



1859



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

Depresión en mujeres embarazadas

Trabajo de Integración Curricular,
previo a la obtención del título de
Licenciada en Psicología Clínica

AUTORA:

Patricia Magaly Puchaicela Campos

DIRECTORA:

Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr.

Loja - Ecuador

2023

Certificación

Loja, 08 de noviembre de 2023

Licenciada en Psicología

Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Haber revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de la elaboración del trabajo de integración curricular: **“Depresión en mujeres embarazadas”**, de autoría de la estudiante: **Patricia Magaly Puchaicela Campos**, con cédula de identidad Nro. 1950018372; previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica; el mismo que cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho Trabajo de Integración Curricular se encuentra culminado y aprobado, por lo que autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.



Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Autoría

Autoría

Yo, **Patricia Magaly Puchaicela Campos**, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular, en el Repositorio Digital Institucional - Biblioteca Virtual.

Firma:



Autora: Patricia Magaly Puchaicela Campos

Cédula de Identidad: 1950018372

Fecha: 24-11-2023

Correo Electrónico: patricia.puchaicela@unl.edu.ec

Teléfono: 0990557974

Carta de autorización

Carta de Autorización por parte de la autora, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Integración Curricular.

Yo, **Patricia Magaly Puchaicela Campos**, declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Depresión en mujeres embarazadas**, como requisito para optar por el título de **Licenciada en Psicóloga Clínica**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para la constancia de esta autorización, suscribo, en la ciudad de Loja, a los veinticuatro días del mes de noviembre de dos mil veintitrés.

Firma:



Autora: Patricia Magaly Puchaicela Campos

Cédula de Identidad: 1950018372

Dirección: Av. Alonso de Mercadillo y 18 de noviembre- Loja- Ecuador

Correo Electrónico: patricia.puchaicela@unl.edu.ec

Teléfono o Celular: 0990557974

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora del Trabajo de Integración Curricular: Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr.

Dedicatoria

El presente Trabajo de Integración Curricular está dedicado principalmente a Dios, quien ha guiado mis pasos y sobre todo por el hecho de haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi compañía y motivación a cada instante.

A mis queridos padres Regina Campos y Jorge Puchaicela quienes han sido pilar fundamental, que desde siempre me ofrecieron cariño e instruyeron en mí buenos valores y por haberme apoyado incondicionalmente durante toda mi educación haciendo muchos esfuerzos para que mi persona tenga lo necesario, y de esta manera lograr mis metas, siendo esta una de ellas.

A mis hermanos Jasmany, Guisela, Rene y Hilario quienes, con ese amor fraternal, también me apoyaron durante todas las etapas de mi formación colaborando en el cumplimiento de mis objetivos, ya que siempre estuvieron animándome en cada momento.

A mis amigos/as Jennifer, Mariuxi, Odeivis y Jandry que conocí durante estos años de universidad y a los que se convirtieron en amigos, con quienes compartimos tantas experiencias que recordaré el resto de mi vida.

A mis docentes de la carrera, a mi demás familia y resto de amigos quienes incondicionalmente me apoyaron, los cuales han servido de ejemplo de fortaleza, perseverancia y valentía para alcanzar una meta más.

Patricia Magaly Puchaicela Campos

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de la Salud Humana y en especial a la carrera de Psicología Clínica, y a sus docentes, por su contribución en mi preparación como profesional y como persona a lo largo de estos cinco años de estudio.

A mi directora del Trabajo de Integración Curricular, la Psic. María Paula Torres Mgtr., a la docente de la materia la Psic. Karina Flores por su guía, apoyo, paciencia y tiempo brindado durante el desarrollo de este trabajo de integración curricular, y demás docentes; Mayra Medina, Gabriela Rojas, Cindy Cuenca, Ana Puertas y Marcos Sánchez por ser mis mejores docentes en mi formación.

Finalmente, mi familia, amigos y en especial a mis padres y hermanos los cuales siempre han estado presente brindando su apoyo en cada paso de mi camino, parte importante de alcanzar este logro.

Patricia Magaly Puchaicela Campos

Índice de contenidos

| | |
|---|------------|
| Portada | i |
| Certificación | ii |
| Autoría | iii |
| Carta de autorización | iv |
| Dedicatoria | v |
| Agradecimiento | vi |
| Índice de contenidos | vii |
| Índice de Tablas | |
| Índice de Anexos..... | |
| 1. Título | 1 |
| 2. Resumen | 2 |
| Abstract | |
| 3. Introducción | 4 |
| 4. Marco teórico | 6 |
| 4.1 Depresión en mujeres embarazadas | 6 |
| 4.1.1 <i>Definición de la depresión</i> | 6 |
| 4.1.2 <i>Definición del embarazo</i> | 6 |
| 4.1.3 <i>La depresión en el embarazo</i> | 6 |
| 4.2 Epidemiología de la depresión en el embarazo..... | 7 |
| 4.3 Características de la depresión durante el embarazo | 7 |
| 4.4 Causas de la depresión durante el embarazo..... | 8 |
| 4.5 Tipos de la depresión en el embarazo | 8 |
| 4.6 Grado de la depresión en el embarazo | 9 |
| 4.7 Diagnóstico de la depresión en el embarazo..... | 10 |
| 4.8 Prevención de la depresión en el embarazo | 12 |
| 4.9 Tratamiento de la depresión durante el embarazo | 13 |
| 5. Metodología | 17 |
| 5.1 Método de investigación: | 17 |
| 5.2 Enfoque y diseño de la investigación: | 17 |
| 5.3 Tipo de investigación: | 17 |
| 5.4 Población de investigación: | 17 |
| 5.5 Muestra de investigación: | 17 |
| 5.5.1 <i>Criterios de inclusión</i> | 18 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 5.5.2 | <i>Criterios de exclusión</i> | 18 |
| 5.6 | Técnicas e instrumentos empleados de la investigación:..... | 18 |
| 5.7 | Procedimiento de investigación: | 18 |
| 6. | Resultados | 20 |
| 7. | Discusión | 27 |
| 8. | Conclusiones | 29 |
| 9. | Recomendaciones | 30 |
| 10. | Bibliografía | 31 |
| 11. | Anexos | 35 |

Índice de Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Diagnóstico de episodio depresivo mayor según el DSM–V | 10 |
| Tabla 2. Diagnóstico de episodios depresivos según el CIE-10 | 11 |
| Tabla 3. Evidencia científica de la depresión en mujeres embarazadas de los países de Latinoamérica, en un periodo del 2016 al 2022..... | 20 |
| Tabla 4. Características de la población de mujeres embarazadas en los países de Latinoamérica. | 25 |
| Tabla 5. Prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas de los países de Latinoamérica, por el año de estudio. | 26 |
| Tabla 6. Prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas de los países de Latinoamérica, por país de estudio | 26 |

Índice de Anexos

| | |
|---|----|
| Anexo 1. Informe de estructura y coherencia..... | 35 |
| Anexo 2. Asignación de Director/a del trabajo de integración curricular..... | 36 |
| Anexo 4. Diagrama de flujo | 37 |
| Anexo 5. Características de la población de mujeres embarazadas | 38 |
| Anexo 6. Prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas por el año de cada estudio | 39 |
| Anexo 7. Prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas por el país de cada estudio | 40 |
| Anexo 8. Certificado del abstract | 41 |

1. Título

Depresión en mujeres embarazadas

2. Resumen

La depresión durante el embarazo puede afectar significativamente la salud de la madre y del hijo por nacer si este no es diagnosticado y tratado a tiempo debido a los cambios hormonales y a los factores ambientales que se experimentan en esta etapa. El presente trabajo de integración curricular tiene como objetivo general, determinar la evidencia científica de la depresión en mujeres embarazadas de los países de Latinoamérica, en un periodo del 2016 al 2022; se aplicó una metodología de enfoque cuantitativo, con corte longitudinal y de tipo documental a partir de la sistematización bibliográfica. La población de estudio estuvo compuesta por evidencia científica publicada en las bases de datos Redalyc, Dialnet, Google Scholar, Refseek, PubMed, BASE, SciELO, Medigraphic, DOAJ y ProQuest durante el periodo 2016 al 2022, a través de los criterios de selección la muestra se delimitó a 15 artículos científicos de los cuales se identificó que la mayoría de la evidencia científica corresponde a los países de México y Colombia en el año 2017; en mujeres embarazadas de 20 a 29 años de edad con el 75,57%; de estado civil casadas con el 47,64%; con un nivel de escolaridad prevalente de secundaria con el 72,47%; y un nivel socioeconómico de nivel medio con el 67%; encontrándose la prevalencia de la depresión en el año 2021 con el 63,64%, en el país de Chile con el 75%. Es evidente la existencia de producción científica sobre esta enfermedad mental, convirtiéndose en un precedente importante que permite a los profesionales de salud mental implementar estrategias de atención primaria y secundaria ante el desarrollo y mantenimiento de la presente patología.

Palabras clave: Episodio depresivo, Síntomas Depresivos, Gestación.

Abstract

Depression during pregnancy can significantly affect the health of the mother and her unborn child if it is not diagnosed and treated in time due to the hormonal changes and environmental factors experienced at this stage. The present curricular integration Project has as general objective to determine the scientific evidence of depression in pregnant women in Latin American countries, in a period from 2016 to 2022; A quantitative approach methodology was applied, with a longitudinal section and a documentary type based on bibliographic systematization. The study population was composed of scientific evidence published in the databases Redalyc, Dialnet, Google Scholar, Refseek, PubMed, BASE, SciELO, Medigraphic, DOAJ and ProQuest during the period 2016 to 2022, through the selection criteria the sample was delimited to 15 scientific articles of which it was identified that most of the scientific evidence corresponds to the countries of Mexico and Colombia in 2017; in pregnant women from 20 to 29 years of age with 75.57%; of married marital status with 47.64%; with a prevalent schooling level of high school with 72.47%; and a socioeconomic level of medium level with 67%; finding the prevalence of depression in the year 2021 with 63.64%, in the country of Chile with 75%. The existence of scientific production on this mental illness is evident, becoming an important precedent that allows mental health professionals to implement primary and secondary care strategies for the development and maintenance of this pathology.

Key words: Depressive episode, Depressive symptoms, Gestation.

3. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño, sensación de cansancio y falta de concentración (Domínguez y Urruela, 2018). Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, más de 300 millones de personas viven con depresión. Particularmente las mujeres son más propensas que los varones a presentar depresión (Ruiz et al., 2017). La depresión durante el embarazo puede afectar negativamente la salud de la madre y del hijo por nacer. Sin un tratamiento puede persistir posterior al nacimiento (Krauskopf y Valenzuela, 2020).

