



Depresión en las gestantes que reciben atención en el hospital ginecoobstétrico del MSP- Santa Rosa

Depression in pregnant women who receive care at the MSP- Santa Rosa gynecological-obstetric hospital

Depressão em gestantes atendidas no hospital gineco-obstétrico MSP- Santa Rosa

Lady Elizabeth Camacho-Salazar ^I

lcamacho2@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0003-8602-7238>

Hamilton Javier Jumbo-Calderón ^{II}

hjumbo2@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0003-5779-0832>

Ana Marina Vaca-Gallegos ^{III}

avaca@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-7834-5071>

Correspondencia: lcamacho2@utmachala.edu.ec

Ciencias de la Salud

Artículo de Investigación

* **Recibido:** 06 de mayo de 2024 * **Aceptado:** 17 de junio de 2024 * **Publicado:** 04 de julio de 2024

- I. Universidad Técnica de Machala, Ecuador.
- II. Universidad Técnica de Machala, Ecuador.
- III. Psicóloga clínica, Docente Universidad Técnica de Machala, Magíster en Terapia familiar sistémica y de pareja, Ecuador.

Resumen

La depresión es y constituye un importante problema de salud pública a nivel de Ecuador y el resto del mundo, cuyo proceso fisiopatológico se caracteriza por un cambio patológico del estado de ánimo, es decir, un estado de ánimo bajo en el que predominan más o menos los síntomas emocionales u otros. **Objetivo:** determinar el grado de depresión en gestantes que reciben atención en el Hospital Gineco Obstétrico del Ministerio de Salud Pública. **Materiales y métodos:** La presente investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo, con un estudio de tipo descriptivo, con corte transversal. Para la población se estimó las pacientes gestantes atendidas durante el tercer trimestre del año 2023 en el Hospital Obstétrico Ángela Loaiza Ollague, con una muestra de 150. **Resultados:** El 55,3% de las gestantes son primigestas, de este grupo se encontró que el 27,6% se sienten tristes gran parte del tiempo, el 20% no se sienten tristes, el 6,6% lo hacen todo el tiempo, y el 1,35% se sienten tan tristes e infelices que no lo soportan. **Conclusiones:** La depresión en el embarazo tiene un gran impacto, principalmente en pacientes de edad muy precoz, donde el cuerpo humano no está preparado física ni mentalmente. De esa forma, este estudio permitió concluir que la depresión tiene diversas causas o factores que influyen de forma determinante como la edad, la procedencia, el estado civil y la ocupación. A esto se suma, el embarazo no deseado que la mayoría de las pacientes presentan en base a la falta de planificación familiar.

Palabras Clave: Nivel de incidencia; depresión; embarazo.

Abstract

Depression is and constitutes an important public health problem in Ecuador and the rest of the world, whose pathophysiological process is characterized by a pathological change in mood, that is, a low mood in which more or less emotional or other symptoms. **Objective:** to determine depression in pregnant women receiving care at the Obstetric Gynecological Hospital of the Ministry of Public Health. **Materials and methods:** This research was carried out under a quantitative approach, with a descriptive, cross-sectional study. For the population, the pregnant patients treated during the third quarter of 2023 at the Ángela Loaiza Ollague Obstetric Hospital were estimated, with a sample of 150. **Results:** 55.3% of the pregnant women are primigravida, of this group it was found that the 27.6% feel sad much of the time, 20% do not feel sad, 6.6% do it all the time, and 1.35% feel so sad and unhappy that they cannot stand it. **Conclusions:** Depression

in pregnancy has a great impact, mainly in patients of very early age, where the human body is not prepared physically or mentally. In this way, this study allowed us to conclude that depression has various causes or factors that have a determining influence, such as age, origin, marital status and occupation. Added to this is the unwanted pregnancy that most patients present based on the lack of family planning.

Keywords: Incidence level; depression, pregnancy.

