada, dijeron no tener apoyo confidencial ($DUKE < 18$). Todo lo anterior se aprecia en las **tablas 1, 2 y 3**.

En el análisis bivariado, los principales factores de riesgo y protectores asociados a la depresión fueron: estar laborando, contar con más de una fuente de ingresos, la presencia de pareja, estar satisfecha y tener estabilidad en la relación de pareja, presencia de conflictos con pareja, contar con apoyo emocional de la pareja, tener confianza con su cónyuge, tener autoestima, antecedente de presentar situaciones difíciles vivenciadas en el último año, ser víctima de violencia verbal, ser víctima de violencia psicológica y tener antecedentes personales de depresión ($p < 0.001$). Por otro lado, en el análisis multivariado

mediante regresión *log binomial* se encontró que tener el antecedente familiar de depresión en primer o segundo grado aumenta al doble el riesgo de presentar depresión durante el embarazo a RP del 2.0, IC 95 % (1.1 - 3.7). Igualmente se encontró una asociación estadísticamente significativa con la presencia de ansiedad a RP de 22.5, IC 95 % (9.4 - 53.7) y con el consumo de alcohol RP de 2.9, IC 95 % (1.1 - 8.2). Así mismo, contar durante el embarazo con dos proveedores de ingresos (pareja y familia) disminuye un 40 % el riesgo de presentar o exacerbar depresión durante el embarazo a RP de 0.6, IC 95 % (0.4-0.8).

Para el caso de la ansiedad, la prevalencia en la muestra fue del 25.8 %, correspondiente a sesenta y tres mujeres. El 96.8 % de este grupo se encontraba entre el segundo y tercer trimestre de su embarazo; el 63.5 % de estas gestantes no planeó su embarazo y el 36.5 % no lo deseaba; el 58.7 % ha sido víctima de violencia verbal alguna vez en su vida, el 38.1 % víctima de violencia física y 52.4 % de violencia psicológica. Con relación a los antecedentes de depresión, el 28.6 % del grupo refiere antecedentes familiares y 57.1 % tiene antecedentes personales. Un 23.8 % refiere consumo de alcohol durante el embarazo y una mujer de este grupo reporta consumo de sustancias psicoactivas. Cuarenta y dos de estas gestantes (66.7 %) presentan algún grado de disfuncionalidad familiar; finalmente cincuenta y dos (82.5 %) perciben un apoyo social adecuado, como se observa en las **tablas 1, 2 y 3**.

Los principales factores protectores y de riesgo asociados a presencia de ansiedad durante el embarazo fueron: tener satisfacción en la relación de pareja, presencia de conflictos con la pareja, percibir estabilidad en la relación de pareja, tener apoyo emocional de la pareja, tener confianza en la pareja, presencia de autoestima, antecedentes de situaciones difíciles vivenciadas en el último año, ser víctima de violencia verbal y psicológica y referir el antecedente personales de depresión, pero en el análisis multivariado mediante regresión *log binomial* se encontró que la presencia de depresión aumenta 13 veces el riesgo de ansiedad durante el embarazo a RP de 13.3, IC 95 % (6.3 - 28.1). Igualmente se encontró una asociación positiva con la presencia de violencia psicológica a RP: 2.3, IC 95 % (1.1 - 4.8) y no tener confianza en su pareja a RP de 3.4, IC 95 % (1.5 - 8.2).

Discusión

La población estudiada tiene un perfil de riesgo elevado para presentar depresión y ansiedad durante el

embarazo. Se evidenció la presencia de ansiedad como la comorbilidad y factor predictor más frecuentemente asociado a depresión gestacional. Los factores asociados a la ansiedad durante el embarazo son principalmente de carácter psicosocial.

La prevalencia de depresión encontrada en la investigación, aproximadamente del 25 %, es alta y además consistente con algunas estimaciones internacionales recientes como un metaanálisis realizado en Etiopía, que incluyó 5 estudios nacionales, y en donde se determinó una prevalencia de depresión del 21.2 % (57). Este país del cuerno africano tiene un índice de desarrollo humano (IDH) de 0,46, indicador mucho menor al de Colombia, que para el año 2017 fue de 0,74. Otro metaanálisis realizado en el 2016, que incluyó 51 estudios observacionales con 48,904 mujeres de 20 países de bajos y medianos recursos, estableció una prevalencia de depresión del 25.3 % (18). Estas prevalencias puntuales en población gestante colombiana son valoradas como altas, si las comparamos con las cifras de prevalencia en los últimos doce meses para cualquier trastorno del estado de ánimo y cualquier trastorno de ansiedad en población no gestante. Las cifras reportadas en el Estudio Nacional de Salud Mental en el 2015 fueron del 18.2 % (16.8 - 19.8) y del 15.6 % (14.3 - 17.0), respectivamente (30).

