



Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano

Psychosocial and obstetric factors associated with depression, anxiety or psychological stress in pregnant women residing in the Colombian Caribbean.

Álvaro Monterrosa-Castro,¹ Alix Rodelo-Correa,² Angélica Monterrosa-Blanco,³ Isabella Morales-Castellar⁴

Resumen

OBJETIVO: 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.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal, con nivel de análisis relacional e inclusión prospectiva efectuado en mujeres embarazadas residentes en el área rural o urbana del Departamento de Bolívar, en el Caribe colombiano, que acudieron a control prenatal ambulatorio. Se aplicó un formulario que incluía variables socio-demográficas y la escala *Depression, Anxiety and Stress*. Para observar la asociación entre características sociales y obstétricas con cada dominio se recurrió a modelos de regresión logística ajustada.

RESULTADOS: Se reunieron 509 embarazadas, luego de descartar a 25 (4.6%) 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.

CONCLUSIÓN: Se encontró que 3 de cada 10 pacientes tuvieron depresión, ansiedad o estrés. Hubo asociación significativa de varios factores psicosociales.

PALABRAS CLAVE: Depresión; ansiedad; estrés psicológico; mujeres embarazadas.

Abstract

OBJECTIVE: To determine the prevalence of depression, anxiety, and psychological stress with a widely used scale and to estimate the factors associated with each of them, in pregnant women attending outpatient prenatal care.

MATERIALS AND METHODS: Cross-sectional study, with relational level of analysis and prospective inclusion carried out in pregnant women residing in the rural or urban area of the Department of Bolívar, in the Colombian Caribbean, who attended outpatient prenatal control. A form including sociodemographic variables and the Depression, Anxiety and Stress scale was applied. Adjusted logistic regression models were used to observe the association between social and obstetric characteristics with each domain.

RESULTS: We collected 509 pregnant women, after discarding 25 (4.6%) who did not have complete data. The median age was 26 years. Eighteen percent reported feeling

¹Ginecoobstetra, profesor, líder del Grupo de Investigación Salud de la Mujer.

²Estudiante de Medicina.

³Magíster en Epidemiología clínica.

⁴Estudiante de Medicina.

Grupo de Investigación Salud de la Mujer, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia.

ORCID

<https://orcid.org/0000-0002-0686-6468>

<https://orcid.org/0000-0002-7787-2793>

<https://orcid.org/0000-0001-5279-7013>

<https://orcid.org/0000-0001-9386-3419>

Recibido: diciembre 2021

Aceptado: enero 2022

Correspondencia

Álvaro Monterrosa Castro
alvaromonterrosa@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Monterrosa-Castro A, Rodelo-Correa A, Monterrosa-Blanco A, Morales-Castellar I. Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano. Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (2): 134-147.



sad and significantly to very depressed at some point during pregnancy. Thirty-four percent found it difficult to take the initiative to engage in activities. Fifteen percent felt trembling in their hands. Severe-extremely severe anxiety was almost three times more frequent than depression or psychological stress of equal severity.

CONCLUSION: Three out of 10 patients were found to have depression, anxiety, or stress. There was significant association of several psychosocial factors.

KEYWORDS: Depression; Anxiety; Stress psychological; Pregnant women.

ANTECEDENTES

El embarazo es un proceso natural que se acompaña de adaptación espontánea a distintas exigencias biopsicosociales.^{1,2,3} Lo común es que el personal de salud que atiende a las embarazadas asuma en mayor proporción componentes biomédicos, dejando de lado influencias socioculturales y síntomas psicológicos de depresión, ansiedad o estrés, que son condicionantes de padecimientos obstétricos.^{4,5} Los trastornos mentales que cursan con aumento de cortisol y noradrenalina implican disminución del flujo sanguíneo uterino y repercusión negativa en la madre, el feto, el neonato y el infante.^{1,5}

La Organización Mundial de la Salud define a la depresión como un estado caracterizado por tristeza persistente, pérdida del interés en las situaciones que normalmente se disfrutan e incapacidad para llevar a cabo actividades cotidianas durante al menos dos semanas.⁶ La American Psychological Association define a la ansiedad como el conjunto de preocupaciones excesivas que perduran, incluso sin causa, y al estrés psicológico como la respuesta emocional producto de un desencadenante externo familiar, laboral o social.⁷

En el ámbito mundial, la depresión, la ansiedad y el estrés psicológico afectan del 15 al 25% de

las embarazadas,⁸ con variaciones en la frecuencia de los trastornos de la salud mental según la economía de los países. En los de ingresos altos se estima entre 10 al 15% y en los de ingresos medios-bajos entre 10 a 41%.⁶ En Latinoamérica existen pocos datos referentes a trastornos de la salud mental en las embarazadas y en la región del Caribe colombiano son insuficientes los estudios de depresión, ansiedad o estrés en embarazadas.^{9,10} El objetivo de este estudio fue: 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 embarazadas asistentes a control prenatal ambulatorio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, con nivel de análisis relacional e inclusión prospectiva perteneciente al proyecto de investigación “salud biopsicosocial en embarazadas de bajo riesgo atendidas en la consulta prenatal” llevado a cabo en embarazadas residentes en el área rural o urbana del Departamento de Bolívar, en el Caribe colombiano, que acudieron a control prenatal ambulatorio.

Al salir de la consulta prenatal se encuestó a las embarazadas por parte de una encuestadora, quien las invitó a participar, explicó los propósitos, el carácter anónimo y voluntario del

estudio, el requerimiento del consentimiento o asentimiento informado, y los componentes del formulario. *Criterios de inclusión:* mujeres con siete o más semanas de embarazo: establecidas por fecha de la última menstruación, con reporte de concentraciones de gonadotropina coriónica o informe ecográfico. *Criterios de exclusión:* embarazadas que no desearon participar, con discapacidad mental, limitación de lectoescritura o manifestación de no comprender el formulario; además, quienes tenían antecedente de enfermedad psiquiátrica o atención psicológica, y las que fueron diagnosticadas con enfermedades agudas que ameritaban atención urgente. En el informe se incluyeron las embarazadas encuestadas diaria y consecutivamente en el último trimestre del 2019 y en el primero del 2021. La toma de información en el 2020 fue inconstante, en gran medida, por las restricciones de la pandemia de COVID-19, ese pequeño grupo de embarazadas no se incluyó en el análisis.