Resumo

A depressão é e constitui um importante problema de saúde pública no Equador e no resto do mundo, cujo processo fisiopatológico é caracterizado por uma alteração patológica do humor, ou seja, um humor deprimido em que há mais ou menos sintomas emocionais ou outros. Objetivo: determinar a depressão em gestantes atendidas no Hospital Ginecológico Obstétrico do Ministério da Saúde Pública. Materiais e métodos: Esta pesquisa foi realizada sob abordagem quantitativa, com estudo descritivo e transversal. Para a população foram estimadas as gestantes atendidas durante o terceiro trimestre de 2023 no Hospital Obstétrico Ángela Loaiza Ollague, com uma amostra de 150. Resultados: 55,3% das gestantes são primigestas, deste grupo constatou-se que 27,6 % sentem-se tristes a maior parte do tempo, 20% não se sentem tristes, 6,6% fazem isso o tempo todo e 1,35% sentem-se tão tristes e infelizes que não conseguem suportar. Conclusões: A depressão na gravidez tem grande impacto, principalmente em pacientes de idade muito precoce, onde o corpo humano não está preparado física ou mentalmente. Desta forma, este estudo permitiu-nos concluir que a depressão tem diversas causas ou fatores que têm influência determinante, como a idade, a origem, o estado civil e a ocupação. Soma-se a isso a gravidez indesejada que a maioria das pacientes apresenta por falta de planejamento familiar.

Palavras-chave: Nível de incidência; depressão, gravidez.

Introducción

La depresión es un importante problema de salud pública a nivel de Ecuador y el resto del mundo, cuyo proceso fisiopatológico se caracteriza por un cambio patológico del estado de ánimo, es decir, un estado de ánimo bajo en el que predominan más o menos los síntomas emocionales, además de los síntomas cognitivos, volitivos y somáticos (Lozoya-López *et al.*, 2022). En este contexto, la enfermedad debe ser considerada como un proceso biológico que involucra cambios estructurales

y funcionales, así como un proceso psicológico que causa dolor y ansiedad en la mujer embarazada (Paz, *et al.*, 2021).

Por tanto, muchas mujeres pueden quedar embarazadas durante un episodio depresivo o sufrir depresión durante el embarazo. Alrededor del 10% al 15% de las mujeres embarazadas sufren depresión posparto, la enfermedad mental más común en edad fértil. La incidencia es aún mayor en madres primerizas (12% a 25%) y puede llegar al 10%. en algunos grupos de alto riesgo, el 35% (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

Se estima que la prevalencia mundial de depresión durante el embarazo es de aprox. 11,9%, pero esta cifra varía considerablemente de un país a otro, por ejemplo, el valor ha sido del 46,8% en Tailandia, del 15,47% en Brasil y del 44% en Perú (Pariona, *et al.*, 2020). Por otro lado, en Ecuador, en ciudades como Cuenca y Quito, unas de las más importantes del Ecuador, un estudio realizado por el Hospital José Carrasco Artega del Instituto de Seguridad Social del Ecuador muestra que en 2021 se reportó la prevalencia a ser 34,3% (Herrera, *et al.*, 2022).

En este sentido, el riesgo de desarrollar depresión durante el embarazo es el doble que, en cualquier otra etapa de la vida, una de las razones son los grandes cambios fisiológicos, bioquímicos y hormonales que dificultan el diagnóstico de la depresión, ya que puede tener varias causas. Desde una perspectiva hormonal, el embarazo implica adaptaciones posparto que afectan los dominios cognitivo y emocional, así como otros sistemas implicados en el origen de la depresión posparto: la función tiroidea, la prolactina, el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y el eje suprarrenal (Santiago-Sanabria, *et al.*, 2023).

Algunas mujeres se preocupan demasiado por la salud del bebé e incluso piensan que son malas madres. En tales casos, se deben considerar primero las causas orgánicas de los síntomas, como el hipotiroidismo o la anemia, y se deben descartar en el diagnóstico de depresión (Loor *et al.*, 2021). Aunque los síntomas somáticos (como los trastornos del sueño y la fatiga) deben distinguirse de los cambios normales relacionados con el embarazo, los síntomas de depresión y ansiedad perinatales no son significativamente diferentes de las manifestaciones de infertilidad. Los principales factores de riesgo de depresión posparto son factores genéticos, enfermedades mentales previas (especialmente depresión durante el embarazo y falta de apoyo social) (Cantwell, 2021).

Como parte del diagnóstico y las consideraciones, las mujeres embarazadas deben ser examinadas en la primera visita prenatal y en la visita del último trimestre, en la visita de las 6 semanas y nuevamente en la última visita posparto por parte del médico de atención primaria que brinda

atención al paciente. Por otro lado, las clases de preparación para el parto, los controles prenatales, los controles posnatales y los controles mensuales de la salud del bebé proporcionan puntos de contacto convenientes para las madres antes y después del parto, lo que puede reducir la depresión (Van y Payne, 2020).