Al analizar el dato a nivel de estudios primarios, la prevalencia de depresión durante el embarazo en Bucaramanga y Floridablanca fue mayor a la encontrada en el estudio transversal nacional realizado en Barranquilla en el 2012. En este último, aplicando la Escala de Depresión de Edimburgo con puntaje > 13, la prevalencia fue del 19.2 % (22). De igual forma, fue mayor si la comparamos con otros estudios realizados en la población de México. (24,58). El primero, desarrollado en el servicio de consulta externa de perinatología en mujeres de entre 28 y 34 semanas de gestación evaluadas con la Escala de Depresión de Edimburgo a igual punto de corte, se encontró una frecuencia de 21,7 % (38) y el segundo estudio realizado en tres instituciones de Yucatán encontró una prevalencia de depresión gestacional de 16.6 % (39). Por otra parte, algunos estudios llevados a cabo en Lima (Perú) muestran prevalencias tan altas como del 34.1 % (27). Finalmente, las cifras tanto de depresión como de ansiedad fueron similares con las encontradas en un estudio italiano del 2012 con 590 mujeres de entre 28 y 32 semanas de embarazo, y utilizando un punto de corte menor (Edimburgo > 10), se estimó una prevalencia de depresión del 21.9 % y de ansiedad del 25.3 % utilizando la escala de STAI-Y (40).

Con relación a la presencia de probable ansiedad establecida en el estudio (25.8 %), el dato es muy similar al encontrado en el último metaanálisis del 2017, realizado con 102 estudios en gestantes de 34 países, donde se evidenció un aumento en los trastornos de ansiedad a medida que progresa el embarazo, siendo del 18.2 % en el primer trimestre, del 19.1 % en el segundo trimestre y del 24.6 % en el tercer trimestre (29)

En lo que a factores de riesgo se refiere, los resultados son consistentes con los reportados por la literatura que muestra el comportamiento epidemiológico de países de medianos y bajos recursos, especialmente en los que se evalúan determinantes psicosociales (17,45,57). El factor más fuertemente asociado a la depresión durante el embarazo fue la presencia de ansiedad a RP de 22.5, hallazgo establecido previamente en varias investigaciones. (17). Tener el antecedente familiar de depresión aumenta dos veces el riesgo de presentar probables síntomas depresivos durante la gestación y consumir alcohol lo aumenta casi tres veces. Apesar de que el consumo de alcohol es un determinante asociado con la presencia de trastornos mentales, son escasos los estudios observacionales que muestran la asociación en población gestante. En el Estudio Nacional de Salud Mental (2003) se evidenció especialmente la asociación entre depresión y alcohol, pero en población masculina (59). Se determinó que tener mayores recursos económicos protege de la anterior condición a RP de 0.6. En otros estudios se ha medido la inseguridad alimentaria. En este estudio, en el análisis multivariado, no se encontró asociación con el antecedente personal de depresión, determinante considerado altamente predictor de depresión y ansiedad durante el embarazo y el posparto. Esta situación puede explicarse por la homogeneidad de la exposición entre los dos grupos de comparación.

Por tanto, las cifras de frecuencia de estos trastornos mentales varían dependiendo de la población, país, escala de medición utilizada, momento del embarazo evaluado y tipo de estudio. Igualmente, las medidas de asociación pueden estar sesgadas, dado que usualmente usan regresión logística al momento del análisis estadístico.

Las limitaciones de esta investigación derivan del tipo de diseño epidemiológico por ser un estudio transversal que evalúa, en un solo momento, tanto los factores de riesgo como los desenlaces estudiados. Los resultados deben considerarse exploratorios y no de causalidad. Adicionalmente, los casos de estas dos condiciones mentales se consideran probables dado

que no se confirmaron mediante una entrevista clínica estructurada.

La identificación temprana de síntomas de depresión y ansiedad en las mujeres en estado de gestación puede facilitar un curso de acción que incluya estrategias de intervención oportunas, a fin de evitar serias consecuencias para las madres y sus hijos, pareja y familia (41). Por otra parte, conocer las variables asociadas permite generar programas de promoción y prevención en el área de salud mental en madres gestantes y puérperas. Para el desarrollo de dichas acciones, los actores del sistema de salud deben poseer información válida y confiable que les permita focalizar los esfuerzos en poblaciones de riesgo y diseñar estrategias acordes a la realidad.