La depresión durante el embarazo parece ser más prevalente durante el tercer trimestre, con una incidencia de aproximadamente 20% en países en vías de desarrollo y entre un 10% y un 15% en países desarrollados (Araújo et al., 2016). Los estudios realizados en diferentes países de Latinoamérica, han encontrado diferentes prevalencias de depresión en mujeres embarazadas tales como: En Guatemala se detectó una prevalencia de depresión del 10.8%, siendo un 5.9% casos de depresión leve y un 4.9% de casos de depresión mayor durante el embarazo (Domínguez y Urruela, 2018). En Chile alrededor del 30% de las embarazadas sufre síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad (Enrique, 2014). En México se identificó la depresión durante el embarazo como un problema presente en las embarazadas con una prevalencia de 23.3% (Delgado et al., 2015). En la ciudad de Medellín - Colombia las adolescentes embarazadas, la prevalencia de depresión fue del 32.8%, mientras que en el grupo de estudiantes no embarazadas fue del 16.8% (Bonilla, 2010).

El embarazo se considera una crisis maduracional ya que pone en juego la estabilidad emocional de la mujer y su capacidad para adaptarse a tales demandas, además de que revive conflictos de fases psicológicas previas al embarazo (Delgado et al., 2015). En el embarazo, los factores asociados a la depresión son depresión previa, abandono o suspensión del tratamiento antidepressivo, adolescencia, menor escolaridad, nivel socioeconómico bajo, ser ama de casa, disfunción familiar, madre soltera, embarazo no deseado y falta de apoyo social (Ceballos et al., 2010). A partir de esto, la presente investigación se centra en responder la siguiente pregunta: ¿Cómo afecta la depresión a las mujeres embarazadas?

La depresión en mujeres embarazadas es un tema relevante en la sociedad, puesto que en la etapa prenatal del embarazo es donde se pueden experimentar dificultades tanto físicas

como psicológicas. La presente investigación tiene como propósito caracterizar la población e identificar la prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas, y de esta manera poder contribuir a la sociedad científica.

Por último, se realiza esta investigación con la finalidad de dar cumplimiento a un requisito fundamental, como es el trabajo de integración curricular, siguiendo las políticas de la institución pública educativa de la Universidad Nacional de Loja. Es por ello que la presente investigación se desarrolló a través del Objetivo general: “Determinar la evidencia científica de la depresión en mujeres embarazadas de los países de Latinoamérica, en un periodo del 2016 al 2022.”, el cual se subdividió en dos objetivos específicos los cuales son: Caracterizar la población de mujeres embarazadas en los países de Latinoamérica y finalmente identificar la prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas de los países de Latinoamérica.

4. Marco teórico

4.1 Depresión en mujeres embarazadas

4.1.1 Definición de la depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño, sensación de cansancio y falta de concentración (Domínguez y Urruela, 2018). Para Coryell (2021), la depresión es un sentimiento de tristeza y/o una disminución del interés o del placer en las actividades que se convierte en un trastorno cuando es lo suficientemente intensa como para interferir con el funcionamiento normal de la persona.

Así mismo, la depresión es actualmente la enfermedad mental más común durante el embarazo y postparto. Aproximadamente, una de cada cinco mujeres embarazadas experimenta depresión, pero la mayoría no se diagnostican o no son tratadas adecuadamente por depresión (Araújo et al., 2016).

4.1.2 Definición del embarazo

El embarazo es un estado que se asocia a cambios hemodinámicos, específicamente a expansión del volumen y aumento del gasto cardiaco, lo que en la cardiopatía subyacente en el embarazo puede originar una descompensación cardiaca y muerte del feto (Hall et al., 2011).

El embarazo también se considera una crisis maduracional ya que pone en juego la estabilidad emocional de la mujer y su capacidad para adaptarse a tales demandas, además de que revive conflictos de fases psicológicas previas al embarazo (Delgado et al., 2015).

4.1.3 La depresión en el embarazo

La depresión en el embarazo es un trastorno que se caracteriza por cambios del humor, ansiedad y tristeza, que puede originar desinterés por el embarazo y tener consecuencias para el bebé (2023). A si mismo la depresión durante el embarazo puede afectar negativamente la salud de la madre y del hijo por nacer (Krauskopf y Valenzuela, 2020).

Cebreros (2023), sugiere que la depresión durante el embarazo puede hacerlas sentir muy aislada, pero en realidad no están solas. Alrededor de una de cada 10 mujeres sufren depresión durante y después del embarazo. Y la cifra real podría ser mucho más alta porque muchas mujeres que padecen depresión no acuden a pedir ayuda.

La depresión en el embarazo es también una afección frecuente; no obstante, se presenta subregistro por la atribución de los síntomas a la gestación misma. Se recomienda el uso de antidepresivos como los inhibidores de la recaptación de serotonina, especialmente la fluoxetina, que no se ha relacionado con teratogenicidad, además de la implementación de tratamiento no farmacológico como psicoterapia, mindfulness y ejercicio aeróbico (Martínez y Jácome, 2019).

4.2 Epidemiología de la depresión en el embarazo

La depresión durante el embarazo parece ser más prevalente durante el tercer trimestre, con una incidencia de aproximadamente 20% en países en vías de desarrollo y entre un 10% y un 15% en países desarrollados. Los niveles de depresión son mayores en embarazos de alto riesgo (Araújo et al., 2016).

Los estudios realizados en diferentes países de Latinoamérica, han encontrado diferentes prevalencias de depresión en mujeres durante el embarazo tales como: En Guatemala se detectó una prevalencia de depresión del 10.8%, siendo un 5.9% casos de depresión leve y un 4.9% de casos de depresión mayor durante el embarazo (Domínguez y Urruela, 2018).

En Chile alrededor del 30% de las mujeres embarazadas sufren síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad (Enrique, 2014). En México se identificó la depresión durante el embarazo como un problema presente en las embarazadas con una prevalencia de 23.3% (Delgado et al., 2015). En Colombia las adolescentes embarazadas, la prevalencia de depresión fue del 32.8%, mientras que en el grupo de estudiantes no embarazadas fue del 16.8% (Bonilla, 2010).

4.3 Características de la depresión durante el embarazo

Para Psonríe (2022), los síntomas que pueden indicar la presencia de depresión durante el embarazo son:

- Baja respuesta ante el consuelo.
- Mucha ansiedad al hablar del bebé.
- Beber alcohol, fumar o usar drogas ilícitas.
- Pensamientos suicidas.
- Imposibilidad de sentirse en un ambiente placentero con las actividades divertidas.

- Autoestima baja, sentimiento de no estar preparada para el rol de madre.
- Cumplir vagamente con el cuidado prenatal del bebe.
- Aumento deficiente del peso, como consecuencia de alguna dieta inadecuada.
- Los episodios de depresión en la mujer embarazada, mayormente suelen aparecer entre el primer y el tercer trimestre.
- Problemas para conciliar el sueño.

Así mismo, la depresión en el embarazo presenta síntomas similares a otros cuadros depresivos que puedan presentarse en diferentes etapas de la vida. Algunos síntomas depresivos podrían atribuirse y/o confundirse con síntomas propios del embarazo lo que puede dificultar el diagnóstico de depresión, tales como astenia, cansancio, labilidad emocional, irritabilidad y trastornos del sueño (Krauskopf y Valenzuela, 2020).

4.4 Causas de la depresión durante el embarazo

Sedicias (2023), menciona que las principales causas de depresión en el embarazo son:

- Padeecer depresión u otro trastorno psiquiátrico antes del embarazo, como crisis de ansiedad.
- Embarazo previo complicado, aborto previo o pérdida de un hijo.
- Falta de apoyo emocional.
- No estar casada.
- No tener seguridad financiera.
- Estar separada.
- No haber planeado el embarazo.
- Antecedentes de abuso sexual.
- Problemas de pareja.
- Antecedente de separación o divorcio.
- Problemas graves de salud.
- Haber vivido una situación difícil, como muerte de una persona cercana.

4.5 Tipos de la depresión en el embarazo

García (2015), sugiere que existen varios tipos de depresión y cada uno de ellos requiere un abordaje y tratamiento distinto. Estos son los más habituales en las mujeres embarazadas:

- **Depresión mayor:** se puede detectar fácilmente ya que a menudo presenta una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad de la mujer para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que, en circunstancias normales, deberían resultar totalmente placenteras. Una vez que se supera, no suele provocar recaídas con el paso del tiempo.
- **Distimia:** al contrario de lo que sucede con la depresión mayor, la distimia no es que sea menos grave, sino que la sintomatología está más suavizada y, por tanto, puede pasar desapercibida al confundir los síntomas con rasgos de la personalidad, por ejemplo, aquellas personas que son "muy negativas" o "son muy calladas". Sus síntomas suelen ser más leves, pero más persistentes. Y aunque no interfiere en la realización de actividades cotidianas por parte de la persona que la padece, afecta mucho en su calidad de vida. También puede aparecer en más de una ocasión a lo largo de la vida.
- **Trastornos:** Trastorno Afectivo Estacional (TAE), Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) que es más severo que el síndrome premenstrual; y el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que suele cursar en la infancia.
- **Depresión post parto:** mujeres que acaban de tener un bebé y no pueden parar de llorar constantemente, se irritan con facilidad, se sienten terriblemente ansiosas, no pueden dormir y ni siquiera son capaces de tomar decisiones sencillas. Este tipo de depresión aparece por dos razones fundamentalmente: el estrés por la nueva condición de madre y todo lo que ello conlleva y el desajuste hormonal producido tanto en el embarazo como en el parto. Durante el embarazo, los niveles de endorfinas (molécula humana que hace que el cuerpo se sienta bien) suben.

4.6 Grado de la depresión en el embarazo

Sánchez (2018), menciona los tres grados de la depresión: desde el menos intenso al más agudo

- **Depresión leve:** Se caracteriza porque los síntomas que presenta son la tristeza, cierta apatía, falta de autoestima, cansancio, falta de interés y desilusión, pero de una forma suave que no afecta a nuestra vida cotidiana o a nuestras actividades diarias. La persona con depresión leve puede seguir haciendo las mismas cosas a nivel social, familiar y laboral, aunque la constante sea la tristeza y la desgana.