El formulario constó de tres partes: la primera, interrogaba acerca de la: edad, escolaridad, estado civil, actividad laboral, área de residencia, práctica religiosa, opiniones acerca del embarazo, problemas económicos o de pareja, hábitos, antecedentes médicos y obstétricos. En la segunda parte se documentaron: el peso corporal (kg) medido con una báscula, con la embarazada sin calzado; estatura corporal (m) obtenida con un tallímetro con la embarazada descalza y apoyada contra la pared; índice de masa corporal, estimado con una calculadora al dividir el peso entre la talla al cuadrado, valor ajustado conforme al trimestre de embarazo, utilizando el nomograma de Rosso-Mardones.¹¹

La tercera parte fue la de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (*DASS-21* por sus siglas en inglés), propuesta por Antony y colaboradores,¹² a partir de la encuesta inicial que desarrollaron los hermanos Lobivond.¹³ El instrumento fue autoadministrable, fácil de responder e inter-

pretar y que explora tres dominios: depresión, ansiedad y estrés psicológico. El primero evalúa la autoestima, el afecto positivo, la tristeza y la desesperanza [ítems 3,5,10,13,16,17,21]; el segundo: la excitación autónoma, los síntomas musculoesqueléticos, la experiencia subjetiva de la excitación ansiosa y la ansiedad situacional [ítems 2,4,7,9,15,19,20]; el tercero: la agitación, el afecto negativo y la tensión [ítems 1,6,8,11,12,14,18]. Cada uno de los ítems se responde: “no se aplica a mí en lo absoluto”, “se aplica a mí hasta cierto punto”, “se aplica a mí en grado considerable” y “se aplica mucho a mí”; asignándose desde 0 hasta 3 puntos, correspondientemente. La puntuación de cada dominio fue de 0 a 21. La severidad de depresión se estableció en: ausente [0-4], leve [5-6], moderada [7-10], severa [11-13] o extremadamente severa [14 o más puntos]. Para ansiedad: ausente [0-3], leve [4-5], moderada [6-7], severa [8-9] o extremadamente severa [10 o más]. Para estrés: ausente [0-7], leve [8-9], moderado [10-12], severo [13-16] o extremadamente severo [17 o más].¹² Con base en lo anterior, para este estudio se consideró depresión con ≥ 5 puntos, ansiedad ≥ 4 y estrés psicológico ≥ 8 . *DASS-21* está validada en embarazadas vietnamitas, australianas, iraníes y nigerianas.¹⁴⁻¹⁷ No se encontró validación en embarazadas colombianas. Se utilizó la versión en español aplicada a estudiantes universitarios chilenos, donde encontraron un alfa de Cronbach de 0.85 para el dominio depresión, 0.73 para ansiedad y 0.83 para estrés.¹⁸

Los formularios se aplicaron diariamente hasta agotarlos. Cada semana se revisaron, los llenados de manera incompleta se archivaron en la carpeta de “descartados” y los correctos en “aceptados”. Estos últimos se transcribieron a una base de datos Microsoft Excel.

El cálculo del tamaño de muestra se llevó a cabo con datos de las estadísticas vitales [EEVV] del año 2018, informadas por el Departamento



Administrativo Nacional de Estadísticas [DANE] de Colombia, que estimó entre 28,841 y 49,160 que fue la cantidad de nacimientos en ese año, para el departamento de Bolívar. (<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cifras-definitivas-2018.pdf>) Se utilizaron nacimientos al no encontrar información acerca de los embarazos. Se utilizó el límite superior de nacimientos y se calculó un tamaño de muestra de 382 formularios con EPI DAT 3.1 [Análisis epidemiológico a partir de datos tabulados], IC99%, proporción esperada 50%, significación 1% y precisión absoluta 5%. Para compensar los documentos descartados se agregó 40%. Se tuvieron disponibles 534 formularios, que a conveniencia se destinaron a: 25% para el centro de atención rural y 75% para el urbano.

El análisis estadístico se realizó con Stata IC16. Los datos continuos se expresan en mediana [Me] y rango intercuartílico [RIC], por tener distribución no paramétrica según la prueba de Shapiro-Wilk. La puntuación de los dominios de la escala se presenta en media con desviación estándar; categóricos en valores absolutos, porcentajes e IC95%. Se estableció la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés psicológico conforme a los puntos de corte establecidos. En la población de estudio se estimó la confiabilidad tipo consistencia interna, alfa de Cronbach para los tres dominios del DASS-21. Se integraron tres modelos de regresión logística ajustada, para estimar con OR e IC95% la asociación entre depresión, ansiedad o estrés psicológico (variable dependiente) con los aspectos clínicos y sociodemográficos considerados en el estudio (variables independientes). Se verificó el ajuste estadístico de cada modelo con la prueba Hosmer-Lemeshow. Un valor de $p < 0.05$ se consideró significativo desde el punto de vista estadístico.

Se tuvieron en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki, los principios éticos y las

pautas para la protección de los seres humanos en investigación conforme al informe Belmont y la Resolución 8430-1993 del Ministerio de Salud de Colombia. El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética de la Clínica Santa Cruz de Bocagrande, Cartagena (Acta 04-2018 del 5 de febrero del 2018).

RESULTADOS

Se reunieron 509 embarazadas, luego de descartar a 25 (4.6%) que no reunieron los datos completos; 33.2% por encima del tamaño de la muestra calculada. La mediana de edad fue de 26 años: 12.6% adolescentes; 41.2% primigestas; 17.8% obesas y 27.9% con problemas económicos. Más de la mitad eran amas de casa, estaban casadas o en unión libre y eran creyentes o no practicantes de alguna religión. El 35.9% residían en el área rural. (**Cuadro 1**)

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 hasta cierto punto. El 37% tuvo miedo sin razón alguna. Al 52% le costó relajarse. El 7% notó que se agitaban la mayor parte del tiempo. Las frecuencias de las respuestas a los ítems de la escala DASS-21 se registran en el **Cuadro 2**.