Con base en la evidencia de varios estudios, se considera esencial en su manejo y se recomiendan intervenciones psicológicas y psicosociales, que incluyen: intervenciones de visitas domiciliarias, programas educativos prenatales, prenatales y posnatales, terapias psicoeducativas, programas basados en terapia interpersonal y capacitación en masajes infantiles. Es posible reducir con éxito la frecuencia de los síntomas depresivos, pero esto es fundamental para un tratamiento integral (Sangsawang, *et al.*, 2020).

La salud mental es una condición que todos deben disfrutar y no debe descuidarse, sin mencionar los períodos prenatal y posnatal, dado que el embarazo y el parto suelen ser momentos críticos y especiales para el ajuste psicológico de la mujer, como pérdida de la libido y ansiedad del niño (De Jesús, *et al.*, 2023). Por ello, es importante estudiar la depresión en estas etapas de la vida, especialmente la morbilidad que afecta tanto a la madre como al niño, porque puede provocar cambios de humor y poner en peligro la vida tanto de la madre como del hijo (Goyes-Guerra, *et al.*, 2022).

Con estos criterios, este estudio se orienta en determinar el grado de depresión en las gestantes que reciben atención en el Hospital Gineco Obstétrico del Ministerio de Salud Pública.

Materiales y métodos

La presente investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo, con un estudio de tipo descriptivo, con corte transversal. Para la población se estimó las pacientes gestantes que se han atendido durante el tercer trimestre del año 2023 en el Hospital Obstétrico Ángela Loaiza Ollague, con un total de 1716. En ese contexto se estimó una muestra finita de 150 pacientes, bajo un muestreo no probabilístico, denominado por conveniencia, por la accesibilidad a la información que se consideró. Mientras tanto, los datos sociodemográficos responden a: edad, estado civil, ocupación y nivel de escolaridad. En cuanto a los métodos utilizados, fueron: observacional, analítico-sintético.

Para la técnica de recolección de datos se utilizaron dos escalas: Escala de Edimburgo y el Inventario de depresión de Beck, las mismas que fueron base para identificar si existe un índice de

depresión. Al mismo tiempo, se utilizó una encuesta elaborada y validada por un panel de expertos afines al tema, para describir características y causas de la depresión en las mujeres gestantes.

Mientras tanto, para el análisis estadístico se lo realizó con la organización y presentación de tablas simples, a partir del programa SPSS. En este punto, se desarrolló en base al El Test de la Q de Cochran donde se obtuvo un valor de 0.87 para las variables, que al ser mayor de 0.05 no demuestra diferencia significativa por lo que todas las variables son válidas y confiables.

Por otro lado, en los aspectos éticos legales, se solicitó a la gerencia del Hospital para el permiso respectivo de la aplicación de la encuesta, con la confidencialidad de los nombres y apellidos de las pacientes, siendo publicado únicamente los datos estadísticos.

Resultados

Tabla 1. Relación según la edad y sentimiento de culpa

Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente

| | | Sí, la mayor parte del tiempo | Sí, a veces | No con mucha frecuencia | No, nunca | Total |
|-----------------------|--------------|-------------------------------|-------------|-------------------------|-----------|-------|
| Grupos de edad | 15 - 24 | 7% | 13% | 7% | 26% | 53% |
| | 25 - 34 | 7% | 26% | 4% | 10% | 47% |
| | Total | 14% | 39% | 11% | 36% | 100% |

Autoría: Elaboración propia

Fuente: Pacientes gestantes Hospital Gineco-Obstétrico Ángela Loaiza de Ollague

En la tabla 1, hace referencia a la relación de la edad de las pacientes y la culpa que han sentido cuando las cosas han salido mal, y al interpretar se denota que la mayoría de ellas con el 47% se ubican entre los 25 y 34 años, de los cuales el 26% señalan que se echan la culpa a veces, mientras que el 10% nunca lo han hecho, el 7% la mayoría del tiempo, y el 4% no con mucha frecuencia. Mientras tanto, el 53% de los pacientes tienen entre 15 y 24 años, de donde el 26% nunca se ha culpado, pero el 13% sí lo ha hecho a veces, un 7% la mayoría del tiempo y otro 7% no con mucha frecuencia.