- **Depresión moderada:** Del enorme listado de los síntomas de depresión, la depresión moderada solo conoce unos pocos, pero su intensidad va ganando fuerza respecto a la depresión leve de forma que ya se empieza a paralizar un tanto la vida diaria de la persona enferma. Esta depresión va destruyendo la fortaleza y la seguridad y restando fuerzas e ilusiones hasta afectar a las actividades sociales, familiares y laborales.
- **Depresión severa:** La depresión severa o grave no es que sea la más grave de las tres. Es que se trata de una depresión donde la cantidad de síntomas es mayor y sus consecuencias negativas se hacen más que evidentes. En contra de lo que pueda parecer, y siempre teniendo en cuenta cada caso particular, la depresión severa no es de las más difíciles de superar, ya que la evidencia de sus síntomas, de sus consecuencias y de sus efectos negativos sobre la vida diaria puede llevar a la persona que lo sufre a buscar un tratamiento con mayor rapidez.

4.7 Diagnóstico de la depresión en el embarazo

Moyeda, Sánchez, Cervantes y Vega (2013), sugieren que para el diagnóstico del trastorno de depresión mayor tanto en la población general como en el embarazo, suele basarse en los síntomas y signos clínicos definidos por la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico para las Enfermedades Mentales (DSM-V) (Tabla 1).

Tabla 1. *Diagnóstico de episodio depresivo mayor según el DSM-V*

| Diagnóstico de episodio depresivo mayor según el DSM-V |
|---|
| <p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento). 6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). |

| |
|---|
| 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. |
| B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, lo laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento. |
| C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. |

Fuente: (Moyeda et al., 2009).

Elaborado por: Patricia Puchaicela. 2023

Guerri (2018), sugiere que para el diagnóstico de los episodios depresivos que se puede dar en el embarazo, es recomendable basarse en la guía de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10) (Tabla 2):

Tabla 2. Diagnóstico de episodios depresivos según el CIE-10

| Diagnóstico de episodios depresivos según el CIE-10 |
|---|
| F32 Episodios depresivos |
| <p>En los episodios depresivos típicos, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La disminución de la atención y concentración. 2. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad. 3. Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves). 4. Una perspectiva sombría del futuro. 5. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones. 6. Los trastornos del sueño. 7. La pérdida del apetito. |
| <p>F32.0 Episodio depresivo leve: Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • F32.00 Sin síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes poco síndrome somático o ninguno. • F32.01 Con síndrome somático: Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más del síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría). |
| <p>F32.1 Episodio depresivo moderado: Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.</p> <p>Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:</p> <ul style="list-style-type: none"> • F32.10 Sin síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos. • F32.11 Con síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más del síndrome somático (si están presentes |

sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

F32.8 Otros episodios depresivos: Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales).

F32.9 Episodio depresivo sin especificación: Depresión sin especificación; Trastorno depresivo sin especificación.

Fuente: (Guerri, 2018).

Elaborado por: Patricia Puchaicela, 2023

4.8 Prevención de la depresión en el embarazo

Alloza (2016), aconseja que para prevenir la depresión en el embarazo es recomendable:

- **Crear una red de apoyo:** es importante no sentirse sola, poder hablar de los propios sentimientos y anticipar un reparto de las tareas domésticas y de cuidado del bebé con la pareja, familiares o amigos que permitan disponer de algún tiempo para una misma.
- **Acudir a sesiones de preparación al parto:** disponer de información puede contribuir a crear unas expectativas más realistas sobre el posparto y a rebajar las posibles exigencias que se hayan podido generar entorno a ser una 'madre perfecta'.

- **Unirse a un grupo de apoyo dirigido a nuevas madres**, y compartir con otras mujeres en la misma situación las propias vivencias y emociones puede resultar de gran ayuda.

Nacersano (2019) mencionan que ciertos tipos de consejería (o psicoterapia) pueden prevenir la depresión perinatal para las mujeres con mayor riesgo de depresión. En las sesiones de consejería o psicoterapia, usted habla de sus sentimientos e inquietudes con un consejero o terapeuta. Esa persona le ayuda a entender lo que siente, a resolver problemas y a sobrellevar su vida diaria.

- El Grupo de Trabajo recomienda terapia para las mujeres que tienen uno o más de estos factores de riesgo: Señales y síntomas corrientes de depresión, un historial de depresión u otra condición de salud mental, ser adolescente embarazada o madre soltera, tener circunstancias de vida estresantes, como bajos ingresos y ser víctima de la violencia de pareja íntima.
- El Grupo de Trabajo recomienda dos tipos de terapia para prevenir la depresión en las mujeres de mayor riesgo:
 - **Terapia cognitivo-conductual:** La terapia cognitivo-conductual (CBT, por su sigla en inglés) le ayuda a controlar los pensamientos negativos cambiando la forma de pensar y actuar. Los tipos comunes de CBT incluyen trabajar con un terapeuta para ayudarlo a fijar metas e identificar pensamientos y conductas negativas, para que pueda comenzar a pensar y actuar de manera diferente.
 - **Terapia interpersonal:** La terapia interpersonal (IPT, por su sigla en inglés) le ayuda a identificar y abordar condiciones y problemas de su vida personal, como relaciones con su pareja y familia, situaciones del trabajo o en su vecindario, tener una condición médica o perder a un ser querido. Los tipos comunes de IPT incluyen trabajar con un terapeuta en juego de roles, responder preguntas abiertas (que no se contestan con "sí" o "no") y examinar detalladamente cómo toma usted decisiones y se comunica con otras personas.

4.9 Tratamiento de la depresión durante el embarazo

Cebreros (2023), sugiere algunas técnicas y terapias para tratar la depresión en el embarazo:

- **Terapia conversacional:** La terapia conversacional consiste en citas regulares para hablar de sus pensamientos, sentimientos o comportamiento con un profesional de la salud mental. Probablemente se encontrarán una vez por semana durante 12 a 16 sesiones. Puedes hablar con un terapeuta individualmente o participar en un grupo con otra gente que está pasando por una experiencia similar. Los tipos de terapia conversacional más comunes incluyen:
 - **Terapia cognitivo-conductual (TCC):** La terapia cognitivo-conductual (también llamada terapia cognitiva del comportamiento) altera los patrones de pensamiento o comportamiento negativos para cambiar cómo te sientes. La TCC te enseña a identificar los pensamientos distorsionados, a reconocer creencias erróneas y te ayuda a verte a ti misma y a relacionarte con otros de forma más positiva. Algunos terapeutas usan técnicas de relajación, como meditación con atención plena, como parte del proceso.
 - **Terapia de parejas, familia, o terapia interpersonal (TIP):** Estos tipos de terapia son similares y ayudan cuando las relaciones sufren a causa de la depresión, o si los problemas en una relación contribuyen a causar la depresión. Un psicoterapeuta ayuda a tu pareja o familiares a entender la depresión y cómo pueden apoyar a un ser querido que padece la condición. Las parejas y familiares aprenden formas de apoyarse unos a otros, y los pacientes aprenden a ayudar a su pareja a sobrellevar mejor la enfermedad. Mejorar estas relaciones hace que resulte más fácil recibir apoyo. La TCC y TIP a menudo son eficaces para tratar una depresión leve a moderada, pero si la terapia conversacional por sí sola no funciona, quizás tu doctor también te recomiende tomar medicación.
- **Terapia electro-convulsiva (TEC):** La terapia electro-convulsiva (TEC) consiste en pasar una corriente eléctrica a través del cerebro que induce una convulsión controlada. La TEC se considera segura y efectiva para la depresión crónica, pero por lo general no se recomienda durante el embarazo a no ser que una mujer tenga un caso muy grave de depresión o una psicosis relacionada con la depresión. La investigación sobre los efectos de TEC durante el embarazo es limitada, así que solo se usa cuando los demás tratamientos no funcionan.

Jadresic (2010), sugiere que el objetivo es mantener o mejorar la salud mental de la mujer embarazada, minimizando los riesgos para el embrión/feto en desarrollo con lo siguiente:

- **Intervenciones psicoterapéuticas:** Muchas pacientes con depresiones leves a moderadas pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia. Tanto las técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual, como la psicoterapia de apoyo pueden ser muy útiles para tratar la ansiedad que frecuentemente acompaña a la depresión. Para los síntomas anímicos, siempre que no sean intensos, suele preferirse la terapia cognitivoconductual (TCC) o la psicoterapia interpersonal (Interpersonal Psychotherapy) (PIP). Por lo general se usan en su modalidad individual, pero también se pueden emplear en su versión grupal. Pese a que la evidencia a favor de la psicoterapia de orientación psicodinámica es limitada, los expertos plantean que se trata de una opción razonable si no se dispone de TCC o de PIP.
- **Farmacoterapia:** Se debe considerar su uso en embarazadas con depresiones moderadas a severas o cuando hay una alta probabilidad de sufrirla. Por comprensibles razones éticas, no se cuenta con estudios sobre la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión de mujeres embarazadas. Sin embargo, no hay razones para pensar que la respuesta terapéutica de las mujeres grávidas debiera ser distinta a la observada en mujeres no embarazadas. Es más, se cuenta con guías para el tratamiento de la depresión durante la gestación. En la práctica, sigue siendo válida la recomendación de evitar en lo posible el uso de psicofármacos durante las primeras doce semanas de gestación (período de organogénesis), debido al riesgo de malformaciones.

Martínez y Jácome (2019), menciona otra terapia para tratar la depresión en mujeres embarazadas como:

- **Terapia electroconvulsiva:** Se ha utilizado en pacientes con padecimientos graves, resistentes a la medicación, catatonía, riesgo de suicidio alto y tendencia a la desnutrición. No obstante, según el trimestre en que se aplique, se puede tener diferentes probabilidades de determinadas complicaciones, como bradicardia fetal, sangrado vaginal o estenosis pilórica en el caso del primer trimestre. En un estudio en el que se aplicó terapia electroconvulsiva a 169 gestantes, el 53% se

realizó en el segundo trimestre, que es la edad gestacional más común para la aplicación de dicho tratamiento, aunque se registró un total de 67 complicaciones, entre ellas trabajo de parto prematuro. Debe tenerse en cuenta que la terapia electroconvulsiva es el último tratamiento que elegir, aunque en el caso de depresión grave refractaria, se emplea como tratamiento primario.