La puntuación media del dominio depresión: 3.1 ± 4.2 ; ansiedad: 3.5 ± 4.1 y estrés: 4.4 ± 4.5 . Se encontró alfa de Cronbach de 0.88 para depresión; 0.83 para ansiedad y 0.86 para estrés. La ansiedad fue la alteración más prevalente entre las tres exploradas. A su vez, la ansiedad severamente severa fue prácticamente tres veces más frecuente que la depresión o el estrés psicológico, de igual severidad. En la **Figura 1** se señalan las frecuencias de: depresión, ansiedad y estrés.

Cuadro 1. Características sociodemográficas (n = 509) (continúa en la siguiente página)

Variables	Me [RIC]*
Edad	26,0 [22,0-32,0]
Años de estudio	13,0 [11,0-14,0]
Semanas de embarazo	28,0 [20,0-35,0]
Peso en el embarazo	69,0 [61,0-78,0]
Índice de masa corporal en el embarazo	26,5 [23,9-29,8]
	n (%) [IC95%]
Grupos etarios	Adolescentes (13-19 años) 46 (12.5) [9.9-15.7] Adultas (20-42 años) 445 (87.4) [84.2-90.0]
Estado civil	Solteras 58 (11.3) [8.9-14.4] Estar unidas (casadas-unión libre) 451 (88.6) [85.5-91.0]
Religión	Creyente no practicante 276 (54.2) [49.8-58.5] Practicante 233 (45.7) [41.5-50.1]
Ocupación	Ama de casa 256 (50.2) [45.9-54.6] Empleada-profesional-estudiante 253 (49.7) [45.3-54.0]
Área de residencia	Urbana 326 (64.0) [59.7-68.1] Rural 183 (35.9) [31.9-40.2]
Consumo diario de café durante el embarazo	141 (27,7) [23,9-31,7]
Percepción u opinión	Angustia durante el embarazo 111 (21.8) [18.4-25.5] Preocupación con el embarazo 145 (28.4) [24.7-32.5] Problemas conyugales 43 (8.4) [6.3-11.1] Problemas económicos 142 (27.9) [24.1-31.9] Hipertensión arterial 19 (3.7) [2.4-5.7]
Antecedentes médicos	Diabetes mellitus 12 (2.3) [1.3-4.0] Asma 25 (4.9) [3.3-7.1] Hipotiroidismo 20 (3.9) [2.5-5.9]
Embarazo	Primigestante 210 (41.2) [37.0-45.5] Dos o más gestaciones 299 (58.7) [54.4-62.9]
Partos	Ninguno 363 (71.3) [67.2-75.0] Uno o más 146 (28.6) [24.9-32.7]
Abortos	Ninguno 414 (81.3) [77.7-84.4] Uno o más 95 (18.6) [15.5-22.2]

**Cuadro 1.** Características sociodemográficas (n = 509) (continuación)

Variables		Me [RIC]*
Cesáreas	Ninguna	353 (69.3) [65.2-73.2]
	Una o más	156 (30.6) [26.8-34.7]
Trimestre del embarazo	Primero	39 (7.6) [5.6-10.3]
	Segundo	221 (43.4) [39.1-47.7]
	Tercero	249 (48.9) [44.6-53.2]
Estado nutricional gestacional	Infra peso	99 (19.4) [16.2-23.1]
	Normal	184 (36.1) [32.0-40.4]
	Sobre peso	135 (26.5) [22.8-30.5]
	Obesidad	91 (17.8) [14.7-21.4]
Enfermedades durante el embarazo	Diabetes gestacional	43 (8.4) [6.3-11.1]
	Anemia gestacional	67 (13.1) [10.5-16.3]
	Infección urinaria	150 (29.4) [25.6-33.5]

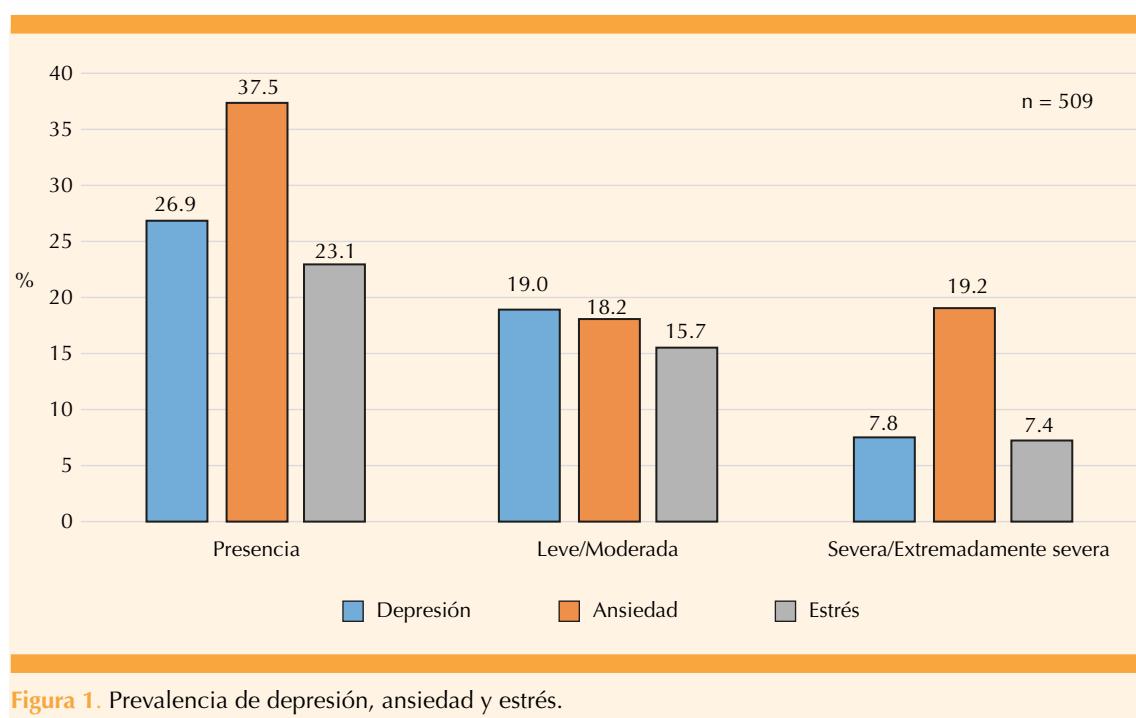
*Mediana [Rango intercuartílico]