Tabla 2. Relación según el estado civil y el sentimiento de miedo sin motivo**He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo**

| | | Sí, bastante | Sí, a veces | No mucho | Nunca | Total |
|---------------------|-------------|-----------------|-------------|----------|-------|-------|
| Estado civil | Soltera | 0,7% | 6,7% | 2,7% | 13,3% | 23,3% |
| | Casada | 0,7% | 6,7% | 7,9% | 14,6% | 30% |
| | Unión libre | 0,7% | 27,3% | 2,7% | 14% | 44,7% |
| | Divorciada | 0,7% | 0,6% | 0% | 0% | 1,3% |
| | Viuda | 0,7% | 0% | 0% | 0% | 0,7% |
| Total | | 3,5 | 41,3% | 13,3% | 41,9% | 100% |

*Autoría: Elaboración propia**Fuente: Pacientes gestantes Hospital Gineco-Obstétrico Ángela Loaiza de Ollague*

En la tabla 2 se encuentran los resultados sobre el estado civil y su relación con el miedo que han sentido sin motivo alguno las pacientes en su estado de gestación, de donde se observa que el 44,7% de estas están en unión libre, y de ellas el 27,3% ha sentido miedo a veces, el 14% nunca lo ha sentido, el 2,7% no mucho, el 0,7% bastante. Mientras tanto, el 30% se encuentran casadas, y por su parte, el 14,6% nunca han sentido miedo sin motivo, el 7,9% no mucho, el 6,7% a veces, y el 0,7% bastante. Continuando, se interpreta un 23,3% que se encuentran solteras, y de estas, el 13,3% nunca han sentido miedo, el 6,7% a veces, el 2,7% no mucho, y el 0,7% han tenido bastante miedo sin motivo alguno. Un 1,3 % se encuentran divorciadas, de las cuales el 0,7 % han tenido bastante miedo y solo un 0,6 % lo han padecido a veces, al final, el 0,7 % de las pacientes son viudas y todas han tenido bastante miedo sin motivo.

Tabla 3. Relación según la ocupación y afrontamiento de las situaciones.**He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas**

| | | Tanto como siempre | No tanto ahora | Mucho menos ahora | No, nada | Total |
|------------------|-------------|--------------------------|-------------------|----------------------|----------|-------|
| Ocupación | Ama de casa | 24% | 25% | 3,5% | 1,3% | 53% |
| | Estudiante | 6% | 3,3 | 2,8% | 1,9% | 14% |
| | Empleado | 18% | 6% | 0,7% | 3,8% | 29% |
| | Desempleado | 1% | 0,7% | 0% | 2% | 4% |

| | | | | | |
|-------|-----|-----|----|----|------|
| Total | 49% | 35% | 7% | 9% | 100% |
|-------|-----|-----|----|----|------|

Autoría: Elaboración propia

Fuente: Pacientes gestantes Hospital Gineco-Obstétrico Ángela Loaiza de Ollague

En la tabla 3 se muestran los resultados sobre la ocupación y la capacidad de afrontar situaciones según muestras de alegría y percepción de las cosas, desde donde se analiza que la mayoría de los pacientes con el 53% son amas de casa, y de ellas, el 25 % no han podido reír y ver el lado divertido de las cosas en la actualidad, mientras que el 24 % sí lo hacen tanto como siempre, el 3,5% menos en la actualidad, y el 1,3 % no logran hacerlo. El 29 % de los pacientes son empleadas, y de estas, el 18 % lo han hecho tanto como siempre, el 6 % no tanto, el 3,8 % no lo hacen, y el 0,7 % mucho menos últimamente. Mientras tanto, el 14 % de los pacientes son estudiantes, de los cuales el 6 % son capaces de reír y ver el lado divertido, pero el 3,3 % últimamente no lo han hecho, el 2,8 % mucho menos y el 1,9 % no lo han hecho. Finalmente, el 4 % de las gestantes encuestadas están desempleadas, y de estas el 2 % no pueden reír ni ver el lado divertido, y solo el 1 % logra hacerlo.