En los últimos años se ha documentado que esta técnica durante el tercer trimestre es segura y eficaz tanto para la madre como para el bebé, cuyos riesgos se evitan al controlar la hipoxia durante el procedimiento. Desde hace aproximadamente 50 años, se ha estado utilizando la terapia electroconvulsiva por la necesidad de un tratamiento eficaz y reducir los fármacos psicotrópicos.

Cebreros (2023), indica también otra terapia alternativas que puede ser de gran ayuda para el tratamiento de la depresión en las mujeres embarazadas:

- **Acupuntura:** En esta terapia, el acupuntor coloca unas agujas en puntos específicos de tu cuerpo que corresponden a órganos específicos. Algunos estudios sugieren que la acupuntura podría ser beneficiosa para tratar la depresión, y la acupuntura practicada por un terapeuta certificado es segura durante el embarazo.
- **Terapia de luz:** Esto consiste en sentarse frente a una luz brillante durante un periodo de tiempo todos los días. Típicamente se usa esta terapia para tratar el trastorno afectivo de temporada, un tipo de depresión que tiende a ocurrir durante los meses de otoño e invierno, cuando los días son más cortos y hay menos luz diurna.
- **Masaje:** Si te han hecho un masaje alguna vez, ya sabes que puede ayudarte a sentirte relajada. Quizás recibir un masaje regularmente, tanto si te lo da tu pareja como un masajista especializado, podría ayudarte también a aliviar la depresión.
- **Meditación:** La investigación sugiere que la meditación con atención plena puede ayudarte a regular tus emociones, aumentar tu conciencia de ti misma y reducir los síntomas de ansiedad y depresión. La meditación con atención plena consiste en estar plenamente enfocada en el momento presente, dirigiendo tu atención a tu respiración y tus pensamientos.
- **Yoga:** El yoga combina poses de estiramiento, respiración y meditación y, como cualquier tipo de ejercicio, puede aliviar el estrés y hacerte sentir mejor. Aprende cómo practicar yoga de forma segura durante el embarazo.

5. Metodología

5.1 Método de investigación:

La presente investigación se basó en un método deductivo. Maya (2014), manifiesta que el método deductivo es una forma de razonamiento que parte de una verdad universal para obtener conclusiones particulares.

5.2 Enfoque y diseño de la investigación:

La siguiente investigación fue de enfoque cuantitativo. Sáez (2022), menciona que el enfoque cuantitativo de una investigación se centra en mediciones objetivas. Permite examinar datos de manera numérica y realizar un análisis estadístico de datos recolectados a través de entrevistas, cuestionarios o encuestas, para la resolución de preguntas de investigación, probar hipótesis planteadas y verificar y comprobar teorías.

La presente investigación tuvo un diseño no experimental, debido a que no se manipula o altera las variables de los estudios, por lo que se basa en la interpretación y observación para llegar a conclusiones.

5.3 Tipo de investigación:

El tipo de investigación fue documental, ya que se basó en la recolección de los artículos científicos publicados en línea, para posteriormente ser organizados y sometidos a análisis; es de corte longitudinal, siendo aquellos en los que se recolectan los datos a través del tiempo, en períodos específicos, con el fin de hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y sus consecuencias (Müggenburg y Pérez, 2018). Se analizó y describió la prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas, utilizando una revisión bibliográfica como base para recopilar información relevante.

5.4 Población de investigación:

La siguiente investigación se centró en un conjunto de artículos científicos relevantes, de acuerdo con las variables de estudio, del área territorial que comprende a Latinoamérica. Lo componen 150 artículos científicos.

5.5 Muestra de investigación:

En la presente investigación la selección de los artículos se realizó mediante un muestreo no probabilístico, a conveniencia, bajo los criterios de inclusión y exclusión, empleando el diagrama de flujo PRISMA.

5.5.1 Criterios de inclusión

- Artículos que contengan investigaciones realizadas en Latinoamérica.
- Artículos científicos publicados desde el periodo 2016 al 2022.
- Artículos científicos en idioma español e inglés.
- Artículos científicos que estudien la depresión en mujeres embarazadas.

5.5.2 Criterios de exclusión

- Cualquier otro tipo de documento que no posea registro DOI y/o ISBN.
- Artículos científicos que no sean relevantes al tema de estudio.
- Artículos científicos sobre la depresión en mujeres y otras poblaciones.

5.6 Técnicas e instrumentos empleados de la investigación:

La técnica que se utilizó en la investigación es una sistematización bibliográfica, ya que se recopiló información de bases de datos como: Redalyc, Dialnet, Google Scholar, Refseek, PubMed, BASE, SciELO, Medigraphic, DOAJ, ProQuest y repositorios bibliográficos de diferentes facultades pertenecientes a los países de Latinoamérica, las cuales son bases de datos seleccionadas por sus características: de acceso abierto en línea y que permiten buscar información científica.

Para la estrategia de la búsqueda se aplicó los términos de búsqueda: depresión en el embarazo, depresión y embarazo, depresión en mujeres embarazadas, en idioma español e inglés. Se aplicó los filtros necesarios.

La selección de los 15 artículos registrados incluidos en la meta- síntesis, se realizó mediante un método de selección no probabilístico a conveniencia, aplicando los criterios de inclusión y exclusión, empleando el siguiente diagrama de flujo PRISMA (Anexo 4).

La validez científica de los documentos es analizada mediante VosViewer, “una herramienta de software para analizar y visualizar la literatura científica”.

Los datos que se extrajeron en las tablas de datos son distribuidos en base a la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas, tomando en cuenta características de la población tales como la edad, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico. Para este proceso, se utilizan las herramientas informáticas de Word y Excel.

5.7 Procedimiento de investigación:

Fase 1: La selección de los artículos científicos es de la siguiente manera: se realizó una búsqueda en los sitios web, Redalyc, Dialnet, Google Scholar, Refseek, PubMed, BASE,

SciELO, Medigraphic, DOAJ, ProQuest y repositorios bibliográficos de diferentes facultades pertenecientes a los países de Latinoamérica, se aplicó los términos de búsqueda: depresión en el embarazo, depresión y embarazo, depresión en mujeres embarazadas, en el idioma español e inglés, de forma organizada se almacenó en el gestor bibliográfico Zotero aquellos artículos científicos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. En base al diagrama de flujo de la declaración PRISMA, para seleccionar aquellos con mayor relevancia para la investigación. Se incluyeron un total de 15 artículos científicos en la selección final, mediante VosViewer, que es una herramienta de software para analizar y visualizar la literatura científica.

Fase 2: Como segunda fase se realizó la revisión de los artículos, y se creó las tablas de datos. Los datos que se extrajeron, en las tablas de datos son distribuidos en base a la prevalencia de los tipos de depresión en mujeres adolescentes y adultas embarazadas, tomando en cuenta características de la población tales como la edad, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico. Para la tabulación, las herramientas de apoyo que se empleó es un Excel y un Microsoft Word.

Fase 3: Finalmente se realizó el análisis de los resultados, empleando una herramienta estadística que pueda procesar la información como es el MAVIS, tomando en cuenta el tipo de investigación; posteriormente se desarrolla las debidas conclusiones y recomendaciones correspondientes.

6. Resultados

Objetivo General: Determinar la evidencia científica de la depresión en mujeres embarazadas de los países de Latinoamérica, en un periodo del 2016 al 2022.

Tabla 3. Evidencia científica de la depresión en mujeres embarazadas de los países de Latinoamérica, en un periodo del 2016 al 2022.

| Referencia | País | Título | Muestra | Tipo de estudio | Objetivo | Resultado |
|-----------------------------|--------|---|---------|---|--|---|
| Juárez et al (4) (2017) | México | Consistencia interna y análisis factorial de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo en mujeres mexicanas embarazadas y puérperas. | N= 58 | Transversal | Determinar la consistencia interna y la estructura factorial Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPPE) versión CEM en mujeres mexicanas embarazadas y puérperas. | La EDPPE-CEM se aplicó a 113 mujeres (58 embarazadas y 55 puérperas). La adaptación semántica mostró diferencias mínimas con índice de concordancia de 80%. Se encontró una consistencia interna global de 0.86 (0.88 para depresión posparto y 0.84 para depresión en el embarazo). El análisis factorial se conformó por el Factor 1) Depresión con 36.4% de la varianza; el factor 2) Ansiedad con 14.2% de la varianza; y el factor 3) Ideación suicida con 11.7% de la varianza. El instrumento fue bien aceptado por la población clínica evaluada. |
| Miranda et al (3) (2017) | Chile | Intervención Grupal en Embarazadas: Respuestas Diferenciales de Acuerdo al Tipo de Depresión y Patrón de Apego | N= 112 | Longitudinal, descriptivo y comparativo | Caracterizar la Muestra Respecto a Tipo de Depresión, Patrón de Apego y Síntomas Depresivos: Evaluación en el Embarazo. | Los resultados muestran que, a partir de una intervención psicoeducativa grupal en embarazadas con sintomatología depresiva, es posible disminuir sus síntomas y promover la sensibilidad materna en la interacción con el bebé luego del parto, apoyando lo formulado en la primera hipótesis, ya que solo aquellas participantes que asistieron mostraron cambios significativos. |
| (Rodríguez et al (4) (2017) | México | Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud | N= 258 | Cuantitativo, transversal y analítico | Estimar la prevalencia y los factores asociados a depresión prenatal, en pacientes de una institución de salud en | Se obtuvo una prevalencia de depresión prenatal del 16.66%. La edad adolescente (razón de momios [RM] = 3.351), las dificultades con la pareja (RM = 4.552), la falta de apoyo emocional (RM = 2.791), vivir |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------|---|--------|----------------------------|--|---|
| | | | | | Mérida, Yucatán. | en unión libre (RM = 2.980) y eventos adversos como la separación (RM = 8.952), dificultades sexuales (RM = 6.212) y los cambios alimenticios (RM = 2.063) resultaron ser algunos factores de riesgo asociados a este trastorno. Los resultados muestran, que el rango de edad con mayor depresión fue de 16 a 20 años; se observó que el estado civil con mayor número de embarazadas deprimidas es el de unión libre. La prevalencia de depresión se presentó en el 23.6% de las mujeres embarazadas, de las cuales el 19.1% se encontraba en primer trimestre, el 14.3% en el segundo trimestre y el 66.6% en el tercer trimestre de gestación. |
| Ruiz et al (4) (2017) | México | Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel | N= 89 | Descriptivo y transversal | Identificar la prevalencia de depresión en embarazadas de una institución de primer nivel. | |
| González, M., y Urruela, G (2018) | Guatemala | Prevalencia de depresión durante el embarazo en mujeres atendidas en Centro de Salud Rural | N= 102 | Prospectivo y transversal. | El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de depresión durante el embarazo en mujeres atendidas en el Centro de Salud Bárbara, San Juan Sacatepéquez, Guatemala. | Se detectó una prevalencia de depresión del 10.8%, siendo un 5.9% casos de depresión leve y un 4.9% de casos de depresión mayor. |
| Osma et al (4) (2019) | Colombia | Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia) | N= 244 | Descriptivo y transversal | Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad gestacional, así como las variables asociadas en mujeres de Bucaramanga y Floridablanca (Santander). | 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 |