Cuadro 2. Escala de depresión, ansiedad, estrés [DASS-21]. Frecuencias relativas (%) (continúa en la siguiente página)

Variable	No se aplica a mí en lo absoluto	Se aplica a mí hasta cierto punto	Se aplica a mí en grado considerable	Se aplica a mí mucho
Dominio depresión				
No podía sentir ningún sentimiento positivo	69.7	17.8	8.6	3.7
Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	65.6	23.3	8.0	2.9
Sentí que no tenía nada porqué vivir	78.5	12.3	6.6	2.3
Me sentí triste y deprimido	55.9	25.5	11.5	6.8
No me pude entusiasmar por nada	71.1	17.4	7.6	3.7
Sentí que valía muy poco como persona	77.2	11.9	7.0	3.7
Sentí que la vida no tenía ningún sentido	80.5	9.0	7.2	3.1
Dominio ansiedad				
Me di cuenta que tenía la boca seca	61.6	20.8	11.9	5.5
Se me hizo difícil respirar	73.6	14.9	7.6	3.7
Sentí que mis manos temblaban	73.0	15.1	8.4	3.3
Estaba preocupada por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	63.8	21.0	9.8	5.3
Sentí que estaba a punto de pánico	76.0	13.9	6.8	3.1
Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	63.2	18.2	12.3	6.0
Tuve miedo sin razón	62.4	20.8	10.8	5.8

Cuadro 2. Escala de depresión, ansiedad, estrés [DASS-21]. Frecuencias relativas (%) (continuación)

Variable	No se aplica a mí en lo absoluto	Se aplica a mí hasta cierto punto	Se aplica a mí en grado considerable	Se aplica a mí mucho
Dominio estrés				
Me costó mucho relajarme	46.9	31.4	14.5	7.0
Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	55.2	28.4	10.0	6.2
Sentí que tenía muchos nervios	63.2	21.8	9.8	5.1
Noté que me agitaba	54.2	27.1	11.5	7.0
Se me hizo difícil relajarme	56.9	25.5	11.3	6.0
No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	68.3	21.0	7.4	3.1
Sentí que estaba muy irritable	60.1	23.9	11.9	3.9

**Figura 1.** Prevalencia de depresión, ansiedad y estrés.

En la frecuencia de depresión, ansiedad o estrés no hubo diferencias al comparar conforme al antecedente de hipotiroidismo, diabetes mellitus, parto, aborto o trimestre del embarazo ($p > 0.05$). En ausencia de cesárea previa, en comparación con tener una o más, se observó mayor frecuencia de depresión, ansiedad y es-

trés. Fueron significativas las diferencias en la frecuencia de depresión, ansiedad o estrés, según los grupos etarios, práctica religiosa, áreas de residencia, angustia durante el embarazo, preocupación con el embarazo, hipertensión arterial, anemia, problemas económicos o de pareja. **Cuadro 3**



Cuadro 3. Frecuencia relativa de depresión, ansiedad y estrés. Comparación según características sociodemográficas y obstétricas (n = 509) (continúa en la siguiente página)

Variables	Depresión n = 137 (26.9%)		Ansiedad n = 191 (37.5%)		Estrés n = 118 (23.1%)	
	(%)	p	(%)	p	(%)	p
Grupos etarios	Adolescentes	59.3	< 0.001	64.0	< 0.001	34.3
	Adultas	22.2		33.7		21.5
Estado civil	Solteras	46.5	< 0.001	48.2	0.07	32.7
	Estar unidas	24.3		36.1		21.9
Religión	Creyente no practicante	24.3	< 0.001	43.4	< 0.001	26.8
	Practicante	18.8		30.4		18.8
Ocupación	Ama de casa	33.9		42.9		26.5
	Empleada/profesional/ Estudiante	19.7	< 0.001	32.0	< 0.05	19.7
Residencia	Urbana	15.6	< 0.001	29.1	< 0.001	19.0
	Rural	46.9		52.4		30.6
Embarazo	Primigestante	29.5	0.26	43.3	< 0.05	27.1
	Dos o más gestaciones	25.0		33.4		20.4
Partos vaginales	Ninguno	25.6	0.29	37.7		22.3
	Uno o más	30.1		36.9	0.87	25.3
Abortos	Ninguno	27.5	0.51	38.4	0.39	23.6
	Uno o más	24.2		33.6		21.0
Cesáreas	Ninguna	29.4	0.05	42.2	0.001	26.3
	Una o más	21.1		26.9		16.0
Trimestre del embarazo	Primero	15.3		30.7		23.0
	Segundo	30.3	0.12	42.9	0.07	24.8
	Tercero	25.7		33.7		21.6
Estado nutricional gestacional	Infra peso	37.3		46.4		24.2
	Normal	30.4	< 0.05	39.1	0.10	26.0
	Sobre peso	17.7		31.8		19.2
	Obesidad	21.9		32.9		21.9
Angustia durante el embarazo	No	19.8	< 0.001	30.4	< 0.001	18.5
	Si	52.2		63.0		39.6
Preocupación con el embarazo	No	21.7	< 0.001	31.5	< 0.001	14.8
	Si	40.0		52.4		44.1
Problemas conyugales	No	24.0	< 0.001	34.7	< 0.001	20.3
	Si	58.1		67.4		53.4
Problemas económicos	No	19.8	< 0.001	32.4	< 0.001	17.4
	Si	45.0		50.7		38.0
Consumo diario de café durante el embarazo	No	22.8	< 0.001	34.2	< 0.05	21.4
	Si	37.5		46.1		27.6

Cuadro 3. Frecuencia relativa de depresión, ansiedad y estrés. Comparación según características sociodemográficas y obstétricas (n = 509) (continuación)