Tabla 4. Relación según el número de gestas y el sentimiento de tristeza

| | | <i>Tristeza</i> | | | | Total |
|-------------------------|------------|---------------------|--|---------------------------------|--|-------|
| | | No me siento triste | Me siento triste gran parte del tiempo | Me siento triste todo el tiempo | Me siento triste o soy tan infeliz que no lo soporto | |
| Número de gestas | Primigesta | 20% | 27,3% | 6,6% | 1,35% | 55,3% |
| | Multigesta | 31,3% | 0,7% | 0,7% | 1,35% | 44% |
| | Añosas | 0,7% | 0% | 0% | 0% | 0,7% |
| Total | | 52% | 38% | 7,3% | 2,7% | 100% |

Autoría: Elaboración propia

Fuente: Pacientes gestantes Hospital Gineco-Obstétrico Ángela Loaiza de Ollague

En la tabla 4 se muestran los resultados sobre el número de gestas de los pacientes y el sentimiento de tristeza que padecen, donde el 55,3% de la mayoría son primigestas, y de estas el 27,6% se sienten tristes gran parte del tiempo, el 20% no lo hacen, el 6,66% lo hacen todo el tiempo, y el 1,35% lo hacen tan infelices que no lo soportan. El 44% son multigestas, y de ellas, el 31,3% no se

sienten tristes, pero el 1,35% se sienten muy tristes e infelices y no lo soportan, mientras que el 0,7% se sienten tristes todo el tiempo, y el 0,7% lo hacen gran parte del tiempo. Finalmente, el 0,7% son añosas, pero no se sienten tristes.

Tabla 5. Relación según la planificación del embarazo y su estado de confort

Las cosas me han estado abrumando

| | | La mayoría del tiempo | A veces no he podido hacer bien las cosas | La mayoría del tiempo he hecho bien las cosas | No he estado haciendo las cosas tan bien | Total |
|------------------------|----------------|-----------------------|---|---|--|-------|
| Su embarazo fue | Planificado | 2% | 11,3% | 4,6% | 13,3% | 31,3% |
| | No planificado | 2,7% | 31,4% | 11,3% | 23,4 | 68,7% |
| | Total | 4,7% | 42,7% | 15,9% | 36,7% | 100 |

Autoría: Elaboración propia

Fuente: Pacientes gestantes Hospital Gineco-Obstétrico Ángela Loaiza de Ollague

En la tabla 5 se menciona si los pacientes planificaron o no su embarazo y se sienten abrumadas durante el proceso, y la mayoría con el 68,7% no lo han planificado, y de ellas, el 31,4% manifiestan que a veces no pueden hacer las cosas bien durante su embarazo, el 23,4% refieren que no han hecho las cosas bien de forma absoluta, el 11,3% sí lo han hecho bien, y el 2,7% lo hacen bien la mayoría del tiempo. Finalmente, el 31,3% de las pacientes sí han planificado el embarazo, pero el 13,3% de ellas no logran hacer bien las cosas por que se sienten abrumadas, el 11,3% a veces no las pueden sobrellevar, el 4,6% sí pueden hacerlo, y el 2% siempre lo sobrellevan.

Tabla 6. Relación según los antecedentes familiares de depresión y la autovaloración de las pacientes.

Desvalorización

| | | No siento que no sea valioso | No me considero útil ni valioso | Me siento menos valioso al compararme | Siento que no valgo nada | Total |
|-----------|--|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------|
| SÍ | | 35,3% | 30% | 2% | 0,7% | 68% |

| | | | | | | |
|--|--------------|-------|-------|------|------|------|
| ¿Alguien de su familia ha presentado depresión o ansiedad? | No | 16% | 12,7% | 2,6% | 0,7% | 32% |
| | Total | 51,3% | 42,7% | 4,6% | 1,4% | 100% |

Autoría: Elaboración propia

Fuente: Pacientes gestantes Hospital Gineco-Obstétrico Ángela Loaiza de Ollague

Finalmente, en la tabla 6 se presentan los resultados sobre los antecedentes de depresión en los familiares de las pacientes y la valoración que ellas mismo se dan, donde la mayoría con el 68% refieren que sí tienen familiares que han padecido depresión o ansiedad, de las cuales, el 35,3% refieren que sí se sienten valiosas, pero el 30% no se consideran útiles ni valiosas, el 2% señalan que se sienten menos valiosas cuando se comparan con otros y el 0,7% sienten que no valen nada. Mientras tanto, el 32% de las pacientes no han tenido familiares con depresión o ansiedad, y el 16% de estas sí se sienten valiosas, pero se encuentra un 12,7% que no se consideran útiles ni valiosas, el 2,6% se sienten menos valiosas al compararse con otros, y un 0,7% sienten que no valen nada.