| | | | | | | |
|-------------------------|--------|--|---------|--|---|---|
| Ramos et al (4) (2019) | México | Prevalencia de depresión en mujeres gestantes de una institución de salud de la región huasteca sur de San Luis Potosí | N= 50 | Cuantitativo, descriptivo y transversal | <p>Describir la prevalencia de depresión en mujeres gestantes en control prenatal del Hospital Rural IMSS-Prospera No.44 región huasteca sur, Tamazunchale S.L.P.</p> <p>Determinar la asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en los meses de junio y julio del 2017.</p> | <p>violencia psicológica a RP de 2.3, y no tener confianza en la pareja, a RP de 3.4.</p> <p>El 32% son adolescentes con edad promedio de 17 años. El 68% cursa tercer trimestre y 32% segundo trimestre, respecto a factores de riesgo de depresión 18% presenta antecedentes familiares, 16% cursa embarazo no deseado. En la puntuación global de la escala de Edimburgo 8% presenta sospecha de depresión.</p> <p>Se encontró asociación entre el apoyo emocional (p=0,000), el apoyo instrumental (p=0,001), el apoyo informacional (p=0,000) y el apoyo valorativo (p=0,000) con la presencia de depresión en las gestantes. A nivel general, la falta de apoyo por parte de la pareja se asoció significativamente con la presencia de depresión en las gestantes (p=0,000), aumentando 7 veces el riesgo de presentarla (OR: 7.61).</p> <p>El 41,5% de las gestantes tienen síntomas depresivos, en el análisis de regresión logística, estos síntomas tienen una asociación significativa con mujeres que sufren algún tipo de violencia de pareja (OR = 6.74; IC 95% 2.0 – 21.7; p = 0.001) Además, estar empleada, ser soltera, tener bajo nivel de escolaridad, bajos ingresos familiares y embarazo no deseado influyeron significativamente en los síntomas depresivos durante el embarazo.</p> |
| Solís et al (3) (2019) | Perú | Depresión en gestantes y el apoyo de la pareja | N= 3214 | Observacional, prospectivo y transversal | <p>Evaluar la presencia de síntomas depresivos en gestantes y su asociación con la violencia de pareja.</p> | <p>En cuanto a las mujeres gestantes, la edad mínima fue 15 años y máxima 43 años, siendo la edad media 27.76 años. En relación a la depresión perinatal, predominó probable</p> |
| Lima et al (4) (2020) | Brasil | Síntomas depresivos en gestantes y violencia de pareja: un estudio transversal. | N= 65 | Transversal | | |
| Nunton et al (3) (2020) | Perú | Impacto psicológico de la pandemia del COVID-19, en gestantes de un | N= 237 | Cuantitativo, descriptivo y transversal | <p>En este estudio se busca determinar la depresión perinatal en gestantes que acuden a un</p> | |

| | | | | | | |
|--------------------------|----------|--|--------|---|---|---|
| | | Establecimiento de Salud nivel III-2, Lima-2020 | | | Establecimiento de Salud nivel III-2, en Lima, durante la pandemia COVID-19. | depresión con 77.2% (n= 183), seguido del riesgo limite en un 11,8% (n=28) y sin riesgo con 11% (n=26). En cuanto a sus dimensiones, en los sentimientos depresivos predomino probable depresión con 62% (n= 147), seguido del riesgo limite en un 19% (n=45) y sin riesgo con 19% (n=45); en ansiedad cognoscitiva predomino probable depresión con 81.4% (n= 193), seguido de sin riesgo en un 11.4% (n=27) y riesgo límite con 7.2% (n=17). De las gestantes con depresión, un 57.14% presentó depresión leve y un 36.73% moderada. Entre los factores asociados (p<0.05) se encontraron el haber presentado un embarazo de bajo riesgo (OR=0.34; IC95%:0.14-0.88), presentar un embarazo no deseado (OR=3.07; IC95%:1.17-8.03), presentar antecedentes de depresión en la infancia (OR=2.72; IC95%:1.04-7.14) y no haber consumido alcohol durante la gestación (OR=0.35; IC95%:0.14-0.89). Los diagnósticos de enfermería más frecuentemente formulados fueron los siguientes: deterioro de la regulación del estado de ánimo un 67.3%; riesgo de suicidio un 56.4%; desesperanza con un 52.7%; dolor agudo un 50.9%; insomnio un 50.9%. Las necesidades de cuidado más frecuentes fueron: cambios en el estado de ánimo un 67.3%; conducta suicida un 56.4%; visión negativa de sí misma y del futuro un 52.7%; dolor un 50.9% e insomnio un 50.9%. |
| Pariona et al (4) (2020) | Perú | Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes atendidas en un centro materno infantil peruano, 2018 | N= 95 | Descriptivo y transversal | Identificar los factores psicosociales que se asocian a la depresión durante el embarazo. | |
| Londoño et al (5) (2021) | Colombia | Necesidades de cuidado y diagnósticos de enfermería en gestantes con depresión: estudio descriptivo | N= 55 | Descriptivo, retrospectivo y transversal. | Describir las necesidades y los diagnósticos de enfermería en gestantes con depresión. | |
| Gaviria et al (8) | Colombia | Prevalencia del riesgo de depresión y | N= 345 | Transversal y descriptivo | Describir la prevalencia de los síntomas de | Se encuestaron 345 mujeres gestantes de 15 a 44 años, se identificó una prevalencia de |

| | | | | | | |
|-----------------------------|----------|---|--------|-----------------------------|--|--|
| (2022) | | preocupaciones en mujeres gestantes en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Antioquia, Colombia, 2020-2021 | | | depresión y las preocupaciones que afectaron a las gestantes durante la pandemia por COVID-19. | riesgo de depresión en 30.4 % de las mujeres encuestadas. Se identificó violencia intrafamiliar en el 49 % y ausencia de red de apoyo en el 8.4 %. Se encontraron como mayores preocupaciones temor a ser separadas del bebé el día del parto, la posibilidad de no tener acompañante durante el parto, y temor al contagio por los efectos en el bebé in útero o en el recién nacido. |
| Goyes et al (3) (2022) | Ecuador | Prevalencia de depresión en el embarazo y puerperio. Diferencia entre multíparas y primigestas | N= 400 | Descriptivo e investigativo | Analizar la prevalencia de depresión en el embarazo y puerperio, diferencia entre multíparas y primigestas atendidas en el hospital del IESS Riobamba en el periodo junio-diciembre 2018. | Los puerperios en 43% respondieron a una prevalencia hacia la depresión. |
| Monterrosa et al (4) (2022) | Colombia | Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano | N=509 | Transversal | Determinar la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés psicológico con una escala ampliamente utilizada y estimar los factores asociados con cada uno de ellos, en las embarazadas asistentes a control prenatal ambulatorio. | Se reunieron 509 embarazadas, luego de descartar a 25 que no reunieron los datos completos. La mediana de edad fue de 26 años. El 18% informó sentirse triste y deprimida en grado considerable a muy deprimida, en algún momento del embarazo. Al 34% le resultó difícil tomar la iniciativa para realizar actividades. El 15% sintió temblor en las manos. La ansiedad severa-extremadamente severa fue prácticamente tres veces más frecuente que la depresión o el estrés psicológico, de igual severidad. |

Fuente: Registros identificados en las bases de Redalyc, Dialnet, Google Scholar, Refseek, PubMed, BASE, SciELO, Medigraphic, DOAJ, ProQuest y repositorios bibliográficos

Elaborado por: Patricia Puchaicela, 2023

En la tabla 3 se observa que según las características de los 15 estudios que se seleccionaron para llevar a cabo la presente revisión bibliográfica, se pudo encontrar que 4 estudios son de México, 4 de Colombia, 3 de Perú, 1 de Chile, 1 de Guatemala, 1 de Brasil y 1 de Ecuador, todos estos pertenecientes a los países de Latinoamérica. En correspondencia a los años de cada estudio se encontró que 4 son del año 2017; 1 del año 2018; 3 del año 2019; 3 del año 2020; 1 del año 2021 y 3 del año 2022, con un total de 5833 participantes pertenecientes a la muestra.

Objetivo específico uno: Caracterizar la población de mujeres embarazadas en los países de Latinoamérica.

Tabla 4. Características de la población de mujeres embarazadas en los países de Latinoamérica.

| Características de la población | | |
|--|-------------|----------------|
| Características | F | % |
| Edad | | |
| -20 | 720 | 12,34% |
| 20 - 29 | 4408 | 75,57% |
| 30 | 705 | 12,09% |
| Total | 5833 | 100,00% |
| Estado Civil | | |
| Soltera | 1673 | 28,68% |
| Casada | 2779 | 47,64% |
| Convivientes | 1381 | 23,68% |
| Total | 5833 | 100,00% |
| Escolaridad | | |
| Primaria | 1204 | 20,64% |
| Secundaria | 4227 | 72,47% |
| Superior | 402 | 6,89% |
| Total | 5833 | 100,00% |
| Nivel socioeconómico | | |
| Bajo | 1643 | 28% |
| Medio | 3920 | 67% |
| Alto | 270 | 5% |
| Total | 5833 | 100% |

Fuente: Anexo 5

Elaborado por: Patricia Puchaicela, 2023

En la tabla 4 se observa las características de la población de mujeres embarazadas en los países de Latinoamérica. De los 15 estudios analizados se encontró que la mayoría de mujeres embarazadas tienen de 20 a 29 años con el 75,57%; según el estado civil existen más mujeres casadas con el 47,64%; en cuanto al nivel de escolaridad se identifica un mayor porcentaje en el nivel de secundaria con el 72,47%; y según el nivel socioeconómico es más representativo el nivel medio con el 67%. Más detalles se muestran en anexos (Anexo 5).

Objetivo específico dos: Identificar la prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas de los países de Latinoamérica.