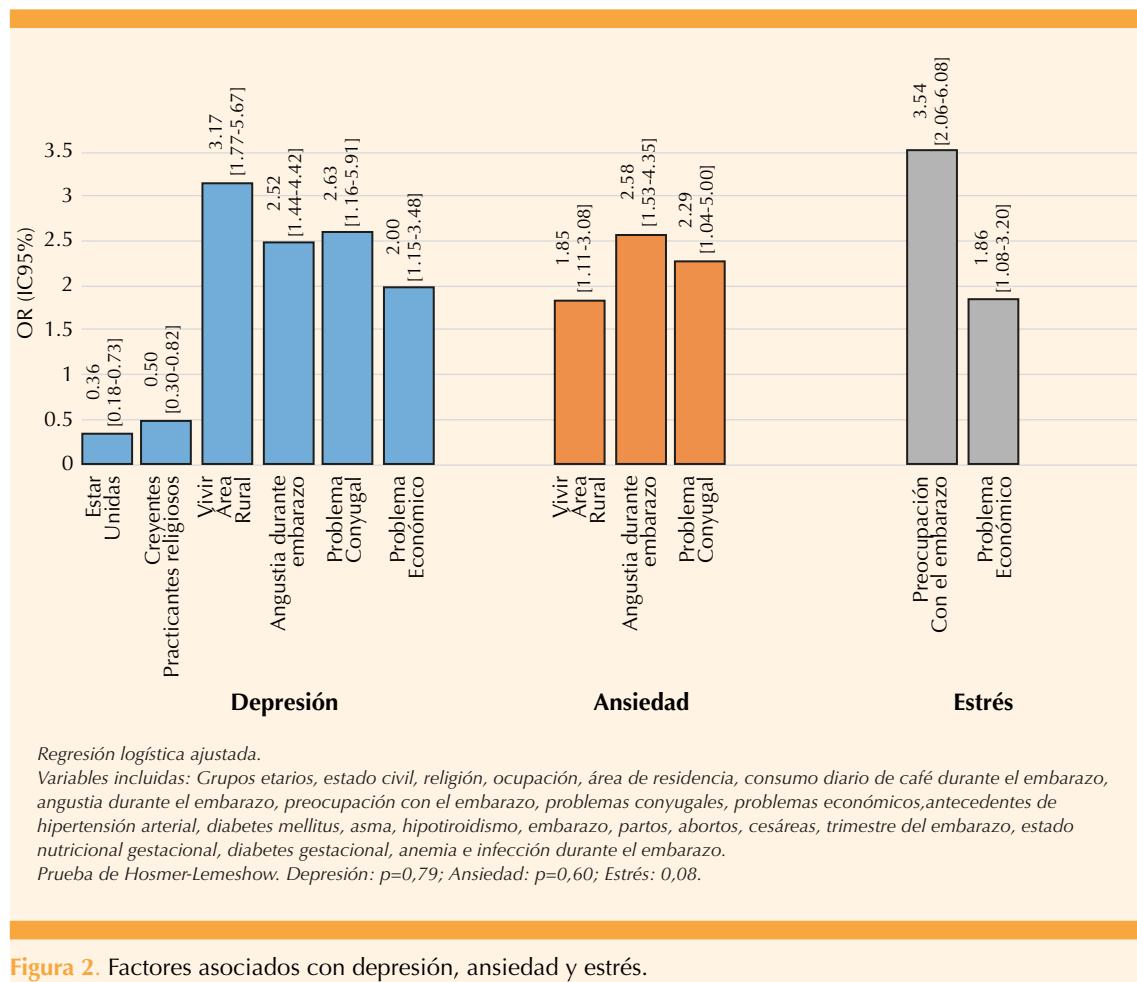
Variables	Depresión n = 137 (26.9%)		Ansiedad n = 191 (37.5%)		Estrés n = 118 (23.1%)	
	(%)	p	(%)	p	(%)	p
Hipertensión arterial	No	25.9	0.010	36.5	< 0.05	22.2
	Si	52.6		63.1		47.3
Diabetes mellitus	No	26.9	0.87	37.4	0.76	23.3
	Si	25.0		41.6		16.6
Asma	No	26.6	0.55	36.5	0.05	22.3
	Si	32.0		56.0		40.0
Hipotiroïdismo	No	26.7	0.75	37.2	0.48	23.3
	Si	30.0		45.0		20.0
Diabetes gestacional	No	28.1	< 0.05	37.9	0.48	23.3
	Si	13.9		32.5		20.9
Anemia gestacional	No	25.3	< 0.05	35.7	< 0.05	21.9
	Si	37.3		49.2		31.3
Infección urinaria	No	24.2	< 0.05	34.5	< 0.05	21.7
	Si	33.3		44.6		26.6

Los tres modelos de regresión logística ajustada para valorar la depresión, la ansiedad y el estrés psicológico mostraron adecuado ajuste ($p > 0.05$). Residir en el área rural, sentirse angustiada durante el embarazo, tener problemas conyugales y económicos se asociaron con mayor frecuencia de depresión. El hecho de estar casada o unida y ser practicante religiosa se asoció con menor frecuencia ($p < 0.05$). A su vez, residir en el área rural, sentirse angustiada con el embarazo y tener problemas conyugales se asociaron con mayor frecuencia de ansiedad ($p < 0.05$). El hecho de sentirse preocupada con el embarazo se asoció con dos y media veces más la posibilidad de estrés; mientras que los problemas económicos se relacionaron con aumento del 85% en la frecuencia de igual situación. (**Figura 2**) Los antecedentes obstétricos, el estado nutricional y las enfermedades consideradas, no fueron factores que se hayan asociado significativamente con depresión, ansiedad o estrés psicológico.

DISCUSIÓN

El 26.9% de las embarazadas tuvieron depresión, porcentaje inferior al 32.7% encontrado por Effati-Daryani y coautores¹⁶ en embarazadas iraníes durante la pandemia COVID-19, también con DASS-21. Otros autores han informado 69.8 y 53.3% con la Edinburgh Postnatal Depression Scale y Beck Depression Inventory, respectivamente.^{1,19} Entre las solteras fue mayor la frecuencia de depresión, comparadas con las unidas, diferente a lo observado en las embarazadas de Tanzania.²⁰ Es posible que las embarazadas solteras tengan tendencia a estar más aisladas y con menos recursos psicológicos que las casadas.²¹

Al evaluar la depresión de acuerdo con el trimestre del embarazo, nuestros datos fueron similares a los de Bennett y colaboradores,²² quienes en una revisión sistemática comunicaron que en el primer trimestre la frecuencia de depresión fue



inferior con respecto al segundo y tercero. Sin embargo, otra revisión sistemática estimó 11% en el primero y 9% en los otros dos.²³

Se encontró que ser creyente-practicante de una religión se asoció con menor frecuencia de depresión, similar a lo señalado en el posparto por Mann y su grupo.²⁴ Participar en actividades religiosas varias veces al mes ofreció menor probabilidad de depresión (OR: 0.1; IC95%: 0.0-0.4). Moreira-Almeida y coautores²⁵ anotaron que la práctica religiosa ayudó a reducir los síntomas depresivos al favorecer la oportunidad

de mejorar el apoyo social y permitió mayor capacidad adaptativa de afrontamiento.