Los anteriores resultados ponen en evidencia la necesidad urgente de implementar estrategias sanitarias que permitan la identificación temprana de poblaciones en riesgo, así como diseñar e implementar protocolos de tamizaje, diagnóstico y tratamiento de estos dos trastornos mentales durante el período perinatal. En este sentido, urge la necesidad de establecer políticas públicas de atención en salud mental con enfoque de género que sean sensibles a las vulnerabilidades biológicas, psicosociales y económicas que están asociadas a un deficiente estado de salud mental de la mujer.

El estudio es uno de los primeros a nivel local. Permite un acercamiento a la situación de la depresión y ansiedad durante el embarazo en población clasificada de bajo riesgo obstétrico. Además, se utilizaron las escalas de tamizaje más recomendadas a nivel internacional y validadas a nivel local. Adicionalmente se utilizó una metodología analítica acorde a la prevalencia del desenlace, que permite aproximar fiablemente la razón de prevalencias a un riesgo relativo. Cabe resaltar que estos estimados no son tan altos como los hallados en estudios que utilizan regresión logística.

Aunque el estudio permitió evidenciar la existencia de diferentes factores asociados tanto a la depresión como a la ansiedad, la mayoría de dichas variables son de carácter psicosocial y clínico. Por lo tanto, son fáciles de detectar durante la consulta prenatal. El estudio también invita a plantear prospecciones para especificar el verdadero efecto en el tiempo de cada una de estas variables.

Se requieren esfuerzos para incrementar la disponibilidad de programas que atiendan en forma integral las necesidades derivadas del cuidado de la

salud mental materna. Igualmente, es necesario desarrollar programas sencillos de intervención que se enfoquen en la reducción del estrés asociado a la maternidad y que puedan ser usados por aquellos profesionales de la salud que trabajan en atención primaria perinatal.

Conclusiones

La población gestante estudiada en Bucaramanga y Floridablanca tiene un perfil de riesgo elevado de depresión y ansiedad durante el embarazo. Se estimó una prevalencia alta, aproximadamente del 25 % para estos dos trastornos mentales. Estas cifras son similares a las encontradas en estudios realizados en contextos de bajos recursos. Para el desenlace de depresión se determinó que está asociada a factores clínicos como antecedentes familiares de depresión en primero o segundo grado, presencia de ansiedad y consumo de alcohol. El principal factor protector encontrado es el de tener dos proveedores o fuentes de ingresos económicos. La ansiedad se asoció a la presencia de depresión y determinantes psicosociales como la presencia de violencia psicológica y la carencia de confianza en la pareja.

Si bien el estudio presenta algunas limitaciones especialmente dadas por el tipo de diseño, se constituye como un importante referente para la realización de otros estudios a futuro. Es de destacar la necesidad de evaluar rutinariamente durante el control prenatal para determinar la presencia de depresión o ansiedad, como lo recomiendan muchas autoridades sanitarias internacionales y, de igual forma, se sugiere profundizar en la identificación de variables psicosociales, especialmente en poblaciones vulnerables o con un perfil de riesgo aumentado. Por último, a futuro se sugieren estudios que midan de forma prospectiva las diferentes variables de exposición que influyen con la presencia de depresión y ansiedad durante el embarazo, y con el tamaño de muestra necesario que permita determinar las estimaciones de un modelo multivariable predictivo.