Tabla 5. Prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas de los países de Latinoamérica, por el año de estudio.

| Prevalencia de la depresión por Años % | | | | | | | |
|--|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| Sin Depresión | 0,00 | 67,31% | 89,22% | 44,58% | 68,01% | 36,36% | 66,91% |
| Con Depresión | 0,00 | 32,69% | 10,78% | 55,42% | 31,99% | 63,64% | 33,09% |
| Total | 0,00 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Fuente: Anexo 6

Elaborado por: Patricia Puchaicela, 2023

En la tabla 5 se observó la prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas de los países de Latinoamérica. De los 15 estudios analizados se pudo identificar que la mayor prevalencia de la depresión según el año de cada estudio es en el 2021 con el 63,64%. Más detalles se muestran en anexos (Anexo 6).

Tabla 6. Prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas de los países de Latinoamérica, por país de estudio

| Prevalencia de la depresión por País % | | | | | | | |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | México | Colombia | Perú | Chile | Guatemala | Brasil | Ecuador |
| Sin Depresión | 80,44% | 70,77% | 44,16% | 25,00% | 89,22% | 58,46% | 56,75% |
| Con Depresión | 19,56% | 29,23% | 55,84% | 75,00% | 10,78% | 41,54% | 43,25% |
| Total | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Fuente: Anexo 7

Elaborado por: Patricia Puchaicela, 2023

En la tabla 6 se observó la prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas de los países de Latinoamérica. De los 15 estudios analizados se pudo identificar que la mayor prevalencia de la depresión según el país de cada estudio es en Chile con el 75%. Más detalles se muestran en anexos (Anexo 7).

7. Discusión

Durante la presente investigación se determinó la evidencia científica de la depresión en mujeres embarazadas de los países de Latinoamérica, en un periodo del 2016 al 2022, por lo cual se pudo encontrar que 4 estudios fueron de México y 4 de Colombia. En correspondencia a los años se evidenció en un mayor porcentaje en el año 2017; con un total de 5833 participantes pertenecientes a la muestra total.

Se encontraron otros resultados en una revisión sistemática donde reflejan una tendencia por el estudio de la depresión en el campo de las ciencias de la salud (Medicina, Psicología y Enfermería). Asimismo, nuestro estudio permite observar un reducido número de artículos publicados en revistas indexadas en bases de datos de amplio alcance e impacto como Scopus, lo que refleja el séptimo lugar que ocupa el Perú con 254 publicaciones en Psicología desde 1996 hasta 2015 a nivel de Latinoamérica (Navarro et al., 2017).

Tras el análisis de los datos obtenidos se pudo caracterizar la población de mujeres embarazadas en los países de Latinoamérica, encontrándose que la mayoría son de 20 a los 29 años con el 75,57%; el estado civil es prevalente en casadas con el 47,64%; el nivel de escolaridad se identifica un mayor porcentaje en el nivel de secundaria con el 72,47%; y el nivel socioeconómico tiene mayor representación el nivel medio con el 67%.

Estas características se asemejan a un estudio realizado por Reyes (2018), en Perú donde las mujeres embarazadas tienen mayor grado de instrucción secundaria (con depresión: 57.8% y sin depresión: 64.4%), ocupación ama de casa (con depresión: 57.8% y sin depresión: 62.2%), estado civil conviviente (con depresión: 62.2% y sin depresión: 60%) y religión católica (con depresión: 71.1% y sin depresión: 82.2%).

Un dato similar fue encontrado en población mexicana por Rodríguez, May, Carrillo y Rosado (2017), observaron que las embarazadas adolescentes se deprimen tres veces más que las embarazadas adultas. En relación con el nivel socioeconómico, menciona que cuanto mayor sea el nivel de escolaridad de la mujer, menor será el porcentaje que muestre depresión ($p = 0.018$); y en cuanto a la variable estado civil, las participantes que vivían en unión libre resultaron tener 2.980 mayor riesgo de presentar depresión que las que se encontraban casadas o solteras, quienes señalan que las mujeres solteras tienen un mayor riesgo de presentar depresión ($p = 0.006$).

En otro estudio realizado en México por Ruiz, Organista, López, Corteza y Vinalay (2017). muestran que el rango de edad con mayor depresión fue de 16 a 20 años y se observó que el estado civil con mayor número de embarazadas deprimidas es el de unión libre.

Al identificar la prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas de los países de Latinoamérica, se evidencio que la mayor prevalencia de la depresión por año es en el 2021 con el 63,64% y por el país es en Chile con el 75 %.

Lo obtenido durante esta investigación coincide con lo mencionado por Pariona (2019), es relevante evidenciar que la mayor proporción de gestantes depresivas presentó un nivel de depresión leve 57.14%. La prevalencia de la depresión en gestantes es muy variable dependiendo del país; por ejemplo, en Tailandia en el año 2018 la prevalencia fue de 46.8% (Phoosuwat et al., 2018) y en Brasil fue el 5.47% (Moraes et al., 2016).

8. Conclusiones

Al finalizar la presente investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Se determinó que, según la evidencia científica de la depresión en mujeres embarazadas, la mayoría de estudios corresponden a México y Colombia pertenecientes de Latinoamérica, y en correspondencia a los años se encontró mayormente en el año 2017.
2. Dentro de las características de la población de mujeres embarazadas se observó que la mayoría corresponde a las edades de 20 a los 29 años; el estado civil es prevalente en mujeres casadas; el nivel de escolaridad se identifica un mayor porcentaje en el nivel de secundaria; y el nivel socioeconómico que tiene mayor representación corresponde al nivel medio.
3. Se identificó que la prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas se encuentra en el año 2021, en el país de Chile.

9. Recomendaciones

1. Se recomienda realizar estudios similares con mayor tamaño de muestra, en años más actuales para contrastar la información con otros países de América Latina, a fin de conseguir mayor precisión en los resultados.
2. Es recomendable, que futuros estudios amplíen la investigación incluyendo nuevas variables, como la religión, el tiempo de gestación, el número de integrantes en la familia, la cultura, entre otras. Los hallazgos permitirán sugerir nuevas estrategias de afrontamiento para la presente problemática.
3. Por último, se recomienda realizar futuros estudios con mayor especificación en cuanto a los niveles o grados de depresión según los estudios de las revisiones bibliográficas.

10. Bibliografía

- Alloza, R. (2016). *Cómo diagnosticar de forma precoz la depresión en el embarazo*. Guiainfantil.com. <https://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/depresion/como-diagnosticar-de-forma-precoz-la-depresion-en-el-embarazo/>
- Araújo, W., Romero, W., Zandonade, E., y Amorim, M. (2016). Los efectos de la relajación sobre los niveles de depresión en mujeres con embarazos de alto riesgo: Un ensayo clínico aleatorizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2806.
- Bonilla, Ó. (2010). Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61(3), 207-213. <https://doi.org/10.18597/rcog.266>
- Ceballos, I., Sandoval, L., Jaimes, E., Medina, G., Madera, J., y Fernández, Y. (2010). Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1), 71-74.
- Cebreros, E. (2023). *Cómo tratar la depresión durante el embarazo*. BabyCenter. <https://espanol.babycenter.com/a25015874/c%25C3%25B3mo-tratar-la-depresi%25C3%25B3n-durante-el-embarazo>
- Coryell, W. (2021). *Depresión—Trastornos de la salud mental*. Manual MSD versión para público general. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n>
- Delgado, E., López, L., y Elizabeth, C. (2015). *Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social*.
- Enrique, M. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 1019-1028. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70651-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70651-0)
- Galicia, I., Martínez, B., Ordoñez, D., y Rosales, H. (2013). Relación entre maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de mujeres adolescentes y adultas: Un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 23(1), Article 1. <https://doi.org/10.25009/pys.v23i1.518>
- García, J. (2015). *Tipos de depresión: Sus síntomas, causas y características*. <https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-de-depresion>
- Gaviria, S., Uribe, A., Gil, L., Uribe, S., Serna, L., Álvarez, C., Palacio, R., y Vélez, S. (2022). Prevalencia del riesgo de depresión y preocupaciones en mujeres gestantes en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Antioquia, Colombia, 2020-2021.

- Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 73(2), 194-202.
<https://doi.org/10.18597/rcog.3821>
- González, M., y Urruela, G. (2018). Prevalencia de depresión durante el embarazo en mujeres atendidas en Centro de Salud Rural. *Revista de la Facultad de Medicina*, 1(24), Article 24. <https://doi.org/10.37345/23045329.v1i24.70>
- Goyes, M., Rosero, S., y Flores, P. (2022). Prevalencia de depresión en el embarazo y puerperio. Diferencia entre multíparas y primigestas. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 6(1), 34. <https://doi.org/10.35381/s.v.v6i1.1692>
- Guerri, M. (2018). *Episodios depresivos: CIE10*. https://www.psicoadictiva.com/cie10/cie10_20/
- Hall, M., George, E., y Granger, J. (2011). El corazón durante el embarazo. *Revista Española de Cardiología*, 64(11), 1045-1050. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.07.009>
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48(4), 269-278.
- Juárez, I., García, R., Lara, A., y Almaza, J. (2017). Consistencia interna y análisis factorial de la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo en mujeres mexicanas embarazadas y puérperas. Reporte preliminar. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 42(1-4), 1-6.
- Krauskopf, V., y Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: Detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139-149. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004>
- Lima, L., Carmo, T., Brito, C., y Pena, J. (2020). Síntomas depresivos en gestantes y violencia de pareja: Un estudio transversal. *Enfermería Global*, 19(60), 1-45. <https://doi.org/10.6018/eglobal.408841>
- Londoño, J., Álvarez, M., Restrepo, Y., Mira, D., y Londoño, L. (2021). Necesidades de cuidado y diagnósticos de enfermería en gestantes con depresión: Estudio descriptivo. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(2), Article 2. <https://doi.org/10.22463/17949831.2763>
- Martínez, J., y Jácome, N. (2019). Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(1), 58-65. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>
- Maya, E. (2014). *Métodos y técnicas de investigación*. http://www.librosoa.unam.mx/bitstream/handle/123456789/2418/metodos_y_tecnicas.pdf