El hecho de residir en el área rural se asoció con mayor frecuencia de depresión, en coherencia con lo observado en las británicas.²⁶ Otros aspectos psicosociales: angustia durante el embarazo, problemas conyugales o económicos, también se relacionaron con depresión. Las embarazadas bajo presiones intensas suelen ser más vulnerables, tener más necesidades y requerir más apoyo.^{4,14,19,23,25} Si bien las adolescentes tuvieron mayor frecuencia de depresión, no se

observó asociación significativa, a diferencia de lo indicado en un estudio donde encontraron que tener menos de 23 años de edad, aumentó dos veces la probabilidad de depresión.²⁷ Otros factores, no explorados en este estudio se han relacionado con depresión en el embarazo: personalidad, síntomas de ansiedad, étnicos, depresión previa, ingresos familiares, embarazo no deseado, violencia materno-infantil, óbito fetal y apoyo familiar.^{4,23,28,29}

En el 37.2% de las embarazadas se identificó ansiedad, similar a lo reportado en embarazadas con la aplicación del Beck Anxiety Inventory.³⁰ Se han informado frecuencias más bajas con la escala Hospital Anxiety Scale, en mujeres en atención prenatal en Malasia.² En el estudio aquí comunicado la ansiedad fue más frecuente en el segundo trimestre; sin embargo, otros autores lo han notado en el primero o tercero.^{31,32} Contrario a lo que identificamos, en chinas con dos o más embarazos con respecto a primigestas, notificaron más frecuencia de ansiedad.³³ Osma-Zambrano y colaboradores⁹ encontraron ansiedad en el 65% de las embarazadas colombianas que no laboraban, mientras nosotros la encontramos en el 42% de las amas de hogar.

Se encontró que se relacionaban con ansiedad: residir en el área rural, tener problemas conyugales y sentir angustia durante el embarazo. No encontramos estudios que consideraran esas variables. Otros autores han señalado que la violencia de pareja, el bajo apoyo social, el antecedente de depresión, las complicaciones en los embarazos, el dolor pélvico crónico, el antecedente de sangrado vaginal persistente, fumar más de diez cigarrillos al día, consumir drogas ilícitas y tener estrés se relacionan con ansiedad.^{32,34,35,36} Tang y su grupo⁴ identificaron asociación entre la cantidad de embarazos y la ansiedad; en nuestro estudio no se observó.

La prevalencia de estrés en las embarazadas del estudio fue del 23.1%, similar a lo anotado en asiáticas e inferior a lo identificado en iraníes, también con DASS-21.^{35,37} Tandu-Umba y su grupo,³⁸ con Perceived Stress Scale-14 ítems, encontraron estrés en 57.1% de las embarazadas del Congo, mientras Monterrosa y colaboradores¹⁰ señalaron 51.2% con Perceived Stress Scale-10 ítems, en colombianas. En la misma línea a lo encontrado en nuestro estudio, en embarazadas de India se observaron mayores puntajes de estrés psicológico en primigestas.³⁹ Así mismo, en amas de casa se encontró mayor frecuencia de estrés, similar a lo señalado por otros autores.⁴⁰ Ser ama de casa se relaciona con aumento de 1.8 veces la posibilidad de estrés, en comparación con las que trabajaban fuera de casa.⁴ Todo parece indicar que estar insatisfecho con el lugar de residencia o el servicio hospitalario, no recibir sugerencias acerca del parto y la falta de atención prenatal, se asocian con estrés.^{4,41} En nuestro estudio, el estrés se asoció con: tener problemas económicos y sentirse preocupada con el embarazo. Las presiones económicas y laborales se relacionan con conflictos familiares, percepción de soledad, dependencia y necesidad de permanecer en casa.^{1,5,15,16,20,30,33} Las actividades de afrontamiento, como: conversar con familiares y amigos, escuchar música, hacer manualidades y la lectura de libros pueden minimizar o prevenir respuestas emocionales negativas, como el estrés.^{1,42}

Los padecimientos médicos valorados en este estudio no se asociaron con depresión, ansiedad o estrés. Otros autores han señalado que algunas consideraciones obstétricas, no evaluadas por nosotros, sí se asocian, específicamente: preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, depresión posparto, amenaza de aborto, parto pretérmino, bajo peso al nacer, bajo puntaje de Apgar, perímetro céfálico reducido, infecciones respiratorias, urinarias, gastrointestinales e incluso la muerte neonatal.^{1,3,5,30,36,38,43}



Slykerman y colaboradores⁴⁴ indicaron que el estrés durante el embarazo se asocia con depresión infantil.

Las fortalezas de este estudio son: la aplicación de una escala que indaga tres problemas de salud mental y la buena confiabilidad en el grupo estudiado. Además, el aporte de información acerca de depresión, ansiedad y estrés, el hecho de sumarse a los desenlaces previos reportados en embarazadas hispanoparlantes.^{9,10} Aporta un listado de factores psicosociales que deben tenerse en mente al poner en práctica programas de control prenatal que vayan más allá de lo obstétrico, y contribuye a visibilizar la problemática, desde una perspectiva latinoamericana.

Las limitaciones de este estudio son las de los estudios transversales, que permiten asociación y no causalidad. Por la forma en que se conformó el grupo de estudio es posible considerar la muestra a conveniencia. Son evidentes las posibilidades de sesgo de memoria o de medición, y los resultados puedan estar sobreestimados o subestimados. Se amerita validar la escala DASS-21 en embarazadas colombianas y emprender estudios con otros diseños metodológicos, para explorar suficientemente las afectaciones a la salud mental de las embarazadas, tomando en consideración sus interacciones biopsicosociales.