Discusión

Este estudio permitió evidenciar en primera instancia con relación a la edad de las pacientes y la culpa que han sentido cuando las cosas han salido mal, donde la mayoría de ellas con el 47% se ubican entre los 25 y 34 años, de los cuales un porcentaje considerable del 26% señalan que a veces sienten culpa, lo que denota una ponderación considerable de indicios de depresión. De analizarse, Balanta *et al* (2023) y Muñoz (2019) en sus estudios coinciden que la mayoría de las mujeres gestantes tienen entre 25 y 35 años, de lo que argumenta que la edad es un factor importante para una mejor comprensión de su embarazo y afrontamiento de los problemas que conlleva, por lo que se relaciona con el sentimiento de culpa de las diversas situaciones.

Otro aspecto importante es el estado civil y su relación con el miedo que sin motivo han sentido los pacientes en su estado de gestación, de donde se observa que el 44,7% están en unión libre, y de ellas el 27,3% ha sentido miedo a veces, el 14% nunca, el 2,7% no mucho, el 0,7% bastante.

Estos datos representan en sí un impacto notable del temor con el que viven las pacientes relacionándolo a sus relaciones interpersonales, en este caso el estado civil. Según *Miller et al (2023)* cuando las pacientes no tienen un estado civil estable y tienen conductas y sentimientos de temor sin causa alguna es una alta probabilidad de depresión, por lo que se debe trabajar precisamente sobre los factores que influyen.

Así mismo, en cuanto a la ocupación y la capacidad de afrontar las situaciones según las muestras de alegría y la percepción de las cosas, se puede analizar que la mayoría de las pacientes con el 53% son amas de casa, y de ellas, el 25% no han sido tan capaces de reír y ver el lado divertido de las cosas en la actualidad, mientras que el 24% sí lo hacen tanto como siempre, el 3,5% mucho menos en la actualidad, y el 1,3% no logran hacerlo. Este 25% representan una inclinación hacia la depresión durante en el embarazo, donde al ser amas de casa no tienen la oportunidad de exteriorizar con la sociedad de una forma más protagónica, lo que debilita su rol social e influye en su salud mental. Tal como lo menciona *Osborne et al (2021)* que la limitación de los roles sociales predispone a la depresión de las mujeres gestantes, puesto que, en su estudio, el 63% eran amas de casa y la mayoría con un índice alto de depresión.

Sobre el número de gestas de los pacientes y el sentimiento de tristeza que padecen, el 55,3 % de la mayoría son primigestas, y de estas el 27,6 % están tristes gran parte del tiempo, el 20 % no, el 6,6 % lo hacen todo el tiempo, y el 1,35 % están tan infelices que no lo soportan. En este caso, se denota una nula experiencia sobre el embarazo en la mayoría de los pacientes primeros, lo que puede influir en la tristeza que sienten gran parte del tiempo. Frente a esto, *Nisar et al (2020)* advierten que la iniciación del embarazo, con el papel social que le incumbe como maternidad, acompañado de posibles tensiones físicas, coloca a las mujeres en mayor riesgo de sufrir trastornos depresivos principalmente en el sentimiento de tristeza.

También hay que analizar si los pacientes planificaron o no su embarazo y si se sienten abrumadas durante el proceso, porque la mayoría con el 68,7% no lo han planificado, y de ellas, el 31,4% manifiestan que a veces no pueden hacer las cosas bien durante su embarazo. En tal sentido, la mayoría tienen un embarazo no deseado lo que a su vez delimita su compromiso y responsabilidad creando una atmósfera de a brumación, como el 31,4% que no han logrado hacer las cosas bien desde su gestación. Así mismo, *Gopalan et al (2022)* coinciden que los embarazos no deseados son causa de depresión generalmente en un 65% de los casos, sobre todo en las pacientes adolescentes.