- Miranda, Á., Olhaberry, M., y Morales, I. (2017). Intervención Grupal en Embarazadas: Respuestas Diferenciales de Acuerdo al Tipo de Depresión y Patrón de Apego. *Psykhé (Santiago)*, 26(1), 1-17. <https://doi.org/10.7764/psykhe.26.1.916>
- Monterrosa, Á., Rodelo, A., Monterrosa, A., y Morales, I. (2022). Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano. *Ginecología y Obstetricia de México*, 90(2).
- Moraes, E., Campos, R., y Avelino, M. (2016). Depressive Symptoms in Pregnancy: The Influence of Social, Psychological and Obstetric Aspects. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetricia: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades De Ginecologia E Obstetricia*, 38(6), 293-300. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1585072>
- Moyeda, G., Velasco, A. S., y Ojeda, R. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, 25(2), 227-240.
- Müggenburg, M., y Pérez, I. (2018). Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Enfermería Universitaria*, 4(1). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2007.1.469>
- Nacersano, N. (2019). *Depresión durante el embarazo*. <https://nacersano.marchofdimes.org/embarazo/depression-durante-el-embarazo.aspx>
- Navarro, J., Moscoso, M., y Calderón, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: Una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>
- Nunton, J., Alvarado, V., y Pérez, A. (2020). IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA PANDEMIA DEL COVID-19, EN GESTANTES DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD NIVEL III-2, LIMA-2020. *Revista Científica Ágora*, 7(2), 94-100. <https://doi.org/10.21679/arc.v7i2.174>
- Osma, S., Lozano, M., Mojica, M., y Redondo, S. (2019). Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). *MedUNAB*, 22(2), 171-185. <https://doi.org/10.29375/01237047.3586>
- Pariona, E. (2019). Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2018. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/10363>
- Pariona, E., Moquillaza, V., García, J., y 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), 494-507.
<https://doi.org/10.4067/S0717-75262020000500494>
- Phosuwan, N., Eriksson, L., y Lundberg, P. (2018). Antenatal depressive symptoms during late pregnancy among women in a north-eastern province of Thailand: Prevalence and associated factors. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, 102-107.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.06.012>
- Psonríe, P. (2022). *Depresión en el embarazo: Qué es, factores de riesgo y síntomas*. Psonríe.
<https://www.psonrie.com/noticias-psicologia/depresion-en-el-embarazo>
- Ramos, B., Bautista, J., Ranauro, M., y González, F. (2019). Prevalencia de depresión en mujeres gestantes de una institución de salud de la región huasteca sur de San Luis Potosí. *Tlatemoani: revista académica de investigación*, 10(30), 270-290.
- Reyes, V. (2018). Asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo. Instituto Nacional Materno Perinatal, junio – julio, 2017. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*.
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/8652>
- Rodríguez, A., May, L., Carrillo, M., y Rosado, L. (2017). Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 25(3), Article 3.
- Ruiz, G., Organista, H., López, R., Cortaza, L., y Vinalay, I. (2017). Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel. *Revista Salud y Administración*, 4(12), Article 12.
- Sáez, M. (2022). *Qué es Enfoque cuantitativo + características y etapas*.
<https://procrastinafacil.com/enfoque-cuantitativo/>
- Sánchez, L. (2018). *Grados de depresión: Conoce hasta qué punto estás deprimida*. Diario Femenino. <https://www.diariofemenino.com/articulos/psicologia/depresion/grados-de-depresion-conoce-la-escala-de-la-depresion/>
- Sedicias, S. (2023). *Depresión en el embarazo: Síntomas, causas y tratamiento*. Tua Saúde.
<https://www.tuasaude.com/es/depresion-en-el-embarazo/>
- Solís, M., Salazar, E., y Reyes, V. (2019). Depresión en gestantes y el apoyo de la pareja. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 7(2), 16-20.
<https://doi.org/10.33421/inmp.2018113>

11. Anexos

Anexo 1. Informe de estructura y coherencia



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Loja, 16 de junio de 2023

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza

DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL

Ciudad. -

De mis consideraciones:

En respuesta al memorando **Nro. UNL FSH-DCPS.CL 106**, recibido con fecha 13 de junio de 2023, solicitándome el respectivo informe de estructura y pertinencia del proyecto denominado: **"DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS"**, de la autoría de la señorita, **Patricia Magaly Puchaicela Campos**, con número de cédula de identidad, 1950018372, estudiante del VIII ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, puedo manifestar que posterior a las correcciones realizadas y entregadas con fecha 15 de junio de 2023, el proyecto cuenta con la pertinencia en estructura y coherencia.

Sin otro particular agradezco su atención.

Atentamente,



Escaneado y certificado por:
MARIA PAULA TORRES
POZO

Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Anexo 2. Asignación de Director/a del Trabajo de Integración Curricular



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORANDO. Nro. UNL-FSH-DCPS.CL 129
Loja, 19 de junio de 2023

DE: Doctora
Ana Catalina Puertas Azanza
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA FSH-UNL

PARA: Psicóloga
María Paula Torres Pozo Mgs
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL

ASUNTO: **DESIGNACIÓN DE DIRECCIÓN DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009", una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Integración Curricular fue aprobado; me permito hacerle conocer que está dirección, la ha designado Directora de del Proyecto de Integración Curricular adjunto, denominado: "**DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS**", autoría de: Patricia Magaly Puchaicela Campos CI. 1950018372, estudiante del VIII ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

En seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento

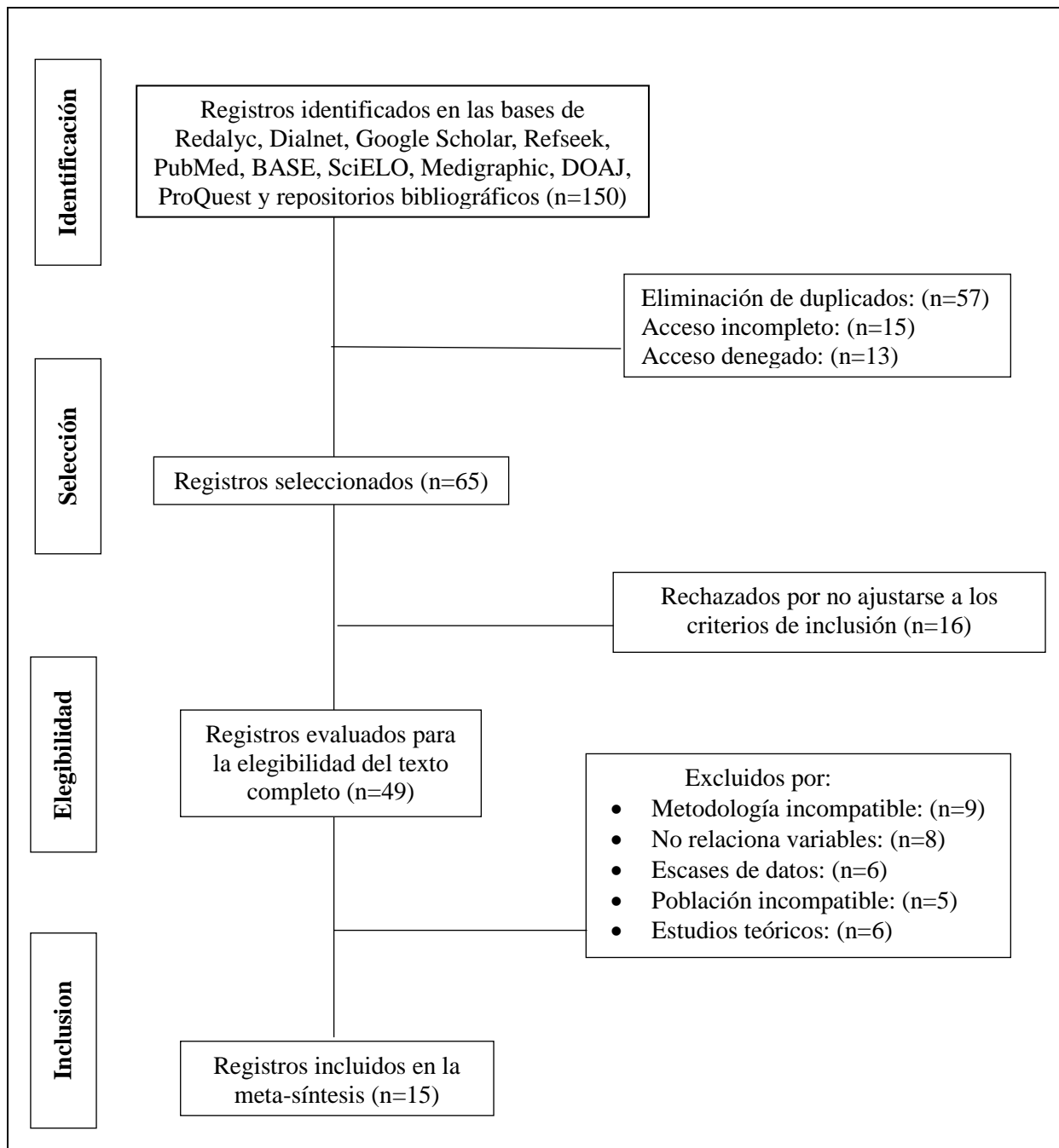
Atentamente,



Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c. Patricia Puchaicela Campos
Expediente académico
Archivo
APA/tsc

Anexo 4. Diagrama de flujo



Fuente: Registros identificados en las bases de Redalyc, Dialnet, Google Scholar, Refseek, PubMed, BASE, SciELO, Medigraphic, DOAJ, ProQuest y repositorios bibliográficos