Se aconseja que las instituciones educativas médicas y los organismos académicos obstétricos fomenten la educación continua en psicobiología y psicopatología del embarazo. Se sugiere a los entes gubernamentales y no gubernamentales que, al elaborar políticas de atención prenatal, incluyan la evaluación rutinaria psicológica para estrechar la brecha entre la atención en salud mental y salud biológica.

En Colombia, la guía de práctica clínica recomienda efectuar la valoración trimestral

de estrés psicosocial en las embarazadas, para identificar riesgos y remitir a la consulta especializada.⁴⁵ Sin embargo, se considera que existen carencias en ese documento que limitan en la práctica clínica rutinaria el tratamiento integral de la embarazada. Se amerita que al equipo que lleva a cabo el control prenatal, se sumen profesionales con formación en psicología de la salud. Todo el cuerpo de atención a la salud de atención prenatal debe apropiarse de conceptos y consideraciones psicosociales porque son frecuentes y se relacionan entre ellos, como se observó en este estudio. Varios autores alertan que los profesionales que cuidan a las embarazadas no suelen evaluar la salud mental e, incluso, las embarazadas no informan o no reconocen las diferentes manifestaciones, por ello no suelen identificarse temprana o de manera suficiente las expresiones clínicas de la depresión, la ansiedad y el estrés psicológico.^{8,30}

CONCLUSIÓN

En un grupo de mujeres embarazadas de la consulta prenatal se encontró que en 3 de cada 10 se identificó depresión, ansiedad o estrés psicológico. Varios factores psicosociales se asociaron significativamente, lo que no se observó con variables clínicas u obstétricas. Se sugiere efectuar la evaluación social y afectiva en todas las embarazadas, en la misma magnitud como se exploran los aspectos biológicos u obstétricos, buscando la conservación de la buena calidad de vida y el suficiente bienestar de la madre y el feto.

Agradecimientos

A Mileydis Barrios Jiménez y Mabel Vergara Borja por haber efectuado la invitación a las embarazadas, aplicar los formularios y custodiar la información obtenida.

REFERENCIAS

1. Kartal YA, Oskay UY. Anxiety, depression and coping with stress styles of pregnant women with preterm labor risk. *International Journal of Caring Sciences*. 2017;10:716-725. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/9_kartal_original_10_2.pdf
2. Fadzil A, Balakrishnan K, Razali R, Sidi H, Malapan T, Japaraj RP, et al. Risk factors for depression and anxiety among pregnant women in Hospital Tuanku Bainun, Ipoh, Malaysia. *Asia Pac Psychiatry* 2013; 5 (Suppl 1):7-13. doi:10.1111/appy.12036
3. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2016; 191: 62-77. doi:10.1016/j.jad.2015.11.014
4. Tang X, Lu Z, Hu D, Zhong X. Influencing factors for prenatal stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *J Affect Disord* 2019; 253: 292-302. doi:10.1016/j.jad.2019.05.003
5. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry* 2012; 25 (2): 141-48. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503680
6. World Health Organization. Maternal mental health and child health and development in low- and middle-income countries: report of the meeting, Geneva, Switzerland, 30 January-1 February, 2008. World Health Organization. Accessed August 1, 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43975/9789241597142_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. American Psychological Association. What's the difference between stress and anxiety? Accessed August 1, 2020. <http://www.apa.org/topics/stress/anxietydifference>
8. Kingston D, Austin MP, Hegadoren K, McDonald S, Lasiuk G, McDonald S, et al. Study protocol for a randomized, controlled, superiority trial comparing the clinical and cost- effectiveness of integrated online mental health assessment-referral-care in pregnancy to usual prenatal care on prenatal and postnatal mental health and infant health and development: the Integrated Maternal Psychosocial Assessment to Care Trial (IMPACT). *Trials*. 2014; 15: 72. doi: 10.1186/1745-6215-15-72
9. Osma-Zambrano SE, Lozano-Osma MD, Mojica-Perilla M, Redondo-Rodríguez S. Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). *MedUNAB* 2019; 22 (2): 171-85. doi:10.29375/0123-7047.3586
10. Monterrosa-Castro Á, González-Sequeda A, Romero-Martínez S. Estrés psicológico percibido y factores asociados en gestantes clasificadas como de bajo riesgo que acudieron a control prenatal. *Arch Med (Manizales)*. 2022. En prensa
11. Mardones F, Rosso P. Desarrollo de una curva patrón de incrementos ponderales para la embarazada. *Rev Med Chile* 1997; 125: 1437-48.
12. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment* 1998; 10 (2): 176-81. doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176
13. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33 (3): 335-43. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-u
14. Tran TD, Tran T, Fisher J. Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 24. doi:10.1186/1471-244X-13-24
15. Rallis S, Skouteris H, McCabe M, Milgrom J. A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women Birth* 2014; 27 (4): e36-42. doi:10.1016/j.wombi.2014.08.002
16. Effati-Daryani F, Zarei S, Mohammadi A, Hemmati E, Ghasemi Yngknd S, Mirghafourvand M. Depression, stress, anxiety and their predictors in Iranian pregnant women during the outbreak of COVID-19. *BMC Psychol* 2020; 8 (1): 99. doi:10.1186/s40359-020-00464-8
17. Nwafor JL, Okedo-Alex IN, Ikeotonye AC. Prevalence and predictors of depression, anxiety and stress symptoms among pregnant women during COVID-19-related lockdown in Abakaliki, Nigeria. *Malawi Medical Journal* 2021; 33 (1): 54-58. doi.org/10.1101/2020.08.30.20184697
18. Antúnez Z, Vinet EV. Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*. 2012; 30 (3): 49-55. doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005
19. Aktas S, Yesilcicek Calik K. Factors affecting depression during pregnancy and the correlation between social support and pregnancy depression. *Iran Red Crescent Med J* 2015; 17 (9): e16640. doi:10.5812/ircmj.16640
20. Rwakarema M, Premji SS, Nyanza EC, Riziki P, Palacios-Derflingher L. Antenatal depression is associated with pregnancy-related anxiety, partner relations, and wealth in women in Northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Womens Health* 2015; 15: 68. doi:10.1186/s12905-015-0225-y
21. Gallagher RW, Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J. Marriage, Intimate Support and Depression during Pregnancy: A Study of Inner-City Women. *J Health Psychol* 1997; 2 (4): 457-69. doi:10.1177/135910539700200403
22. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004; 103 (4): 698-709. doi:10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
23. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005; 106 (5 Pt 1): 1071-83. doi:10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db