Finalmente, sobre los antecedentes de depresión en los familiares de las pacientes y la valoración que ellas mismo se dan, se evidenció que la mayoría con el 68% refieren que sí tienen familiares que han padecido depresión o ansiedad, de las cuales, el 35,3% refieren que sí se sienten valiosas, pero el 30% no se consideran útiles ni valiosas, el 2% señalan que se sienten menos valiosas cuando se comparan con otros y el 0,7% sienten que no valen nada. Si se analiza, Dagher *et al* (2021) señalan que los antecedentes de depresión son muy determinantes para diagnosticarla en pacientes gestantes, que más del 62% de las pacientes depresivas tiene este antecedente e influye en la autoestima, al igual que lo determinado por Waqas *et al* (2023), quienes agregan que la depresión puede ser más influyente en las gestantes adolescentes con antecedentes de la misma.

Conclusiones

La depresión en el embarazo tiene un gran impacto, principalmente en pacientes de edad muy precoz, donde el cuerpo humano no está preparado física ni mentalmente. De esa forma, este estudio permitió concluir que la depresión tiene diversas causas o factores que influyen de forma determinante como la edad, la procedencia, el estado civil y la ocupación, lo que ha derivado en sentimientos de tristeza, de culpa y a brumación mental, por lo que es importante actuar frente a estas causas para mejorar el estado psicológico y mental.

De esta manera, la incidencia de depresión alcanza cifras muy significativas como el 27,6% que se sienten triste gran parte del tiempo, el 27,3% que han sentido miedo sin causa alguna, y el 26% que sienten culpa por las diversas situaciones que se presentan en el proceso del embarazo. Es importante subrayar también que el 68,7% no han planificado el embarazo, lo que deriva en un embarazo no deseado de la mayoría de las pacientes, lo que explica de hecho el impacto de los cuadros depresivos.

Por lo tanto, las mujeres gestantes tienden en gran medida a la depresión, lo que generalmente no ha sido un tema muy abordado, pero que resulta importante considerar para el planteamiento de soluciones y mejorar el estado de salud de las gestantes y procurar un mejor estado postparto.

Referencias

1. Balanta, L., Omedo, L., Ocoro, J., & Gaitán-Gómez, O. (2023). Factores de riesgo modificables en las mujeres embarazadas para el desarrollo de trastornos mentales: revisión integrativa. *Ciudarte*, 12(3), 7-8. <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2023.12.23.84887>
2. Bjorvang, R., Liakea, I., Carpentier, B., Kozinszky, Z., & Skálkidou, A. (2024). Asociación de Diabetes Mellitus en el Embarazo y Depresión Perinatal. *Psicosoma Med*, 86(1), 4. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001261>
3. Cantwell, R. (2021). Trastorno mental en el embarazo y el posparto temprano. *Anestesia*, 76(4). <https://doi.org/10.1111/anae.15424>
4. Dagher, R., Bruckheim, H., Colpe, L., Edwards, E., & White, D. (2021). Depresión perinatal: desafíos y oportunidades. *J Salud de la Mujer (Larchmt)*, 30(2), 4. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8862>
5. De Jesús, M., De Moraes, T., Da Silva, G., Borlina, B., & Clapis, M. (2023). Riesgo de depresión durante el embarazo en la atención prenatal de riesgo habitual. *Rev Lat Am Enfermagem*, 31(3). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6463.3962>
6. Dominiak, M., Antosik-Wojcinska, A., Baron, M., Mierzejewski, P., & Swiecicki, L. (2021). Recomendaciones para la prevención y tratamiento de la depresión posparto. *Ginekol Pol*, 92(2). <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0141>
7. Goyes-Guerra, M., Rosero-Ordóñez, S., & Flores-Brito, P. (2022). Prevalencia de depresión en el embarazo y puerperio. Diferencia entre multíparas. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud*, 6(1). <http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v6i1.1692>
8. Gopalan, P., Spada, M., Shenai, N., Brockman, Y., Keil, M., & Livingston, S. (2022). Depresión posparto: identificación del riesgo y acceso a la intervención. *Representante de psiquiatría de Curr*, 24(12), 5-6. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01392-7>
9. Herrera, E., Carriel, M., & García, A. (2022). Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto. *Vive Revista de Salud*, 5(15). <https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i15.179>
10. Hompoth, E., Galosi, N., Becsi, L., & Toreki, A. (2020). Cribado de depresión en la atención del embarazo. Resultados de la zona de Békéscsaba]. *Orv Hetil*, 161(10), 3-4. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31659>