Referencias

1. Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible. [Internet]. 2019 [citado el 27 de agosto del 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
2. Washington, U of. The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) Carga global de enfermedad (GBD). [Internet]. 2019 [citado el 27 de agosto del 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.healthdata.org/gbd>
3. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. [Internet]. 2018 [citado el 27 de agosto del 2019]. Recuperado a partir de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
4. Mathes BM, Morabito DM, Schmidt NB. Epidemiological and Clinical Gender Differences in OCD. *Curr Psychiatry Rep.* 2019; 21:36.
5. Eid RS, Gobinath AR, Galea LAM. Sex Differences in Depression: Insights from Clinical and Preclinical Studies. *Prog Neurobiol.* [Internet]. 2019 [citado el 27 de agosto del 2019]. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2019.01.006>
6. Parry BL, Newton RP. Chronobiological Basis of Female-Specific Mood Disorders. *Neuropsychopharmacology.* 2001;25(S5):102–8.
7. Okagbue HI, Adamu PI, Bishop SA, Oguntunde PE, Opanuga AA, Akhmetshin EM. Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy. *J Med Sci.* 2019;7(9):1555–60.
8. Buist A. Perinatal depression Assessment and management. *Aust Fam Physician.* 2006; 35(9):670–3.
9. Serati M, Redaelli M, Buoli M, Altamura AC. Perinatal Major Depression Biomarkers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders.* 2016:1–47.
10. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression- pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum Samantha Meltzer-Brody. *Dialogues Clin Neurosci.* 2011;13(1): 89–100.
11. Sparling TM, Nesbitt RC, Henschke N, Gabrysch S. Nutrients and perinatal depression: a systematic review. *J Nutr Sci.* 2017; 6:1–13.
12. Tan X, Salomon R, Hill C, Hill C. Heterogeneity in perinatal depression: how far have we come? A systematic review. *Arch Womens Ment Heal.* 2018;20(1):11–23.
13. Truijens SEM, Spek V, van Son MJM, Guid Oei S, Pop VJM. Different patterns of depressive symptoms during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 2017;20(4):539–46.
14. Rodríguez. K, May D, Carrillo M, Rosado L. Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2017;25(3):181–9.
15. Esquivel CA. Epidemiología de la depresión

- posnatal. *Salud(i) Ciencia* 20. [Internet]. 2014;378–81 [citado el 27 de agosto del 2019]. Recuperado a partir de: www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/128759
16. Ayele TA, Azale T, Alemu K, Abdissa Z, Mulat H, Fekadu A. Prevalence and Associated Factors of Antenatal Depression among Women Attending Antenatal Care Service at Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *PLoS One*. 2016;11(5):1–12.
 17. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(1):5–14.
 18. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(10):973–82.
 19. Heyningen T Van, Honikman S, Myer L, Onah MN, Tomlinson M, Project MH, et al. Prevalence and predictors of anxiety disorders amongst low-income pregnant women in urban South Africa: a cross sectional study. *Arch Womens Ment Heal*. 2018;20(6):765–75.
 20. B Gaynes, N Gavin, S Meltzer-Brody, K Lohr, T Swinson, G Gartlehner, et al. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. *Evid Rep Technol Eval*. 2005; 119:3–225.
 21. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-brody S, Gartlehner G, Swinson T. A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstet Gynecol*. 2005;106(5):1071–83.
 22. Fisher J, Mello C De, Patel V, Rahman A, Tran T, Holmes W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. 2012:139–49.
 23. Alhusen JL, Alvarez C. Perinatal depression: A clinical update. *Nurse Pract*. 2016;41(5):50–5.
 24. Delgado E, López A, Mariscal C, Hernández N, Orozco R. Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev MÉDICA MD*. [Internet]. 2015;6(4):237–41 [citado el 27 de agosto del 2019]. Recuperado a partir de: www.revistamedicamd.com
 25. Rochat TJ, Tomlinson M, Newell ML, Stein A. Detection of antenatal depression in rural HIV-affected populations with short and ultrashort versions of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*. 2013;16:401–10.
 26. Cankorur VS, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and the incidence and persistence of depression between antenatal and postnatal examinations in Turkey: a cohort study. *BMJ Open*. [Internet]. 2015; 5:6456 [citado el 27 de agosto del 2019]. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006456>
 27. Psiquiatría AA de. Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición.DSM-5. [Internet]. 2016 [citado el 27 de agosto del 2019]. Recuperado a partir de: <http://dsm.psychiatryonline.org/>.
 28. Falah-Hassani K1, Shiri R2 DC. The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2017;47(12):2041-2053.
 29. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;193(210):315–323.
 30. MINSALUD M de S y PS. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. [Internet]. Tomo I. 2015 [citado el 27 de agosto del 2019] p.384. Recuperado a partir de: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
 31. Bonilla O. Depresión y factores asociados en mejeeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia). 2009. Estudio de corte trasversal. *Rev Colomb Obs Ginecol*. 2010;61(3):207–13.
 32. Ricardo C. Álvarez C, Ocampo M, Tirado V. Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín (Colombia), entre enero y agosto de 2013. Factores asociados. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2015;66(2):94–102 [citado el 27 de agosto del 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195240441003>
 33. Borda M, Forero C, Cabarcas N, Hinestrosa C, Lobo S, Garavito M et al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). 394 *Salud Uninorte*. 2013;29(3):394–404.
 34. Robertson E. Grace S. Wallington T Et al. Review: Depression and anxiety during pregnancy are strong indicators of postpartum depression: Commentary. *Evid Based Ment Health*. 2004; 26:289–95.
 35. Thombs BD, Arthurs E, Coronado-Montoya S, Roseman M, Delisle VC, Leavens A, et al.

- Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: A systematic review. *J Psychosom Res.* [Internet]. 2014;76(6):433–46 [citado el 27 de agosto del 2019]. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.01.006>
36. Karmaliani R, Asad N, Bann CM, Goldenberg RL. Prevalence of Anxiety, Depression and Associated Factors among Pregnant Women of Hyderabad, Pakistan. *Int J Sociol psychiatry.* 2013;55(5):1–11.
37. Alder J, Fink N, Bitzer J, Ho I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Neonatal Med.* 2007;20(3):189–209.
38. Gaviria L. Artículos de revisión/actualización Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2006;35(2):210–24.
39. Frizzo GB. Stressful Life Events and Women's Mental Health During Pregnancy and Eventos de Vida Estressores e a Saúde Mental da Mulher na Gestação e no Puerpério Eventos de Vida Estresantes y Salud Mental de Mujeres Durante el Embarazo y el Postparto. *Paidéia.* 2017;27(66):1–9.
40. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, DET, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio 2008. *Rev Peru Epidemiol.* 2011; 14(3):1–8.
41. Rahman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy MT, et al. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2013;91(8):593–601.
42. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine.* 2013:1–16.
43. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal Depression: An Update and Overview. *Current Psychiatry Reports.* 2014: 1–6
44. Carter EA, Bond MJ, Wickham RE, Barrera AZ. Perinatal depression among a global sample of Spanish-speaking women: A sequential-process latent growth-curve analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2019 243:145–52 [citado el 18 de agosto del 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718304373>
45. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Heal.* 2019; 15:1–55.
46. Husain N, Cruickshank JK, Tomenson B, Khan S, Rahman A. Maternal depression and infant growth and development in British Pakistani women: A cohort study. *BMJ Open.* 2012; 2:1–6.
47. Li D, Liu L, Odouli R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: A prospective cohort study. *Hum Reprod.* 2009;24(1):146–53.
48. Gynecologists TAC of O and. Screening for perinatal depression [Internet]. Vol. 125. 2015. Recuperado a partir de: http://ac.els-cdn.com.ezproxy.welch.jhmi.edu/S1521693413001260/1-s2.0-S1521693413001260-main.pdf?_tid=0f1f1982-7e23-11e3-87a1-00000aabb0f02&acdnat=1389817659_a3c4514d2cb735cd673d6f927dc04aa0
49. Campo A, Ayola C, Peinado H, Amor-Parra M, Cogollo Z. Escala de Edimburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2007;58 [citado el 4 de enero del 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v58n4/v58n4a03.pdf>
50. Campo A. Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad * Colombia Médica El Manual de Clasificación Estadística Internacional. *Colomb Med* [Internet]. 2009; 40:71–7. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28340109>
51. Molina AB, Badillo MCC. Estudo psicométrico das escalas de depressão, ansiedade e funcionalidade familiar em estudantes da universidade industrial de Santander. *Acta Colomb Psicol.* 2017;20(1):232–41.
52. Casanova L, Rascón M, Alcantara H, Soriano A. Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Ment* 2014;37443-448. 2014;37(5):443–8.
53. Blizzard L, Hosmer W. Parameter Estimation and Goodness-of-Fit in Log Binomial Regression. *Biometrical J.* [Internet]. 2006 Feb 1 [citado el 31 de diciembre del 2018];48(1):5–22. Recuperado a partir de: <http://doi.wiley.com/10.1002/bimj.200410165>
54. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health.* [Internet]. 1989 [citado el 31 de diciembre del 2018];79(3):340–9. Recuperado a partir de:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2916724>
55. Colombia. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución No 008430 de 1993. 1993.
 56. Colombia. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución No 1995 de 1999. 1999.
 57. Ayano G, Tesfaw G, Shumet S. Prevalence and determinants of antenatal depression in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2019;14(2):1–17.
 58. Lara M, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, Almanza J, Morales F Juárez. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Ment* Vol. 2006;29(4):55–62.
 59. Ministerio de la Protección social. Colombia. ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL 2003. 2003;57.