24. Mann JR, McKeown RE, Bacon J, Vesselino R, Bush F. Do antenatal religious and spiritual factors impact the risk of postpartum depressive symptoms? *J Womens Health (Larchmt)* 2008; 17 (5): 745-55. doi:10.1089/jwh.2007.0627
25. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Braz J Psychiatry* 2006; 28 (3): 242-50. doi:10.1590/s1516-44462006000300018
26. Ginja S, Jackson K, Newham JJ, Henderson EJ, Smart D, Lingam R. Rural-urban differences in the mental health of perinatal women: a UK-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020; 20 (1): 464. doi:10.1186/s12884-020-03132-2
27. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60 (3): 221-7. doi:10.1136/jech.2005.039370
28. Pampaka D, Papatheodorou SI, AlSeaidan M, Al Wotayan R, Wright RJ, Buring JE, et al. Depressive symptoms and comorbid problems in pregnancy - results from a population based study. *J Psychosom Res* 2018; 112: 53-58. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.06.011
29. Rezaee R, Framarzi M. Predictors of mental health during pregnancy. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014; 19 (7 Suppl 1): S45-50. <https://www.ijnmrjournal.net/article.asp?issn=1735-9066;year=2014;volume=19;issue=7;spage=45;epage=50;aulast=Rezaee>
30. Nagandla K, Nalliah S, Yin L, Majeed Z, Ismail M, Zubaidah S, et al. Prevalence and associated risk factors of depression, anxiety and stress in pregnancy. *IJR COG*. 2017; 5 (7): 2380-88. doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20162132
31. Soto-Balbuena C, Rodríguez MF, Escudero Gomis AI, Ferrer Barriendos FJ, Le HN, et al. Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. *Psicothema* 2018; 30 (3): 257-63. doi:10.7334/psicothema2017.379
32. Silva MMJ, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EPRC. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP* 2017; 51: e03253. doi:10.1590/S1980-220X2016048003253
33. Hou Q, Li S, Jiang C, Huang Y, Huang L, Ye J, et al. The associations between maternal lifestyles and antenatal stress and anxiety in Chinese pregnant women: A cross-sectional study. *Sci Rep* 2018; 8 (1): 10771. doi:10.1038/s41598-018-28974-x
34. Bante A, Mersha A, Zerdo Z, Wassihun B, Yeheyis T. Comorbid anxiety and depression: prevalence and associated factors among pregnant women in Arba Minch zuria district, Gamo zone, southern Ethiopia. *PLoS One* 2021; 16 (3): e0248331. doi:10.1371/journal.pone.0248331
35. Keramat A, Malary M, Moosazadeh M, Bagherian N, Rajabi-Shakib MR. Factors influencing stress, anxiety, and depression among Iranian pregnant women: the role of sexual distress and genital self-image. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021; 21 (1): 87. doi:10.1186/s12884-021-03575-1
36. Shangguan F, Wang R, Quan X, Zhou C, Zhang C, Qian W, et al. Association of stress-related factors with anxiety among Chinese pregnant participants in an online crisis intervention during COVID-19 epidemic. *Front Psychol* 2021; 12: 633765. doi:10.3389/fpsyg.2021.633765
37. Deo BK, Sapkota N, Kumar R, Shakya DR, Thakur A, Lama S. A study on pregnancy, perceived stress and depression. *JBPKIHS* 2020; 3 (1): 79-87. doi.org/10.3126/jbpkihs.v3i1.30331
38. Tandu-Umba B, Dedetemo D, Mananga G. Maternal stress and pregnancy outcomes. *Open J Obstet Gynecol* 2014; 4: 361-70. doi:10.4236/ojog.2014.47054
39. Vijayaselvi R, Beck MM, Abraham A, Kurian S, Regi A, Rebekah G. Risk factors for stress during antenatal period among pregnant women in tertiary care hospital of southern India. *J Clin Diagn Res* 2015; 9 (10): QC01-5. doi:10.7860/JCDR/2015/13973.6580
40. Pantha E, Hayes B, Yadav BK, Sharma P, Shrestha A, Garrouilla P. Prevalence of stress among pregnant women attending antenatal care in a tertiary maternity hospital in Kathmandu. *J Women's Health Care* 2014; 3: 1-6. doi:10.4172/2167-0420.1000183
41. Minglu L, Fang F, Guanxi L, Yuxiang Z, Chaoqiong D, Xueqin Z. Influencing factors and correlation of anxiety, psychological stress sources, and psychological capital among women pregnant with a second child in Guangdong and Shandong Province. *J Affect Disord* 2020; 264: 115-22. doi:10.1016/j.jad.2019.11.148
42. Guardino CM, Schetter CD. Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health Psychol Rev* 2014; 8 (1): 70-94. doi:10.1080/17437199.2012.752659
43. Henriksen RE, Thuen F. Marital quality and stress in pregnancy predict the risk of infectious disease in the offspring: the Norwegian mother and child cohort study. *PLoS One* 2015; 10 (9): e0137304. doi:10.1371/journal.pone.0137304
44. Slykerman RF, Thompson J, Waldie K, Murphy R, Wall C, Mitchell EA. Maternal stress during pregnancy is associated with moderate to severe depression in 11-year-old children. *Acta Paediatr* 2015; 104 (1): 68-74. doi:10.1111/apa.12787
45. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías 11-15, 2013. Bogotá. Colombia. <http://www.idsn.gov.co/index.php/component/jdownloads/finish/280-maternidad-segura/5236-guias-de-practica-clinica-para-la-prevencion-deteccion-temprana-y-tratamiento-de-las-complicaciones-del-embarazo-parto-o-puerperio-2013-guias-no-11-15-centro-nacional-de-investigacion-en-evidencia?Itemid=0>