11. Jiag, X., Li, H., Denglan, W., Shan, L., Wang, F., & Kang, Y. (2022). Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la depresión perinatal: un metanálisis. *Res. de psiquiatría*, 31(5), 4. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114916>
12. Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2). <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004>
13. Loor, N., Lobo, D., Quiroz, L., & Magallanezs, Y. (2021). Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión postparto por medio del Test de Edinburgh en el Hospital de Especialidades Mariana de Jesús en el periodo del 1 marzo al 15 abril del 2016. *Reciamuc*, 5(2). [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(2\).abril.2021.300-310](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.300-310)
14. Lozoya-López, N., Ruiz-Cervantes, E., & Carballo-Dominguez, C. (2022). Aptitud clínica del médico familiar ante la atención primaria de depresión en embarazadas. *Revista de Medicina e Investigación UAEMéx*, 10(2). ISSN: 2594-0600
15. Martínez-Paredes, J., & Jácome-Pérez, N. (2019). Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(1). <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>
16. Mateo, E., & Molgora, S. (2021). La depresión durante el embarazo "predice firmemente" la depresión posparto: ¿estamos engañando sin darnos cuenta a médicos e investigadores? *Trastorno del afecto J*, 20(2), 6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.041>
17. Miller, E., Saade, G., Simhan, H., Monk, C., Haas, D., Silver, R., Mercer, B., Parry, S., Wing, D., Reddy, U., & Grobman, W. (2023). Trayectorias de la depresión prenatal y resultados adversos del embarazo. *Soy J Obstet Gynecol*, 226(1), 2. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.07.007>
18. Muñoz, R. (2019). Prevenir la depresión en el embarazo para potenciar toda la salud mental. *Naturaleza*, 57(4), 6. <https://doi.org/10.1038/d41586-019-03226-8>
19. Nisar, A., Yin, J., Wagas, A., Bai, X., Wang, D., Rahman, A., & Li, X. (2020). Prevalencia de la depresión perinatal y sus determinantes en China continental: una revisión sistemática y un metanálisis. *Trastorno del afecto J*, 277(7), 2-3. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.046>
20. Osborne, L., Voegtline, K., Standeven, L., Puta, B., Pangtey, M., Hantsoo, L., & Payne, J. (2021). La alta preocupación durante el embarazo predice la depresión posparto. *Trastorno del afecto J*, 20(2), 5-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.009>

21. Pariona, E., Moquillaza, V., García, J., & Cuya, E. (2020). Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes atendidas en un centro materno infantil peruano, 2018. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(5). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000500494>
22. Paz, N., González, Y., Alonso, A., & Da Cuña, I. (2021). Efectos del ejercicio en la depresión durante el embarazo y el posparto. Una revisión sistemática. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 48(4). <https://doi.org/10.1016/j.gine.2021.100683>
23. Sangsawang, B., Wacharasin, C., & Sangsawang, N. (2020). Intervenciones para la prevención de la depresión posparto en madres adolescentes: una revisión sistemática. *Salud mental de Arch Women*, 22(2). <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0901-7>
24. Santiago-Sanabria, L., Ibarra-Gussi, P., Rendón-Macías, M., Treviño-Villareal, P., Islas-Tezpa, D., & Porrás-Ibarra, X. (2023). Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol Obstet Mex*, 91(4). <https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456>
25. Sidhu, G., Kaur, T., Kaur, P., Lal, D., & Sangha, N. (2019). Evaluación de la depresión periparto en mujeres. *Int J Appl Básico Med Res*, 9(4). https://doi.org/10.4103/ijabmr.IJABMR_23_19
26. Todhunter, L., Hogan, M., & Pressman, E. (2022). Complicaciones del embarazo en adolescentes. *Semin Reprod Med*, 40(2). <https://doi.org/10.1055/s-0041-1734020>
27. Tomfohr-Madsen, L., Racine, N., Giesbrecht, G., Lebel, C., & Madigan, S. (2021). Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Res*, 11(1). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113912>
28. Van, M., & Payne, J. (2020). Depresión perinatal: una revisión. *Revista de Medicina de la Clínica Cleveland*, 87(5). <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19054>
29. Waqas, A., Mahnoor, N., & Rahman, A. (2023). Explorando la heterogeneidad en la depresión perinatal: una revisión integral. *Psiquiatría BMC*, 23(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05121-z>
30. Wells, T. (2023). Depresión posparto: detección y tratamiento colaborativo. *Primer Cuidado*, 50(1). <https://doi.org/10.1016/j.pop.2022.10.011>

© 2024 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).