Elaborado por: Patricia Puchaicela, 2023

Anexo 5. Características de la población de mujeres embarazadas

| Referencia | Muestra de cada estudio | Edad | | | | | | Estado Civil | | | | | | Escolaridad | | | | | | Nivel socioeconómico | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|------|---------|-------------|---------------|-----|--------|--------------|--------|-------------|---------------|--------------|--------|-------------|---------|-------------|---------------|----------|--------|----------------------|------|-------------|------------|------|-----|
| | | -20 | | 20 - 29 | | 30 | | Soltera | | Casada | | Convivientes | | Primaria | | Secundaria | | Superior | | Bajo | | Medio | | Alto | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Juárez et al (4) (2017) | 58 | 25 | 43,10% | 24 | 41,38% | 9 | 15,52% | 4 | 6,90% | 47 | 81,03% | 7 | 12,07% | 25 | 43,10% | 22 | 37,93% | 11 | 18,97% | 58 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Miranda et al (3)(2017) | 112 | 55 | 49,11% | 55 | 49,11% | 2 | 1,79% | 0 | 0,00% | 56 | 50,00% | 56 | 50,00% | 112 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 56 | 50% | 56 | 50% | 0 | 0% |
| Rodríguez et al (4) (2017) | 258 | 31 | 12,02% | 0 | 0,00% | 227 | 87,98% | 28 | 10,85% | 175 | 67,83% | 55 | 21,32% | 21 | 8,14% | 162 | 62,79% | 75 | 29,07% | 16 | 6% | 165 | 64% | 77 | 30% |
| Ruiz et al (4) (2017) | 89 | 89 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 46 | 51,69% | 24 | 26,97% | 19 | 21,35% | 0 | 0,00% | 89 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0% | 89 | 100% | 0 | 0% |
| González, M., y Urruela, G (2018) | 102 | 65 | 63,73% | 31 | 30,39% | 6 | 5,88% | 7 | 6,86% | 59 | 57,84% | 36 | 35,29% | 11 | 10,78% | 90 | 88,24% | 1 | 0,98% | 51 | 50% | 48 | 47% | 3 | 3% |
| Osma et al (4) (2019) | 244 | 0 | 0,00% | 244 | 100,00% | 0 | 0,00% | 42 | 17,21% | 33 | 13,52% | 169 | 69,26% | 122 | 50,00% | 122 | 50,00% | 0 | 0,00% | 200 | 82% | 44 | 18% | 0 | 0% |
| Ramos et al (4) (2019) | 50 | 16 | 32,00% | 15 | 30,00% | 19 | 38,00% | 9 | 18,00% | 0 | 0,00% | 41 | 82,00% | 19 | 38,00% | 15 | 30,00% | 16 | 32,00% | 5 | 10% | 45 | 90% | 0 | 0% |
| Solís et al (3) (2019) | 3214 | 157 | 4,88% | 2997 | 93,25% | 60 | 1,87% | 1000 | 31,11% | 2050 | 63,78% | 164 | 5,10% | 155 | 4,82% | 3000 | 93,34% | 59 | 1,84% | 214 | 7% | 3000 | 93% | 0 | 0% |
| Lima et al (4) (2020) | 65 | 20 | 30,77% | 30 | 46,15% | 15 | 23,08% | 16 | 24,62% | 10 | 15,38% | 39 | 60,00% | 18 | 27,69% | 18 | 27,69% | 29 | 44,62% | 38 | 58% | 16 | 25% | 11 | 17% |
| Nunton et al (3) (2020) | 237 | 37 | 15,61% | 155 | 65,40% | 45 | 18,99% | 42 | 17,72% | 38 | 16,03% | 157 | 66,24% | 15 | 6,33% | 146 | 61,60% | 76 | 32,07% | 44 | 19% | 119 | 50% | 74 | 31% |
| Pariona et al (4) (2020) | 95 | 10 | 10,53% | 80 | 84,21% | 5 | 5,26% | 9 | 9,47% | 10 | 10,53% | 76 | 80,00% | 8 | 8,42% | 66 | 69,47% | 21 | 22,11% | 15 | 16% | 67 | 71% | 13 | 14% |
| Londoño et al (5) (2021) | 55 | 0 | 0,00% | 55 | 100,00% | 0 | 0,00% | 26 | 47,27% | 28 | 50,91% | 1 | 1,82% | 48 | 87,27% | 5 | 9,09% | 2 | 3,64% | 42 | 76% | 11 | 20% | 2 | 4% |
| Gaviria et al (8) (2022) | 345 | 53 | 15,36% | 198 | 57,39% | 94 | 27,25% | 186 | 53,91% | 54 | 15,65% | 105 | 30,43% | 199 | 57,68% | 39 | 11,30% | 107 | 31,01% | 200 | 58% | 55 | 16% | 90 | 26% |
| Goyes et al (3) (2022) | 400 | 98 | 24,50% | 302 | 75,50% | 0 | 0,00% | 200 | 50,00% | 195 | 48,75% | 5 | 1,25% | 195 | 48,75% | 200 | 50,00% | 5 | 1,25% | 195 | 49% | 205 | 51% | 0 | 0% |
| Monterrosa et al (4) (2022) | 509 | 64 | 12,57% | 222 | 43,61% | 223 | 43,81% | 58 | 11,39% | 0 | 0,00% | 451 | 88,61% | 256 | 50,29% | 253 | 49,71% | 0 | 0,00% | 509 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Total | 5833 | 720 | 12,34% | 4408 | 75,57% | 705 | 12,09% | 1673 | 28,68% | 2779 | 47,64% | 1381 | 23,68% | 1204 | 20,64% | 4227 | 72,47% | 402 | 6,89% | 1643 | 28% | 3920 | 67% | 270 | 5% |

Fuente: Registros identificados en las bases de Redalyc, Dialnet, Google Scholar, Refseek, PubMed, BASE, SciELO, Medigraphic, DOAJ, ProQuest y repositorios bibliográficos

Elaborado por: Patricia Puchaicela, 2023

Anexo 6. Prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas por el año de cada estudio

| Prevalencia de la depresión por año | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--|
| Año | Muestra | Sin Depresión | | Con Depresión | | |
| | | F | % | F | % | |
| 2016 | | | | | | |
| Ninguno | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | |
| | Total | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | |
| 2017 | | | | | | |
| Juárez et al (4) | 58 | 37 | 63,79% | 21 | 36,21% | |
| Miranda et al (3) | 112 | 28 | 25,00% | 84 | 75,00% | |
| Rodríguez et al (4) | 258 | 215 | 83,33% | 43 | 16,67% | |
| Ruiz et al (4) | 89 | 68 | 76,40% | 21 | 23,60% | |
| | Total | 517 | 67,31% | 169 | 32,69% | |
| 2018 | | | | | | |
| González, M., y Urruela, G | 102 | 91 | 89,22% | 11 | 10,78% | |
| | Total | 102 | 89,22% | 11 | 10,78% | |
| 2019 | | | | | | |
| Osma et al (4) | 244 | 184 | 75,4% | 60 | 24,6% | |
| Ramos et al (4) | 50 | 46 | 92,0% | 4 | 8,0% | |
| Solís et al (3) | 3214 | 1334 | 41,5% | 1880 | 58,5% | |
| | Total | 3508 | 44,6% | 1944 | 55,4% | |
| 2020 | | | | | | |
| Lima et al (4) | 65 | 38 | 58,46% | 27 | 41,54% | |
| Nunton et al (3) | 237 | 183 | 77,22% | 54 | 22,78% | |
| Pariona et al (4) | 95 | 49 | 51,58% | 46 | 48,42% | |
| | Total | 397 | 68,01% | 127 | 31,99% | |
| 2021 | | | | | | |
| Londoño et al (5) | 55 | 20 | 36,36% | 35 | 63,64% | |
| | Total | 55 | 36,36% | 35 | 63,64% | |
| 2022 | | | | | | |
| Gaviria et al (8) | 345 | 240 | 69,57% | 105 | 30,43% | |
| Goyes et al (3) | 400 | 227 | 56,75% | 173 | 43,25% | |
| Monterrosa et al (4) | 509 | 372 | 73,08% | 137 | 26,92% | |
| | Total | 1254 | 66,91% | 415 | 33,09% | |

Fuente: Registros identificados en las bases de Redalyc, Dialnet, Google Scholar, Refseek, PubMed, BASE, SciELO, Medigraphic, DOAJ, ProQuest y repositorios bibliográficos

Elaborado por: Patricia Puchaicela, 2023

Anexo 7. Prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas por el país de cada estudio

| Prevalencia de la depresión por país | | | | | |
|--------------------------------------|-------------|---------------|--------|---------------|---------------|
| País | Muestra | Sin Depresión | | Con Depresión | |
| | | F | % | F | % |
| México | | | | | |
| Juárez et al (4) | 58 | 37 | 63,79% | 21 | 36,21% |
| Rodríguez et al (4) | 258 | 215 | 83,33% | 43 | 16,67% |
| Ruiz et al (4) | 89 | 68 | 76,40% | 21 | 23,60% |
| Ramos et al (4) | 50 | 46 | 92,00% | 4 | 8,00% |
| Total | 455 | 366 | 80,44% | 89 | 19,56% |
| Colombia | | | | | |
| Osma et al (4) | 244 | 184 | 75,41% | 60 | 24,59% |
| Londoño et al (5) | 55 | 20 | 36,36% | 35 | 63,64% |
| Gaviria et al (8) | 345 | 240 | 69,57% | 105 | 30,43% |
| Monterrosa et al (4) | 509 | 372 | 73,08% | 137 | 26,92% |
| Total | 1153 | 816 | 70,77% | 337 | 29,23% |
| Perú | | | | | |
| Solís et al (3) | 3214 | 1334 | 41,51% | 1880 | 58,49% |
| Nunton et al (3) | 237 | 183 | 77,22% | 54 | 22,78% |
| Pariona et al (4) | 95 | 49 | 51,58% | 46 | 48,42% |
| Total | 3546 | 1566 | 44,16% | 1980 | 55,84% |
| Chile | | | | | |
| Miranda et al (3) | 112 | 28 | 25,00% | 84 | 75,00% |
| Total | 112 | 28 | 25,00% | 84 | 75,00% |
| Guatemala | | | | | |
| González, M., y Urruela, G | 102 | 91 | 89,22% | 11 | 10,78% |
| Total | 102 | 91 | 89,22% | 11 | 10,78% |
| Brasil | | | | | |
| Lima et al (4) | 65 | 38 | 58,46% | 27 | 41,54% |
| Total | 65 | 38 | 58,46% | 27 | 41,54% |
| Ecuador | | | | | |
| Goyes et al (3) | 400 | 227 | 56,75% | 173 | 43,25% |
| Total | 400 | 227 | 56,75% | 173 | 43,25% |

Fuente: Registros identificados en las bases de Redalyc, Dialnet, Google Scholar, Refseek, PubMed, BASE, SciELO, Medigraphic, DOAJ, ProQuest y repositorios bibliográficos

Elaborado por: Patricia Puchaicela, 2023

Anexo 8. Certificado del abstract

Lic. Paola Elizabeth Seraquive Valarezo.

DOCENTE Y TRADUCTORA DEL IDIOMA INGLÉS

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto, es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen del trabajo de integración curricular titulado "**DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS**", autoría de **Patricia Magaly Puchaicela Campos** con número de cédula **1950018372**, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses estime conveniente.

Loja, 20 de octubre del 2023



Lic. Paola Elizabeth Seraquive Valarezo

DOCENTE Y TRADUCTORA DEL IDIOMA INGLÉS

C.I. 1103536551

Número de registro SENESCYT: 1008-09-936161